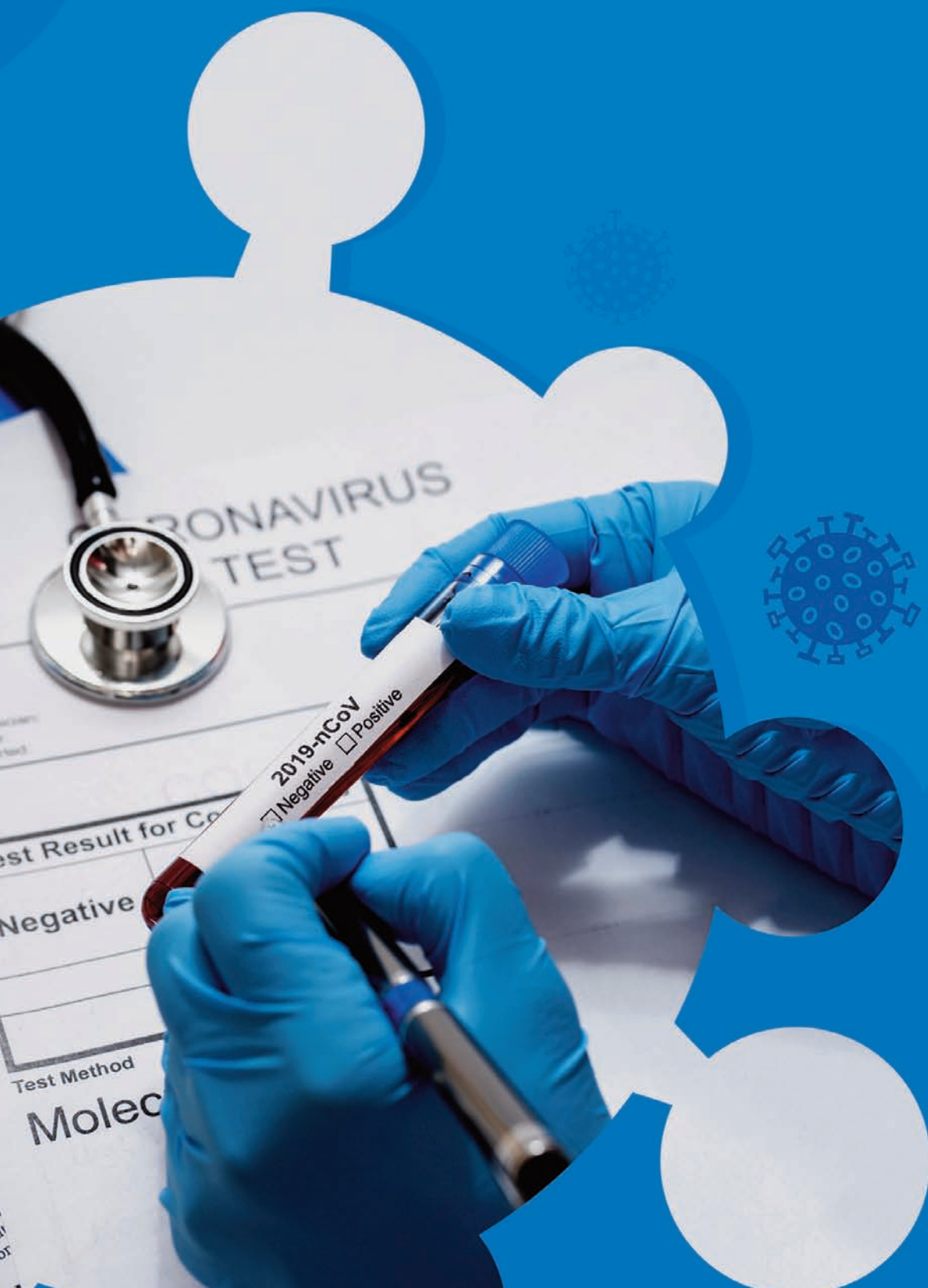


# Dolore Aggiornamenti Clinici

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 2018-2020**

**Presidente** Stefano Coaccioli

**Past President** Enrico Polati

**Presidente eletto 2020-2022** Maria Caterina Pace

**Vice-Presidente** Gabriele Finco

**Segretario** Maurizio Evangelista

**Tesoriere** Vittorio Schweiger

**Consiglieri:** Nicola Luxardo, Giuseppe Nocentini,  
Antonella Paladini, Filomena Puntillo,  
Stefano Tamburin

**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

Online il 9 dicembre 2020



# Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

## ▶▶ IN QUESTO NUMERO

4

Lutto nel mondo della medicina del dolore per la scomparsa del prof. Stefano Ischia

6

Stefano Ischia: un luminare della medicina del dolore ci ha lasciati  
Giustino Varrassi

10

Il nuovo Consiglio Direttivo AISD

14

Non lasciamo soli i pazienti con dolore cronico  
Stefano Coaccioli

15

I problemi dei pazienti con dolore durante la pandemia Covid  
Riccardo Rinaldi, Maria Rosciano

18

L'impatto sociale del dolore ai tempi del Covid-19

21

La fibromialgia è una sindrome disabilitante a pieno titolo  
Stefano Coaccioli

24

Therapeutic touch e infermieristica: quali possibili applicazioni nella pratica clinica  
Alessia Melcore, Peppino Perrotta, Ettore Di Biagio,  
Laura Iacorossi e Roberto Latina

28

Letteratura scientifica  
Cosa è apparso di nuovo  
Giustino Varrassi

30

Letteratura scientifica - Abstract

44

La campagna europea On the move  
Lorenza Saini

# Lutto nel mondo della medicina del dolore per la scomparsa del prof. Stefano Ischia

*Il 43° Congresso nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore è a lui dedicato*



È morto nella notte tra il 16 e il 17 novembre 2020 il prof. Stefano Ischia. "Maestro di vita, di scienza e dotato di grandi doti umane, da sempre molto legato all'AISD e alla terapia del dolore. Era un uomo speciale, di talento, di umanità, di voglia di vivere, con mille e mille storie ancora da raccontare. Gli volevamo tutti davvero bene, chi gli era amico, chi lo conosceva meno, perché era nobile d'animo, intelligente, sensibile, gentile, ironico. È una giornata piena di dolore". Queste le parole del prof. Enrico Polati, past president AISD e del prof. Gabriele Finco, presidente eletto AISD. Si sono specializzati con il prof. Stefano Ischia e l'hanno affiancato per anni nel lavoro clinico e di insegnamento universitario.

Il prof. Stefano Ischia è stato Presidente dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore dal 1985 al 1988 e dal 1994 al 1997. "Oggi ci ha lasciati un grande Uomo e Scienziato, un Uomo le cui sensibilità e capacità potranno essere imitate con grandissima

difficoltà", così lo ricorda il prof. Giustino Varrassi, Presidente della Fondazione Paolo Procacci e del World Institute of Pain, che nel sito della Fondazione Procacci pubblica una lettera di saluto ricca di ricordi professionali e personali.

"Rimarrà il vuoto che solo un grande uomo, prima di tutto, può lasciare. Ne ho ammirato sempre il tratto estroverso e, soprattutto, sincero: è rimasto inimitabile e così lo voglio ricordare. La sua visione della terapia del dolore, infine, ha rappresentato, per chi tra noi ha avuto il privilegio di conoscerlo, un faro cui far riferimento. Per me, rimarrà un gigante, di quelli veri". A queste parole del prof. Maurizio Evangelista, prossimo vicepresidente AISD, si associano il prof. Stefano Coaccioli, presidente uscente e la prof. Caterina Pace prossima presidente, e interpretano il pensiero di tutto il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, che si unisce al cordoglio della famiglia e dei suoi allievi.

## Alcune brevi note biografiche

Stefano Ischia è nato a Brescia il 29 luglio 1935. Laureato in Medicina e Chirurgia con il massimo dei voti e la lode presso l'Università degli Studi di Milano nel 1960, ha ottenuto presso la stessa Università le Specializzazioni in Anestesiologia e Rianimazione nel 1962 e in Chirurgia Generale nel 1967. Abilitato all'insegnamento dell'Anestesiologia e Rianimazione nel 1967 e in Patologia Chirurgica nel 1969. Direttore dell'Istituto di Anestesiologia e Rianimazione e del Servizio di Terapia Intensiva dell'Università di Verona dal 1979 al 2005. Ha diretto dal 1970 la Scuola di Specializzazione in Anestesiologia e Rianimazione e dal 1983 la Scuola di Specializzazione in Fisiopatologia e Terapia del Dolore della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona.

È stato membro della IASP, dell'EFIC, della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), del Nord Italia Transplant. Come Presidente dell'ASD ha attivamente contribuito a realizzare numerosi Meeting nazionali e internazionali tra i quali il I° Congresso Europeo di Medicina del Dolore e dell'EFIC che si è svolto a Verona nel 1995. È stato inoltre membro del comitato editoriale delle seguenti riviste: Anestesia e Rianimazione, Acta Anaesthesiologica Italica, Algos, Minerva Anesthesiologica, Pathos. Ha pubblicato oltre 400 lavori di anestesia, rianimazione e terapia antalgica. Alcuni lavori sono stati pubblicati sulle maggiori riviste internazionali del settore quali Pain, Anesthesiology, Anesthesia and Analgesia, Acta Anaesthesiologica Scandinavica, Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, The British Journal of Surgery, The Clinical Journal of Pain.



# Stefano Ischia: un luminaire della medicina del dolore ci ha lasciati

*La notizia della morte del Prof. Stefano Ischia ci ha colti del tutto impreparati, come un fulmine a ciel sereno. Stefano era nell'immaginario di tutti noi una persona eterna*



29° Congresso nazionale AISD, Verona, 8-10 giugno 2006. Stefano Ischia al podio e a fianco la torta per festeggiare i 30 anni dell'AISD

La notizia della morte del Prof. Stefano Ischia ci ha colti del tutto impreparati, come un fulmine a ciel sereno. Stefano era nell'immaginario di tutti noi una persona eterna.

Lo conobbi nel 1982 e con lui si stabilì subito un rapporto molto saldo, basato sulla simpatia e reso ancora più solido da un comune Amico, Vittorio Pasqualucci. Alla iniziale conoscenza seguì una serie di scambi basati soprattutto sull'interesse comune per la medicina del dolore. Lui era già da allora un Maestro incre-

dibile, con una spiccata passione nei confronti delle metodiche interventistiche nella terapia del dolore e una particolare sensibilità nei confronti della vita associativa, in particolare quella dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD).

Il nostro rapporto si consolidò naturalmente e in fretta. Nel dicembre del 1985 organizzai a Roma, in un'aula del CNR fatta mettere a disposizione dal mio Maestro accademico E. Vinicio Cosmi, il congresso "Approccio multidisciplinare al

dolore". Fu quella l'occasione in cui fui ammesso nella vita sociale dell'AISD come componente di fiducia di coloro che stavano mantenendo in vita gli aspetti scientifici della Medicina del Dolore in Italia. Gli anni successivi consolidarono ulteriormente il naturale rapporto che legava Stefano Ischia, Vittorio Pasqualucci e me, di fatto due formidabili Mentori mi proteggevano e guidavano. Questo fece sì che all'Aquila venisse assegnata l'organizzazione dell'undicesimo congresso nazionale AISD,



Il 1° Congresso EFIC "Pain in Europe I", Verona, 18-21 maggio 1995. All'interno di esso, si svolse il 18° Congresso nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, AISD

nel giugno del 1988; un congresso decisamente speciale, organizzato con un entusiasmo e una passione ineguagliabili, grazie agli stimoli che i miei due Mentori mi garantivano. Erano anni difficili che vedevano molti protagonismi e molti scismi, ma era di tutta evidenza che Stefano e Vittorio riuscivano a mantenere la barra ben salda e a garantire un approccio alla disciplina concreto e basato sull'approccio scientifico, più che di altro genere.

Da allora molte cose sono accadute nella vita sociale dell' AISD e nella vita personale di ognuno di noi. Molte di esse hanno avuto in qualche modo una fetta di protagonismo da

parte di Stefano, Uomo e Scienziato di innegabili capacità organizzative, cliniche e, soprattutto, umane. A lui e alla sua caparbieta molti di noi devono la propria carriera accademica e gli illuminanti insegnamenti di vita. Aveva l'intelligenza e l'onestà che gli consentivano di controbilanciare la prepotenza e l'insensibilità aggressiva di alcuni altri accademici italiani che all'epoca pretendevano di determinare le sorti della Disciplina.

Stefano Ischia era un Uomo che viveva di passioni. Delle sue ineguagliabili generosità e ospitalità molti di noi hanno avuto la possibilità, la fortuna, di poter usufruire. I suoi indiscutibili buon gusto e gioia di

vivere hanno accompagnato molte delle nostre interminabili discussioni sulle sorti della Medicina del Dolore, sulle possibilità che il mondo accademico italiano potesse aprirsi alle esperienze estere, sulle prospettive scientifiche che il mondo del dolore aveva davanti a se e che non riusciva a sfruttare al meglio, a volte per pura miopia. Il suo apporto scientifico alla Disciplina è sotto gli occhi di tutti. Sono certo che altri ne parleranno ma non ce ne sarebbe neanche bisogno, tanto sono noti.

Sorrisi affettuosamente, come un fratello maggiore, quando gli comunicai che ero riuscito a far assegnare all'Italia la organizzazione del primo Congresso Europeo dell'EFIC, e che si era scelta Verona (in suo onore) come sede. Mi guidò da vicino e con grandissimo entusiasmo. Tutti coloro che c'erano ricorderanno di certo la sua bellissima lettura magistrale durante la cerimonia inaugurale. Fu un discorso costellato di scienza, umanità, arte, passione e buon gusto. Tutti lo ricorderemo allegro e sorridente, mentre liberava in volo una delle colombe di pace che chiusero la cerimonia inaugurale, in un tavolo accanto ai grandissimi della Medicina del Dolore dell'epoca: Ulf Lindblom, Jean-Marie Besson e altri. Con il suo usuale entusiasmo aderì al progetto di apertura della Fondazione Paolo Procacci. Era molto felice di prendere parte a quell'iniziativa, dato il grande legame

personale e scientifico che aveva avuto con Paolo Procacci per moltissimi anni. In fondo, a ben pensarci, AISD ha rappresentato il cenacolo in cui si sono incontrate molte bellissime menti del mondo scientifico e accademico che nutrivano interessi nei confronti del dolore. Quelle bellissime menti si incontrarono ancora una volta nel corso del Congresso AISD del trentennale, a Verona. Sono certo che molti di noi conservano con calore il ricordo di una cerimo-

nia inaugurale in cui tutti coloro che avevano preso una parte attiva alla vita dell'AISD, e che erano ancora in vita, si rincontrarono e gioirono nello spegnimento delle 30 candeline su una gigantesca torta che rappresentava l'Arena. Stefano fu felice di quella cerimonia e fece una indimenticabile presentazione, con la sua usuale passione e con un particolare entusiasmo. Sentiva di aver contribuito in modo sostanziale agli sviluppi di una nuova specialità medica.

Ci ha lasciati un grande Uomo e Scienziato, un Uomo le cui sensibilità e capacità potranno essere imitate con grandissima difficoltà.

*Ciao Stefano. Non potrò mai esserti grato a sufficienza per quanto sei stato capace di darmi. Rimarrai nel mio cuore finché avrò vita.*

**Giustino Varrassi**

➤ [www.aisd.it](http://www.aisd.it)

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](http://www.efic.org)







9-12 **SAVE**  
THE  
**DATE 2020**

**ON LINE**

**DICEMBRE**

**43**  
CONGRESSO  
NAZIONALE  
**AISD**

*Dedicato al  
Prof. Stefano Ischia*

**SEGRETERIA  
SCIENTIFICA**



Associazione  
Italiana per lo studio  
del dolore onlus

Per il programma  
scientifico  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it)

**SEGRETERIA  
ORGANIZZATIVA  
E PROVIDER**

**PLANNING**

Planning Congressi Srl  
Via Guelfa, 9 - 40138 Bologna  
Tel. +39 051 300100 int. 160  
Fax +39 051 309477  
[r.cantelli@planning.it](mailto:r.cantelli@planning.it)

Per inviare abstract e iscriversi  
[www.planning.it](http://www.planning.it)

■ **Comitato Scientifico**

Stefano COACCIOLI (Presidente)

Maurizio EVANGELISTA

Gabriele FINCO

Felice E. AGRÒ

Nicola LUXARDO

Giuseppe NOCENTINI

Maria Caterina PACE

Antonella PALADINI

Enrico POLATI

Filomena PUNTILLO

Vittorio SCHWEIGER

Stefano TAMBURIN

Fabrizio LA MURA

Riccardo RINALDI

Daniele BATELLI (ASSD)

Associazione Sammarinese Studio Dolore

Nicolino MONACHESE (ASSD)

Associazione Sammarinese Studio Dolore

IL CONGRESSO SI SVOLGERÀ

**ON LINE**

[www.aisd2020.it](http://www.aisd2020.it)

DICEMBRE 2020

12

11

10

9



**ASSOCIAZIONE ITALIANA  
PER LO STUDIO DEL DOLORE**

## Il nuovo Consiglio Direttivo AISD sarà in carica fino al 2022



Presidente

**Maria Caterina Pace**

*Dipartimento della Donna, del Bambino  
e di Chirurgia Generale e Specialistica,  
Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



Past President

**Stefano Coaccioli**

*Università degli Studi di Perugia-Terni  
Medicina interna, Reumatologia, Terapia del dolore*



Presidente eletto

**Gabriele Finco**

*Dipartimento di Scienze mediche e sanità pubblica,  
Presidente del Consiglio di Facoltà, Università di Cagliari  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



Vice presidente

**Maurizio Evangelista**

*Dipartimento di Scienze Biotecnologiche di base,  
cliniche intensivologiche e perioperatorie, CIC Columbus  
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



Segretario

**Maria Beatrice Passavanti**

*Dipartimento della Donna, del Bambino  
e di Chirurgia Generale e Specialistica,  
Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



Tesoriere

**Vittorio Schweiger**

*Dip. Scienze Chirurgiche Odontostomatologiche  
e Materno-Infantili,  
Università degli Studi di Verona  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva  
e Terapia del dolore*





## ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE

Consiglieri

### Diego M.M. Fornasari

*Dipartimento di Biotecnologie Mediche  
e Medicina Traslazionale, Università degli Studi di Milano  
Farmacologia e tossicologia*

### Nicola Luxardo

*AOU Città della Salute e della Scienza di Torino  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva  
e Terapia del dolore*

### Antonella Paladini

*Dipartimento MESVA,  
Università degli Studi dell'Aquila  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva  
e Terapia del dolore*

### Filomena Puntillo

*Dipartimento interdisciplinare di Medicina, Terapia Antalgica,  
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva  
e Terapia del dolore*

### Stefano Tamburin

*Dipartimento Neuroscienze,  
Biomedicina e Movimento,  
Università degli Studi di Verona  
Neurologia*



Il nuovo Consiglio Direttivo AISD



Rappresentante presso EFIC e Past president 2014-2016

### Caterina Aurilio

*Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli Anestesia,  
Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*



Past president 2016-2018

### Enrico Polati

*Dip. Scienze Chirurgiche Odontostomatologiche e Materno-Infantili,  
Università degli Studi di Verona. Anestesia, Rianimazione,  
Terapia intensiva e Terapia del dolore*



Past president 2004-2006 / 2006-2009

### Giustino Varrassi

*Università degli Studi dell'Aquila. Presidente Fondazione Paolo Procacci  
Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia del dolore*

## Rappresentanti regionali AISD

in carica fino al 2022

### ABRUZZO

#### Alba Piroli

*Specialista in Anestesiologia e Rianimazione, Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento MESVA. Dal 1 gennaio 2004 è Ricercatrice Confermata presso l'Università di L'Aquila, Cattedra di Anestesia e Rianimazione (SSD Med/41). Dall'anno accademico 2005-2006 ad oggi è Professore Aggregato. Docente incaricata presso l'Università degli studi dell'Aquila di numerosi insegnamenti, SSD MED/41. Ha insegnato al Master di II livello di Alta Formazione e Qualificazione in Terapia del Dolore presso l'Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata di Chieti. Collabora alla realizzazione di numerose ricerche sperimentali e cliniche nell'ambito dell'anestesia e della terapia del dolore, i cui risultati sono oggetto di pubblicazioni.*



### CALABRIA

#### Albamaría Gervino

*Specialista in Anestesiologia e Rianimazione Responsabile Centro di Terapia del Dolore ASP Cosenza, con incarico di referente aziendale terapia del dolore ASP Cosenza, Componente Tavolo Tecnico Regione Calabria RETE Terapia del Dolore, Componente Tavolo Tecnico Interaziendale ASP – AO Cosenza Terapia del dolore Referente Terapia del Dolore ASP Cosenza presso la regione Calabria.*



### CAMPANIA

#### Giovanni Iolascon

*Professore Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa e direttore del Dipartimento Multidisciplinare di Specialità Medico-Chirurgiche e Odontoiatriche dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli". È Socio Fondatore e Direttore Esecutivo della Società Italiana per la Gestione Unificata e Interdisciplinare del Dolore Muscolo-Scheletrico e dell'Algodistrofia (SI-GUIDA). La sua attività scientifica è rivolta in particolare allo studio del dolore muscolo-scheletrico, delle malattie dell'apparato locomotore e della riabilitazione delle sindromi dolorose in genere. Ha pubblicato oltre 500 lavori su riviste scientifiche nazionali e internazionali.*



### EMILIA ROMAGNA

#### Daniele Battelli

*Specialista in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, Università di Modena e Reggio Emilia nel 2014. Ha intrapreso nel 2008 l'attività presso il Centro di Medicina del Dolore dell'Ospedale di Stato di San Marino, che perdura a tutt'oggi. I suoi interessi si focalizzano sul trattamento del dolore acuto e cronico (con particolare riferimento alle tecniche di terapia infiltrativa e di neuromodulazione elettrica e farmacologica) e all'impianto ed alla gestione degli accessi vascolari. Socio Fondatore e Presidente dell'Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore, Capitolo Nazionale IASP per la Repubblica di San Marino, e membro dell'Education Committee - Working Group on European Pain Diploma Exam per l'European Pain Federation EFIC.*



### LAZIO

#### Paolo Diamanti

*Medico chirurgo, specialista in anestesia e rianimazione Dal 1998 esercita presso l'ospedale Cristo Re come anestesista rianimatore e terapeuta del dolore. In qualità di responsabile del servizio di terapia del dolore è specializzato in tecniche infiltrative ecoguidate e terapie farmacologiche per il trattamento di dolore acuto e cronico di origine neuropatica, nocicettiva. Relatore in svariati congressi e autore di diverse pubblicazioni scientifiche*





## LIGURIA

**Davide Gerboni**

*Specialista in Anestesiologia e Rianimazione, Università degli Studi di Milano, Corso quadriennale di psicoterapia ipnotica, master in bioetica. Dirigente medico presso il servizio d'anestesia, rianimazione, terapia del dolore dell'ospedale S. Croce e Carle di Cuneo. Dopo il pensionamento, nel 2020, esercita in Liguria, Piemonte e Lombardia presso vari centri specialistici. Ha partecipato ad oltre 150 congressi, corsi e giornate di studio, inerenti l'anestesiologia, la rianimazione e la terapia del dolore. come discente o docente. Quarantuno pubblicazioni edite a stampa.*



## LOMBARDIA

**Danilo Miotti**

*Dopo essersi specializzato in Anestesia e Rianimazione indirizzo Terapia del Dolore presso l'Università di Pavia, ha conseguito anche la Specializzazione in Fisiopatologia e Terapia del Dolore, Diagnosi e gestione terapeutica, interventistica e multidisciplinare del dolore, presso l'Università degli Studi di Verona. Dal 2003 è Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Cure Palliative – Ambul-DH Terapia del Dolore Istituti Clinici Scientifici Maugeri, Pavia; professore a contratto presso l'Università di Pavia. responsabile Scientifico e Sanitario (attività di volontariato) presso l'Associazione Pavese per la Cura del Dolore "L. Sartori.*



## PUGLIA

**Fabrizio La Mura**

*Specialista in Anestesia e Rianimazione, Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro". Dal 2017 è Dirigente medico presso il Day Service Chirurgico Aziendale Multidisciplinare - Rianimazione Generale, P.O. Bisceglie. È stato Direttore del Centro di Cure Palliative "Hospice Don Uva"; Responsabile del processo di accreditamento; Anestesista per le procedure mini-invasive e Terapia del Dolore, elettrofisiologia cardiaca e radiologia interventistica, sempre presso l'Hospice Don Uva. Membro del Comitato Ospedale senza dolore dell'Ospedale san Giuliano, AOU "Maggiore della Carità", Novara, dove ha ricoperto anche il ruolo di Medico Strutturato presso la Rianimazione Generale. Oltre alla specializzazione in Anestesia e Rianimazione ha conseguito un Master di II livello in medicina delle catastrofi (EMDM). Autore di pubblicazioni scientifiche e divulgative. Keynote speaker in congressi internazionali. Autore di articoli anche su riviste di informatica.*



## TOSCANA

**Paolo Scarsella**

*Si è specializzato in Anestesia e Rianimazione presso l'Università degli Studi di Milano, Diploma di Medico Agopuntore presso la Scuola Italiana di Agopuntura. Direttore della SOS Centro Multidisciplinare di Terapia del Dolore dalla sua istituzione (06/08/2013) Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, P.O. Piero Palagi, Firenze. Appassionato di musica (ascolta prevalentemente indie rock) scrive recensioni musicali sulla rivista online Musicalnews.com. Brevetto di VDS (volo diporto sportivo), specialità parapendio.*



## TRENTINO ALTO ADIGE

**Maurizio Salvaggio**

*Medico Chirurgo ha conseguito la Specializzazione in Anestesia, Rianimazione Terapia del Dolore e Terapia Iperbarica con il massimo dei voti presso l'Università degli Studi di Palermo. Si è dedicato all'Anestesia Loco Regionale e alla terapia del dolore da subito dopo aver conseguito la Specializzazione. Dal 2011 pratica Ossigeno-Ozono terapia. Nel 2014 ha conseguito, con il massimo dei voti, il Master di secondo livello in "Terapia del Dolore" presso l'Università di Tor Vergata di Roma. Ha svolto attività di docenza nella formazione del personale sanitario in merito alla Farmacocinetica e Farmacodinamica dei farmaci in uso nella terapia del dolore. È socio della AISD dal 2016.*



## UMBRIA

**Luca Di Cato**

*Medico chirurgo, specialista in anestesia e rianimazione Dal 1998 esercita presso l'ospedale Cristo Re come anestesista rianimatore e terapeuta del dolore. In qualità di responsabile del servizio di terapia del dolore è specializzato in tecniche infiltrative ecoguidate e terapie farmacologiche per il trattamento di dolore acuto e cronico di origine neuropatica, nocicettiva. Relatore in svariati congressi e autore di diverse pubblicazioni scientifiche.*



# Non lasciamo soli i pazienti con dolore cronico

*Consulta un esperto dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore*



Durante questo lunghissimo periodo, purtroppo, di pandemia da Covid 19 l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore ha potenziato l'attività di consulenza per i pazienti. Sono continuate ad arrivare numerose le richieste di aiuto, di assistenza, di consiglio, di supporto e di incoraggiamento.

I problemi principali che i pazienti ci hanno presentato sono legati a soprattutto a situazioni di dolore cronico sia degenerativo che infiammatorio, e di dolore neuropatico.

Ovviamente non si possono prescrivere farmaci per via telematica senza visitare il paziente ma questo contatto è stato sicuramente l'occasione in cui i pazienti si sono sentiti comunque ascoltati e assistiti.

Quindi l'attività di consulenza proseguirà costantemente, perché nessun paziente si senta abbandonato in questo periodo in cui molti ambulatori sono chiusi o vedono ridotte le proprie attività. (SC)



*Le richieste di consulenza possono essere inoltrate tramite il sito <http://www.aisd.it>*

# I problemi dei pazienti con dolore durante la pandemia Covid

**Riccardo Rinaldi**

*Pain People Center*

*Roma*

*Referente AISD per attività clinico-assistenziali*

**Maria Rosciano**

*Pain People Center*

*Roma*



L'attuale pandemia ha portato a un'interruzione significativa nella cura del dolore da condizioni croniche e subacute. L'impatto di questa interruzione del trattamento del dolore può avere conseguenze non intenzionali di aumento del dolore, ridotta funzionalità, maggiore dipendenza dai farmaci oppioidi e potenziale aumento della morbilità, a causa dell'impatto sistemico del carico di malattia non trattato. Ciò può includere una diminuzione della mobilità, una riduzione dello stato di salute generale e un aumento dell'uso di oppioidi con i rischi associati.

La pandemia ha portato anche a una serie di restrizioni e divieti che a loro volta impongono gravi oneri psicosociali o emotivi ai pazienti, alle loro famiglie e al personale curante del sistema sanitario. I pazienti non sono autorizzati a ricevere visite e molti ospedali e case di cura hanno completamente bandito i visitatori.

Gli interventi di trattamento necessari ad altri pazienti con malattie critiche e limitanti la vita sono stati ritardati o sospesi al fine di liberare risorse per i pazienti Covid; tuttavia queste per-

sone hanno bisogno di sentirsi in contatto sociale con i loro parenti. Le famiglie dovrebbero poter visitare i pazienti in fin di vita anche nelle unità di terapia intensiva o nei reparti di isolamento, utilizzando dispositivi di protezione adeguata. Gli operatori sanitari che affrontano lo stress eccezionale dovrebbero essere continuamente supportati.

## La legge 38, ancora una grande incompiuta

In questo periodo di pandemia esponenti del governo si sono pronunciati con le seguenti parole sui servizi di terapia del dolore e cure palliative: "Con il decreto 19/2020 le Regioni incrementano le azioni terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare per i pazienti in isolamento domiciliare o in regime di quarantena e tra gli altri, per i pazienti che necessitano di cure palliative e di terapia del dolore. È necessario che le istituzioni sanitarie inseriscano nei percorsi di cura dei malati di Covid19 protocolli di cure palliative e di terapia del dolore." La legge

38/2010 non può proprio, in questo caso, rimanere una grande incompiuta. Invece è proprio quello che è accaduto. Come quasi tutti i servizi sanitari anche quelli di terapia del dolore sono stati chiusi e i pazienti soprattutto quelli con dolore cronico si sono trovati davanti al vuoto.

### **Il ruolo delle cure palliative**

Nella Rivista Italiana di Cure Palliative sono stati pubblicati vari contributi tesi a mettere in luce come le cure palliative siano state parte attiva dell'emergenza fin dal suo esordio tanto che possiamo dire che il Covid è servito a far conoscere le cure palliative, sconosciute a molti. Nelle cure palliative la relazione con il paziente e i suoi familiari è fondamentale, da qui possiamo capire la difficoltà a curare questi malati di Covid costretti alla solitudine e alla impossibilità di avvicinare le persone care; i medici esperti in cure palliative hanno lavorato con i colleghi di altre specialità per assistere i malati di Covid19, che di solito poco conoscono la gestione dei sintomi o sono poco abituati all'uso di morfina nella terapia del dolore e della dispnea, anch'essa quasi sempre presente nei malati di Covid19.

### **L'isolamento dei pazienti con dolore cronico**

Volendo considerare il dolore, a causa della pandemia è risultato evidente che le persone con dolore hanno maggiori probabilità di sperimentare un aumento dei sintomi e meno probabilità di ricevere un trattamento efficace. In una parte dell'Inghilterra orientale un'indagine su 678 pazienti con dolore osseo, articolare e muscolare ha rilevato come l'isolamento sociale li rendeva meno propensi a ricevere l'assistenza sanitaria di cui necessitavano.

Le malattie virali acute, incluso il Covid 19, possono infatti portare a uno scatenamento del dolore cronico. Anche l'ansia aumenta il dolore. La paura di contrarre il virus aumenta l'ansia, aumentando così l'entità del dolore. Molti pazienti Covid hanno ricevuto cure in terapia intensiva e molti dei guariti hanno sviluppato

successivamente dolore cronico.

Molte visite presso lo studio medico sono state limitate nel tentativo di rallentare la diffusione del Covid 19. Anche molti test diagnostici sono stati annullati, ritardando gli interventi terapeutici. Le terapie più usate per il dolore cronico coinvolgono la terapia fisica e quella cognitivocomportamentale, che hanno subito rallentamenti.

Il problema emerso è che spesso le persone con dolore cronico vengono messe da parte perché non si considerano critiche le cure che ricevono.

Anche l'assunzione di farmaci è resa più difficile dalla pandemia. Pensiamo solo al fatto che alcuni pazienti che assumono oppioidi non possono assumere farmaci se non sottoposti a visita di persona.

È molto difficile in questa situazione garantire il diritto a non soffrire. Molti centri di terapia del dolore hanno dovuto cessare o ridurre la loro attività, così come gli ambulatori dei MMG hanno ridotto drasticamente l'accesso. Sono quindi venuti a mancare per i pazienti importanti punti di riferimento. Il Covid non potrà non portare a inevitabili cambiamenti rispetto alla legge 38/2010, e non solo. Basti pensare allo sviluppo della telemedicina che dovrà essere presa in considerazione in ambito algologico.

### **Anestesisti in prima linea**

Gli anestesisti sono certamente la categoria più impegnata a far fronte al Covid19 che poi sono gli stessi principalmente impegnati nella terapia del dolore cronico. Il monitoraggio effettuato nel maggio 2020 da Federdolore SICD ha evidenziato come 9 centri su 10 avevano ridotto di oltre il 50% le attività ordinarie ambulatoriali e chirurgiche di terapia del dolore, nel caso di pazienti affetti da dolore cronico non oncologico. Per il paziente con dolore oncologico le cose sembrano andare meglio, solo 5 centri su 10 avevano avuto una riduzione di oltre il 50% dell'attività ordinaria. Per il personale medico e paramedico si è registrato che 8 centri su 10 hanno avuto una riduzione di oltre il 50%.



## Comorbilità, sistema immunitario e Covid: un incontro scontro che complica la cura del paziente con dolore cronico

Ormai il dolore cronico deve essere considerato come una vera malattia associata a molteplici adattamenti nel sistema nervoso, endocrino e immunitario. La multimorbilità è associata al dolore cronico. Le comorbilità come depressione, malattie cardiovascolari e polmonari, diabete e cancro aumentano il rischio di effetti collaterali di analgesici, limitando l'uso di linee guida specifiche e rendendo più difficile ottenere un buon controllo del dolore. È evidente come la pandemia Covid abbia contribuito a rendere più impegnativa una gestione efficace del dolore.

Sappiamo bene che il dolore cronico causa sofferenza, limitazione delle attività quotidiane e ridotta qualità di vita ma per capire le possibili relazioni tra dolore cronico e Covid dobbiamo ricordare la stretta relazione tra dolore e sistema immunitario. Il dolore cronico esercita complessi effetti su quest'ultimo, inclusa l'immunosoppressione. Le cellule immunitarie e i loro prodotti hanno un ruolo nel dolore sia infiammatorio che neuropatico.

L'associazione di comorbilità, vecchiaia e dolore cronico aumenta il rischio di immunosoppressione e successiva infezione da Covid (Anesthesia, vol 75, n. 7).

Gli oppioidi come la morfina e il fentanil, utilizzati nei pazienti con dolore cronico, sono i più immunosoppressivi.

È stato segnalato un aumento dell'incidenza e della gravità delle infezioni e delle gravità delle infezioni nei pazienti trattati con oppioidi. Questi potrebbero essere più suscettibili al Covid-19 e ad altre infezioni secondarie.

Inoltre il potenziale di depressione respiratoria è maggiore nei pazienti che usano cerotti al fentanil poiché la febbre aumenta l'assorbimento.

## Considerazioni conclusive e raccomandazioni

Il dolore cronico provoca una sofferenza significativa, portando a una ridotta qualità della vita. Durante la pandemia Covid19 c'è il rischio che i pazienti con dolore cronico non ricevano cure importanti a causa della ricollocazione delle risorse e della riduzione dei servizi, sia per limitare la diffusione dell'infezione che per affrontare il salvataggio di vite di persone infette. I pazienti con dolore cronico possono anche essere maggiormente a rischio di Covid19 a causa di molteplici fattori.

La SIAARTI, Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) ha diffuso delle considerazioni importanti per gli operatori sanitari che si prendono cura di persone con dolore cronico:

- garantire la continuità delle cure e dei farmaci antidolorifici;
- utilizzo della telemedicina;
- mantenere approccio alla gestione biopsico-sociale; valutazione e conduzione sicura delle procedure urgenti e semi-urgenti per evitare la morbilità nei pazienti con dolore cronico;
- e la necessità di modificare le terapie in corso per ridurre il rischio Covid-19.

Il documento della SIAARTI sottolinea che le raccomandazioni sono state pubblicate per aiutare gli operatori sanitari e non sono linee guida. Tuttavia, poiché Covid19 è una situazione in rapida evoluzione, rappresentano una sintesi delle migliori prove disponibili e delle opinioni di esperti in questo momento.

SAVE THE DATE



**IASP 2021 WORLD  
CONGRESS ON PAIN**

Amsterdam • 27 June–1 July 2021

**WORLD CONGRESS ON PAIN MOVED TO JUNE 2021**

[Learn More](#)

# L'impatto sociale del dolore ai tempi del Covid-19

*Se ne è parlato l'11 novembre nel corso di un webinar promosso da "Formiche", con il contributo non condizionato di Neopharmed Gentili*

Il webinar "L'impatto sociale del dolore ai tempi del COVID-19 e la ricerca di una visione integrata, sostenibile e personalizzata" ha messo a confronto decisori, pazienti ed esperti sul tema dell'assistenza ai malati in questa nuova fase dell'epidemia.

Il webinar è stato organizzato da "Formiche" ([www.formiche.net](http://www.formiche.net)) on il contributo non condizionato di Neopharmed Gentili.

Per l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore hanno partecipato il prof. **Stefano Coaccioli** e il prof. **Diego Fornasari**. Hanno partecipato l'On. **Lisa Noja**, Membro Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati, Alberto Migliore, Direttore del reparto di reumatologia dell'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma e Presidente di ISPOR Italy - Rome Chapter, Mons. Renzo Pegoraro, Cancelliere della Pontificia Accademia per la Vita, Antonio Gaudio, Segretario Generale Cittadinanzattiva e Componente della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Ha moderato Maria Emilia Bonaccorso, Capo Servizio Ansa Salute.



Riportiamo ampi stralci dell'articolo di sintesi pubblicato da Pharmastar.

([www.pharmastar.it](http://www.pharmastar.it))

...

Oltre al Covid-19 c'è un'altra emergenza sanitaria che coinvolge più di 5 milioni di italiani affetti da patologie osteoarticolari, costretti a fare i conti con una forma di dolore cronico benigno, e che necessitano di essere rassicurati e monitorati nella prosecuzione delle cure ... A ciò si aggiunga il rischio che si verifichi quanto accaduto nei mesi scorsi, e cioè da un lato un calo degli accessi alle strutture sanitarie per timore del contagio, dall'altro una riduzione dell'offerta di assistenza, che genera nei pazienti un senso di incertezza e di abbandono per la difficoltà a restare in contatto con lo Specialista e il Centro di riferimento.

"Nel nostro Paese non ci sono solo malati di Covid in questo

momento ma persone con tante altre patologie che purtroppo per la seconda volta rischiano di trovarsi in gravi difficoltà. Ora siamo in una fase molto difficile perché le persone sono più affaticate, forse anche meno disponibili di prima a fare sacrifici visto che ne hanno fatti tanti in questi mesi. Anche gli operatori sanitari sono più provati rispetto alla prima ondata. A me arrivano continue segnalazioni di persone che avevano terapie e controlli programmati soprattutto nel caso di patologie croniche e che in questa situazione emergenziale vedono spesso gli ospedali far fatica a stare dietro alle loro esigenze. Si doveva agire con più rapidità tra la prima e la seconda ondata per far tesoro di tante buone pratiche che erano emerse. Oggi è urgente mettere in campo un nuovo sistema di assistenza ai più fragili, riconoscendo e correggendo ciò che nell'assistenza sanitaria non ha

funzionato, ha affermato **Lisa Noja**, componente della Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati e membro dell'Intergruppo Innovazione. Le prestazioni erogate da medici e specialisti attraverso i servizi di telemedicina, in questi drammatici mesi, stanno contribuendo a cercare di garantire in tanti casi assistenza e monitoraggio a pazienti affetti da malattie croniche ma siamo indietro rispetto ad altri paesi. Ma è del tutto evidente che occorra affrontare il tema in maniera organica e strutturale.

Abbiamo stanziato tante risorse in questi mesi ma serve un controllo su come vengono utilizzate”.

“Quando parliamo di dolore in ambito medico, quello più frequente dopo quello oncologico, è quello osteoarticolare. Sia negli ambulatori dei medici di medicina generale che in quelli specialistici vengono molti pazienti affetti da questa tipologia di dolore e di cui la patologia senza dubbio più frequente è l'artrosi che colpisce una grande fetta della popolazione italiana. L'osteoartrosi interessa oltre 2,5 milioni di italiani, soprattutto dopo i 50-60 anni, e colpisce principalmente le articolazioni di ginocchio, anca e colonna vertebrale - ha spiegato **Alberto Migliore**, Responsabile del Servizio di Reumatologia dell'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma. Le malattie reumatologiche coprono un ampio spettro di patologie, sia di origine

infiammatoria, spesso come conseguenza di un'anomala risposta del sistema immunitario (l'artrite reumatoide, per esempio), sia di natura degenerativa come appunto l'artrosi. È una malattia molto insidiosa perché si manifesta in maniera graduale, ma nel tempo può portare a una severa limitazione dei movimenti con conseguenti impossibilità ad uscire di casa, isolamento sociale e depressione. Inoltre, studi confermano che la riduzione della mobilità causata dal dolore aumenta il rischio di mortalità precoce in pazienti affetti da malattie cardio-metaboliche.

I farmaci antinfiammatori che possiamo dare ai pazienti per controllare il dolore, devono essere assunti per il minor tempo possibile e sotto controllo medico.

Con la pandemia da Covid i pazienti non hanno sempre avuto modo di aver accesso agli ambulatori e questo ha portato anche a cure fai da te che però possono essere collegate a effetti collaterali importanti”. “Bisogna comunque lanciare un allarme sull'artrosi perché pur non essendo di per sé una malattia mortale, se non viene curata la mortalità aumenta nei pazienti che hanno in contemporanea anche diabete e/o malattie cardiovascolari. Nei pazienti con artrosi bisogna innanzitutto intervenire col modificare i fattori di rischio e poi con adeguati trattamenti che possano rallentare l'avanzare della patologia” ha aggiunto Migliore.

Il prof. **Diego Fornasari** ha posto l'enfasi sul fatto che “...dolore acuto e dolore cronico non si differenziano solo per una questione di durata temporale ma per diversi altri fattori. In genere il clinico classifica il dolore acuto come un dolore che non dura più di tre mesi ed inizia a considerare che quello possa essere un dolore cronico dopo le 12 settimane e quindi i 3 mesi. In realtà il processo di cronicizzazione non è correlato solo al tempo. Un dolore diventa cronico perché in quelle 12 settimane le vie nocicettive si modificano profondamente quindi il dolore modifica le vie nervose sul quale viaggia. Queste modifiche diventano una vera e propria malattia. Il dolore va trattato tempestivamente perché la via nocicettiva evolve negativamente come evolve negativamente l'osteoartrosi. Il dolore cronico deve essere trattato tutti i giorni, non solo quando diventa insopportabile, per contrastare i processi biologici maladattativi causati dalla progressiva modifica delle strutture su cui viaggiano gli stimoli dolorosi che, nel tempo, diventano più predisposte a mantenere il dolore e più resistenti a rispondere alle terapie - ha dichiarato Diego Fornasari, Professore Associato di Farmacologia all'Università di Milano. Per questo motivo, è fondamentale che i pazienti reumatici non siano penalizzati dalla situazione emergenziale in corso, ma continuino ad essere regolarmente seguiti nella gestione della loro malat-

tia, secondo un approccio poli-modale, personalizzato sulle specifiche esigenze del paziente, che si basa sull'impiego di diversi tipi di farmaci, terapie infiltrative, riabilitazione, e con il coinvolgimento di un team multidisciplinare composto da reumatologo, medico di medicina generale, fisiatra e altri professionisti.”.

“Il Covid può provocare danni diretti ai tessuti e quindi anche alle articolazioni e ai muscoli e anche sui cordoni posteriori del midollo spinale diminuendo i neuroni positivi per il recettore ACE, diminuendo il recettore ACE sulla microglia e quindi variando il rapporto tra i recettori ACE1 ed ACE2 alimentando così il dolore in chi già ha problematiche croniche. Non va trascurato l'impatto del Covid su coloro che soffrono di dolore cronico, sia perché nei pazienti che hanno contratto il virus lo stato infettivo aumenta la sintomatologia dolorosa, sia per le implicazioni psicologiche dello stress da pandemia che, nella metà dei pazienti, causa una diminuzione della soglia del dolore con conseguente peggioramento della condizione dolorosa - ha affermato **Stefano Coaccioli**, Presidente dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore. A queste problematiche di natura biochimica, si è aggiunta, nei mesi scorsi, una riduzione dell'offerta sanitaria ambulatoriale e ospedaliera. Molti pazienti si sono sentiti abbandonati e privati della possibilità di confrontarsi

con lo specialista, con pesanti ricadute a livello psicologico, oltre che sulla gestione della malattia e l'aderenza alle cure. Serve l'impegno di tutti affinché ciò non si ripeta nei mesi a venire, promuovendo, ad esempio, l'attivazione di servizi di supporto psicologico (numero verde, WhatsApp, email) e attraverso un maggior ricorso alla telemedicina per consulti, monitoraggio e assistenza da remoto”.

Se queste considerazioni valgono per i pazienti che hanno già ricevuto una diagnosi, costretti a fare i conti con difficoltà di accesso ai servizi sanitari e disagi psicologici, non bisogna tralasciare l'impatto del Covid sulle visite diagnostiche mancate, che si ripercuote inevitabilmente sul decorso della malattia e sulla salute dei pazienti.

“Il dolore non si ferma in tutte le sue forme, manifestazioni e/o cause: dolore cronico, dolore a causa di una patologia oncologica, una neuropatia diabetica, a seguito di una patologia reumatica, muscolo-scheletrica o neurologica, dolore post operatorio – ha dichiarato **Antonio Gaudio**, Segretario Generale di Cittadinanzattiva. Tra le azioni che si dovrebbero implementare per rispondere ai bisogni di questi pazienti: la ricetta dematerializzata, utilissima soprattutto in questa fase di emergenza, anche per la terapia del dolore. L'incremento dei servizi di telemedicina per controlli e consulti, e per la gestione dei pazienti al domicilio. Un servizio di

sostegno psicologico telefonico e anche attraverso la possibilità di scambiarsi delle mail per dei consigli pratici e immediati”.

“L'attenzione al dolore cronico necessita dell'impegno delle istituzioni sanitarie per mantenere le relazioni, il monitoraggio, l'ascolto e il dialogo per gestire le condizioni dei pazienti.

L'attuale pandemia non dovrebbe impattare eccessivamente sui servizi per questi pazienti, stimolando una riorganizzazione per realizzare forme innovative di contatto, supporto, terapie (telemedicina, digital therapy). C'è una responsabilità etica nel valutare i bisogni fisici e psicologici anche di questi pazienti, nel distribuire le risorse economiche e umane disponibili secondo criteri di giustizia, solidarietà e priorità. Solo l'impegno comune, ben raccordato e strutturato, può garantire questo approccio, per una risposta efficace ai pazienti ed evitando conflitti e tensioni tra categorie di pazienti e tra realtà sanitarie” – così ha commentato il Mons. **Renzo Pegoraro**, Cancelliere della Pontificia Accademia per la Vita.

“La telemedicina e il telemonitoraggio – ha concluso l'On. Noja – giocano un ruolo essenziale nell'efficientamento del sistema sanitario e rappresentano un tassello fondamentale nella rete di riorganizzazione dell'assistenza, garantendo in alcuni ambiti un contenuto assistenziale quasi equivalente degli accessi tradizionali”.



# La fibromialgia è una sindrome disabilitante a pieno titolo



Un opuscolo informativo proposto dall'Associazione Libellula libera, con contributi di vari specialisti. Il testo è stato approvato dall'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, dalla Società per lo Studio del Dolore, Distretto di Brasilia e dall'Associazione Nazionale Brasiliana di Fibromialgia



Recenti dati statistici indicano che solo il 24% delle persone sa che esiste la fibromialgia. L'Associazione Fibromialgici Libellula Libera ha quindi deciso di pubblicare un opuscolo per informare e sensibilizzare non solo i pazienti fibromialgici e i loro familiari, ma anche l'opinione pubblica e le istituzioni, che devono prendere provvedimenti per migliorare le cure e le prestazioni in ambito sanitario. La fibromialgia è infatti una patologia per la quale la diagnosi precoce è importante per evitare inutili sofferenze e peregrinazioni da uno specialista a un altro.

Il prof. Stefano Coaccioli ha collaborato insieme ad altri specialisti alla stesura del testo, dove si spiega in modo divulgativo ma rigoroso cos'è la fibromialgia, dall'inquadramento clinico alla diagnosi e alla terapia, quali sono i sintomi correlati, quali gli aspetti normativi. Hanno contribuito non solo specialisti in reumatologia, ma anche in ginecologia, urologia, oculistica, osteopatia, agopuntura e omeopatia, psicoterapia, algologia. L'intervento del medico di famiglia sottolinea l'importanza di essere informati sulla patologia per poter tem-

pestivamente indirizzare il paziente dal reumatologo. L'intervento dell'antropologa auspica che la medicina dia ascolto alle domande che la persona si pone dinanzi alla persistenza del dolore, "proprio questo ascolto potrebbe edificare uno spazio comune e di incontro tra paziente e specialista al fine di co-costruire itinerari di cura maggiormente efficaci". Non meno importante l'inserimento della fibromialgia nei LEA, livelli essenziali di assistenza, e nell'elenco delle patologie invalidanti, come spiegato nel parere tecnico degli avvocati.

Il testo è stato approvato dall'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, dalla Società per lo Studio del Dolore, Distretto di Brasilia e dall'Associazione Nazionale Brasiliana di Fibromialgia.

Per maggiori informazioni:  
<https://www.libellulalibera.it>

Proponiamo come estratto dal fascicolo l'articolo del prof. Stefano Coaccioli.

## La fibromialgia è una sindrome disabilitante a pieno titolo

Nell'ultimo decennio c'è stata un'ampia condivisione e accettazione che la fibromialgia (FM) rappresenta uno dei prevalenti disturbi tra le malattie reumatologiche (che vanno dal 3 al 30%), caratterizzato da dolore muscoloscheletrico cronico (MS), associato a un numero enorme di sintomi sistemici ausiliari, ma senza un bio-marcatore diagnostico preciso per facilitarne la diagnosi clinica. Questo porta a definire la FM come un grande bisogno medico non soddisfatto. I pazienti riferiscono un dolore cronico diffuso (con dolore ms, rigidità e allodinia-iperalgia), affaticamento, sintomi neuro-cognitivi, alterazioni del sonno, ansia-depressione.

Nel 2016 l'American College of Rheumatology ha introdotto i criteri diagnostici modificati per FM (Wolfe D. et al. *Arthritis & Rheum*, 2016). La FM rappresenta un buon esempio di "dolore centrale": "qualsiasi disfunzione del SNC è una patologia che può contribuire allo sviluppo o al mantenimento del dolore cronico" (Williams DA e Claw DJ *J Pain* 2009) in cui la sensibilizzazione centrale svolge un ruolo fondamentale come risultato di un equilibrio tra i meccanismi di facilitazione (sostanza P e glutammato) e meccanismi di inibizione (norepinefrina, serotonina, oppioidi, cannabinoidi, palmitoiletanolamide e altri). Inoltre, il concetto di FM come una piccola condizione di fibre è stato proposto e supportato da molti studi neuro-immagine (Uceyler N *Cervello* 2013).

Il problema più importante per facilitare la diagnosi clinica del FM è rappresentato dalla ricerca di un bio-marcatore sierologico. C'è un'ampia evidenza che la FM può rappresentare una malattia neuro-infiammatoria caratterizzata da un'attivazione gliale; in altre parole con l'attivazione di cellule non neuronali che porta alla produzione di citochine. Molte osservazioni hanno studiato la struttura e le funzioni dell'infiamma-

zione (un complesso processo molecolare caratterizzato dall'attivazione e dall'apoptosi cellulare durata all'attività caspasi-1 che porta a un aumento della pressione osmotica all'interno della cellula e, infine, alla rottura della cellula stessa).

Pertanto, molti autori presumono che la FM rappresenti un processo neuro-infiammatorio che precede l'insorgenza della sindrome e provoca le manifestazioni cliniche.

Recentemente, il mio gruppo di ricerche ha avviato uno studio sul microRNA (miRNA). Il miRNA guida la trasduzione di centinaia di messengerRNA al fine di guidare l'espressione genica post-transcrittale. Sono state identificate molte associazioni tra miRNA e una serie di sintomi (miRNA-145-5p (dolore e affaticamento - D'Agnelli & Cerdà-Olmedo); miRNA-223-3p (dolore - D'Agnelli & Cerdà-Olmedo); miRNA-30 (disturbanti del sonno - D'Agnelli & Bjersing); miRNA320 (threshold of pain - D'Agnelli & Bjersing). Il nostro studio ha considerato rilevante l'espressione del seguente miRNA: miRNA-320, miRNA-374, let-7, miRNA-23-3p. Sono necessari ulteriori studi per identificare uno o due biomarker non solo per comprendere la fisiopatologia della fm, ma anche per facilitare l'approccio terapeutico.

Un altro punto di vista importante è rappresentato dalle strategie cliniche e terapeutiche, come segue:

- una gestione ottimale richiede una diagnosi tempestiva;
- la piena comprensione della fibromialgia richiede una valutazione completa del dolore, della funzione e del contesto psico-sociale;
- in generale, la gestione dell'FM dovrebbe assumere la forma di un approccio graduato;
- la gestione dovrebbe mirare a migliorare la qualità del bilanciamento della vita legata alla salute e il rischio di trattamen-

to, che spesso richiede un approccio multidisciplinare con una combinazione di modalità di trattamento non farmacologico; questi dovrebbero essere su misura in base a:

- intensità del dolore, funzione, caratteristiche associate (ad esempio depressione), affaticamento, disturbi del sonno, comorbidità del paziente;
- da un processo decisionale condiviso con il paziente;
- la gestione iniziale dovrebbe concentrarsi sulle terapie non farmacologiche.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente realizzato la classificazione finale delle malattie: il cosiddetto ICD-11 ha classificato il dolore cronico come una malattia con il proprio diritto. Inoltre, c'è il primo "Codice Etico per il Dolore" recente-

mente pubblicato dall'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore.

In conclusione, la FM rappresenta una condizione dolorosa cronica caratterizzata da un peggioramento della situazione clinica dei pazienti affetti con un profondo deterioramento della qualità della vita e un enorme problema nella vita quotidiana e nelle attività professionali. Molti sforzi, iniziati rapidi e decisivi sono necessari al fine di riconoscere e classificare la FM come una patologia invalidante.

**Stefano Coaccioli**

### **Bibliografia**

Coaccioli S., Varrassi G., Marinangeli F., Aurilio C., Finco G., Gatti A., Geppetti P., Matucci-Cerinic M., Polati E., Sabato A.F. (2012). An ethics code for pain. *Eur J Pain*, vol. 16, p. 1081-1083, ISSN: 1090-3801, doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00164.

SAVE THE DATE

Sono aperte fino al 30 dicembre 2020 le iscrizioni per partecipare al Master organizzato dal Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Università della Campania "Luigi Vanvitelli".



**Master di II livello in Terapia del Dolore**  
A.A. 2020/2021

[www.unicampania.it](http://www.unicampania.it)

Università degli studi della Campania **Luigi Vanvitelli**

**12 posti disponibili**

**Bando di concorso e modalità di partecipazione nel sito**

<https://www.unicampania.it>

# Therapeutic touch e infermieristica: quali possibili applicazioni nella pratica clinica

Alessia Melcore (1), Peppino Perrotta (1), Ettore Di Biagio (2), Laura Iacorossi (3) e Roberto Latina (1)

(1) Corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, sede, AO San Camillo-Forlanini, Sapienza Università di Roma

(2) Ambulatorio Odontoiatrico, Roma

(3) Corso di Laurea in Infermieristica, sede Istituto Nazionale Tumori IFO, Sapienza Università di Roma

## Introduzione

### Definizione

Il therapeutic touch (TT) è stato sviluppato alla New York University all'inizio del 1972. È praticato da infermieri, terapisti occupazionali, fisioterapisti e altri operatori sanitari (Therapeutic Touch International Association [TTIA], 2020). Il TT è una terapia olistica basata sull'evidenza. È un approccio complementare in cui i professionisti pongono le mani sui corpi dei pazienti per riequilibrarne il campo energetico (Coakley & Duffy, 2010). Un pre-supposto di base inconfutabile sul TT è che la guarigione è un potenziale naturale che può essere realizzato in condizioni appropriate.

### Therapeutic touch e assistenza infermieristica

La North American Nursing Diagnosis Association International (2018-2020) ha introdotto una nuova diagnosi infermieristica nel Dominio 4, attività / riposo: Classe 3, "campo energetico squilibrato" (Herdman & Kamitsuru, 2017). La classificazione internazionale per la pratica infermieristica (2019) ha fatto riferimento a un "campo energetico interrotto".

Il TT utilizza l'assistenza compassionevole, che è uno dei valori fondamentali della professione infermieristica (Krieger et al., 2012). Oltre agli infermieri, che costituiscono la maggior parte dei professionisti che hanno registrato il TT in contesti clinici, centinaia di altri operatori sanitari sono accreditati e certificati nel mondo nel-

l'uso TT, in particolare negli Stati Uniti, in Canada, Regno Unito, Spagna, Germania, Austria, Turchia e Australia.

### Compassione

La compassione è un elemento fondamentale dell'assistenza infermieristica (Dietze and Orb, 2000) ed è uno dei punti di forza della professione. La compassione è un approccio che contrasta l'ego. È una forza integrativa che è alla base dell'atto di guarigione, consentendo al praticante l'accesso al sé interiore, facilitando un percorso per la guarigione. La compassione è il desiderio di aiutare e guarire l'altro fondato sulla fiducia, ed è uno stato necessario di coscienza, ove un operatore TT sposta intenzionalmente la sua coscienza verso uno stato di consapevolezza interiore allo scopo di impegnarsi compassionevolmente in una relazione di guarigione (Hanley et al., 2017).

Il tocco terapeutico come guarigione transpersonale inizia con un desiderio profondo, quasi un bisogno sentito o irresistibile di essere compassionevole verso un paziente, che è malato, traumatizzato, ferito o che si avvicina al fine vita. Tale convincente, spesso emozionalmente commovente richiamo alla compassione che abbiamo recentemente designato prende il nome di The Call. L'esperienza del terapeuta è importante per portare un senso di profonda pace e serenità nell'ambiente di guarigione (Krieger, 2017). La mancanza di compassione nella cura dei pazienti è stata associata a uno scarso trattamento, che è caratterizzato da



un'insufficiente aderenza agli standard raccomandati, dalla mancanza di dignità e dalla negazione dei diritti fondamentali dei pazienti. Altre manifestazioni sono in-soddisfazione o malcontento del paziente e aumento della morbilità e della mortalità (Francis, 2013).

Gli infermieri hanno acquisito maggiore autonomia nella loro professione e le loro responsabilità nella cura dei pazienti sono aumentate. Ciò richiede conoscenza, esperienza e abilità intuitive (Melin-Johansson et al., 2017). Questa intenzione è al centro del processo del TT. È stato descritto come il tentativo di concentrarsi completamente sul benessere del paziente in un atto di compassione e amore incondizionato. L'intenzionalità implica la vo-lontà non solo di aiutare o guarire, ma anche di raggiungere un obiettivo specifico (Sayre-Adams & Wright, 2001).

### **Motivazione e scopo**

L'uso di tecniche complementari e integrative è in crescita nel mondo. Questa revisione della letteratura ha lo scopo di descrivere sinteticamente l'applicazione del tocco terapeutico come modalità di terapia complementare nei contesti clinici.

### **Metodi**

È stata condotta una revisione della letteratura narrativa. Le ricerche sono state eseguite su PubMed, CINAHL e Cochrane Library. Inoltre, è stata eseguita una ricerca gratuita su Google Scholar, altri database elettronici ed eseguito lo snowballing, per cercare studi pertinenti sull'efficacia del TT in ambito clinico. Sono stati inclusi tutti gli articoli pertinenti all'uso del TT nella pratica clinica eseguiti su uomo e in inglese. Sono stati esclusi studi sugli animali e in altre lingue.

### **Risultati**

Il therapeutic touch (TT) viene proposto come intervento infermieristico. I suoi sostenitori affermano che è parte integrante dell'arte della pratica infermieristica e può facilitare il comfort

e la guarigione in una vasta gamma di pazienti. Oltre agli infermieri, sebbene co-stituiscano la maggior parte dei professionisti del TT, innumerevoli altri fornitori di assistenza sanitaria, praticano e sono accreditati nel TT, secondo il Therapeutic Touch International Association (TTIA). Tutti i professionisti certificati qualificati (therapeutic touch qualified) e docenti certificati (therapeutic touch teacher qualified) per il TT sono visionabili ad accesso pubblico sul sito web ufficiale dell'Associazione internazionale (TTIA, 2020).

### ***Therapeutic touch e applicazioni potenziali nella pratica clinica***

Ci sono innumerevoli applicazioni del TT nella pratica clinica da parte di professionisti qualificati. Molte persone che ricevono il TT hanno riportato effetti positivi sul benessere, come un maggiore rilassamento, una migliore qualità del sonno e una riduzione del dolore nell'ansia (Bağcı et al., 2020; Hanley et al., 2017; Sahawne, 2011; Estebani Ribeiro et al., 2010; Lin et al., 1999), nel dolore degli adulti (Monroe, 2009, So et al., 2008), nel dolore nella fibromialgia (Lois, 1999) nel dolore della sindrome da arto fantasma (Leskowitz, 2000) e nel dolore post-chirurgico (McCormack 2009).

Il TT è un intervento infermieristico non invasivo, utile anche per la gestione del dolore lombare (Mueller et al., 2019). Il TT rimodellando il campo energetico, riduce i livelli di cortisolo, aumenta il numero di cellule natural-killer (Coakley & Duffy, 2010), riduce l'agitazione nei pazienti anziani con malattia di Alzheimer o demenza (Hawranik et al., 2008; Cai et al., 2015; Wang & Hermann, 2006) e migliora la qualità del sonno nelle persone con dolore cronico non oncologico (Marta et al., 2010). Gli studi hanno esaminato il ruolo del TT nell'accelerare la guarigione delle lesioni (Coppa, 2008). In particolare, le persone con un'età superiore ai 60 anni, sono associate a lesioni cutanee che presentano difficoltà nel processo di guarigione e comportano una maggiore suscettibilità a nuove lesioni cutanee (Sgonc & Gruber, 2013).

I sostenitori del TT hanno fatto riferimento a un corpus di ricerca valido e ancora in crescita (Cowens & Monte, 1996; Mulloney & Wells-Federman, 1996); tuttavia, fino ad oggi non ci sono prove concrete che il TT promuova la guarigione delle lesioni acute (O'Mathúna, 2016).

Il TT ha il vantaggio di non essere invasivo o cruento. Non causa pericolo o effetti collaterali ed è inoltre economico. Pertanto, è appropriato, anche in combinazione con i trattamenti farmacologici, per la maggior parte dei pazienti. La rapida guarigione delle lesioni è stata spesso citata come risultato del TT (Burr, 2005; Engbretson & Wardell, 2007; Umbreit, 2000). Uno studio ha evidenziato gli effetti del TT e della terapia di massaggio sugli esiti del tempo di innesto, delle complicanze e dei benefici percepiti della terapia durante il trapianto di midollo osseo. I punteggi medi sulla sottoscala di comfort erano significativamente più alti per i pazienti che ricevevano sia il massaggio che il TT rispetto al gruppo di controllo della visita amichevole (Smith et al., 2003).

Nelle cure palliative geriatriche, basate su uno studio di campioni di risposte fornite dai pazienti e osservate dal terapeuta del TT, la maggior parte dei pazienti che ricevevano un trattamento ha raggiunto uno stato di rilassamento o sonno. Lo studio suggerisce effetti benefici del TT per un numero significativo di partecipanti senza evidenziare sequele negative. Pertanto, l'uso del TT in questo difficile contesto sembra avere un potenziale valore come terapia aggiuntiva o complementare per aiutare i pazienti a rilassarsi (Senderovich et al., 2016). Sulla base dei risultati della revisione di Tabatabaee et al. (2016) il TT può migliorare lo stato di salute nei pazienti con cancro.

### *I limiti*

Dal momento che è solo una revisione narrativa, molto probabilmente gli studi inclusi non sono tutti quelli disponibili in letteratura. Questa revisione ha solo l'obiettivo di descrivere in maniera sintetica le potenziali applicazioni, senza alcun pretesto di revisione sistematica e

di misurazione dell'efficacia. La ricerca sul TT richiede controlli rigorosi per evitare di confondere gli effetti placebo, che sono spesso influenzati dalle convinzioni dei destinatari sull'efficacia della tecnica.

### *Implicazioni per la pratica e la ricerca*

Il TT è un approccio olistico alla guarigione utilizzato da infermieri e altri professionisti della salute in tutto il mondo. I suoi campi di applicazione sono innumerevoli e possono migliorare il benessere di coloro che ne sono sottoposti, ciò suggerisce che le terapie complementari possono fornire risultati importanti nella pratica clinica, e possono aiutare a guidare la ricerca futura (Latina et al., 2012).

### **Conclusioni**

Il TT è un trattamento complementare che può essere applicato a diversi problemi di salute, compresa la cura delle lesioni cutanee. I risultati di questa revisione indicano che sono necessari altri studi secondari (revisione sistematica, una meta-analisi) e primari (RCT) per determinare l'efficacia del TT. Si rende necessaria un'analisi più approfondita di studi descrittivi, qualitativi e quasi sperimentali, i quali potrebbe essere molto utili sugli effetti terapeutici in ambito clinico del TT. Oltre agli infermieri, sebbene costituiscano la maggior parte dei professionisti del TT, abbiamo letteralmente centinaia di altri operatori sanitari, certificati che praticano TT in contesti sanitari, nel mondo.

### *Ringraziamenti*

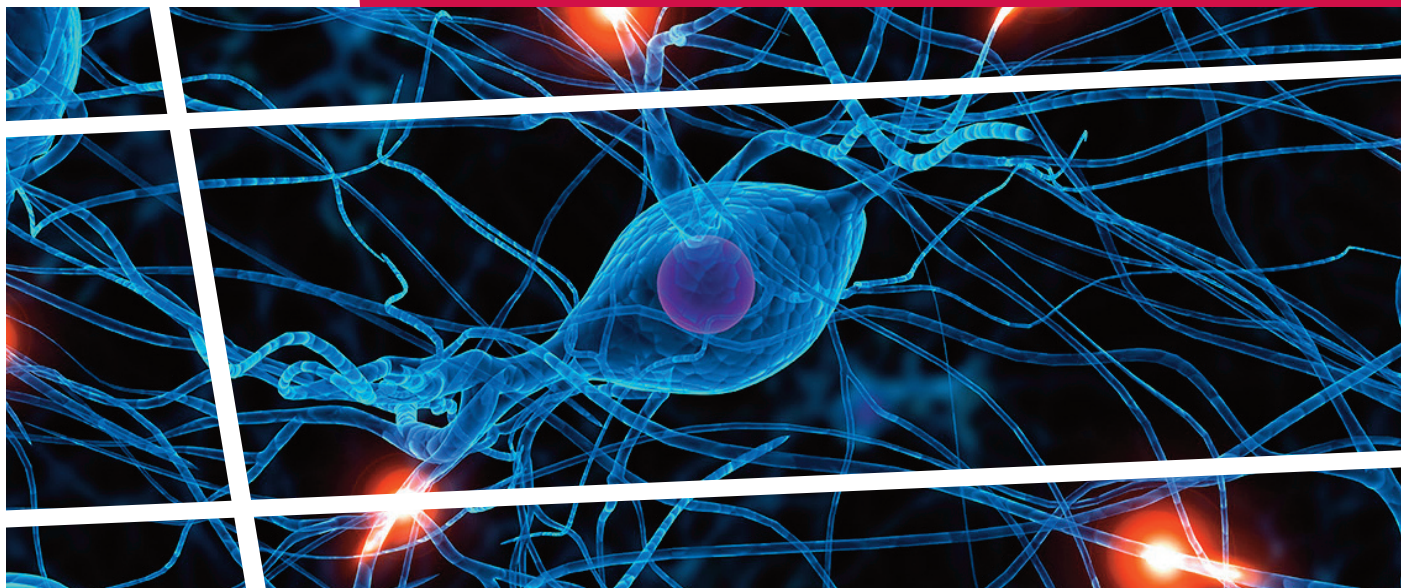
Gli autori desiderano ringraziare Mary Ann Hanley PhD, RN, QTTT P, Prof. Denise Coppa PhD, APRN-CNP, FAANP, QTTT e Rebecca Good MA, RN, LPC, QTTT per aver condiviso le potenzialità e le limitazioni del TT come esperti in Infermieristica, ricerca e Therapeutic Touch Teacher Qualified.

### *Bibliografia*

Bağcı, H., & Çınar Yücel, Ş. (2019). Effect of therapeutic touch on sleep quality in elders living at nursing homes. *Journal of Religion and Health*.

- <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00831-9>  
Burr, J. P. (2005). *Jayne's story: Healing touch as a complementary treatment for trauma recovery*. *Holistic Nursing Practice*, 19(5), 211–216.
- Coakley, A. B., & Duffy, M. E. (2010). *The effect of therapeutic touch on postoperative patients*. *Journal of Holistic Nursing*, 28(3), 193–200. <https://doi.org/10.1177/0898010110368861>
- Cai F, Zhang H. *Effect of therapeutic touch on agitated behavior in elderly patients with dementia: A review*. *International Journal of Nursing Sciences*, 2015;2:324e328.
- Coppa, D. (2008). *The internal process of therapeutic touch*. *Journal of Holistic Nursing*, 26(1), 17–24. <https://doi.org/10.1177/0898010107306691>
- Cowens, C., & Monte, T. (1996). *A gift for healing: How you can use therapeutic touch*. New York: Crown Publishing Group.
- Dietze, E.V., Orb, A. (2000) *Compassionate care: a moral dimension in nursing*. *Nursing Inquiry*; 7: 3, 166-174.
- Engebretson, J., Wardell, D. W. (2007). *Energy-based modalities*. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), 243–259. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2007.02.004>
- Estefani Ribeiro MI, Baldan SS, Berton AF, Pavam M, Paes de Silva MJ. *The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial*. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(4): 1094-100.
- Francis, R. (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry: Executive summary*. London: The Stationery Office.
- Hanley, M. A., Coppa, D., & Shields, D. (2017). *A practice-based theory of healing through therapeutic touch: Advancing holistic nursing practice*. *Journal of Holistic Nursing*, 35(4), 369–381. <https://doi.org/10.1177/0898010117721827>
- Hawranik, P., Johnston, P., & Deatrich, J. (2008). *Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease*. *Western Journal of Nursing Research*, 30(4), 417–434. <https://doi.org/10.1177/0193945907305126>
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification 2018–2020 (11th ed.)*. New York: Thieme.
- International Council of Nurses. (2019). *Browser ICNP*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Krieger, D. (2017). *Compassion as power in the transpersonal healing practices of therapeutic touch: A highly human function*. *Proceedings of the TT International Association's Fourth International Congress*. Chicago.
- Krieger, D., Cole, P., & Matheny, S. (2012). *Looking over my shoulder: A study of mindfulness during therapeutic touch*. Whitefish, MT: TT Dialogues.
- Latina, R., Mastroianni, C., Sansoni, J., Piredda, M., Casale, G., D'Angelo, D., Tarsitani, G., De Marinis, M.G. *The use of complementary therapies for chronic pain in Italian hospices*. *Professioni Infermieristiche*. 2012 Oct-Dec;65(4):244-50.
- Leskowitz ED. *Phantom limb pain treated with therapeutic touch: a case report*. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 522-524.
- Lin Y, Taylor AG. *Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population*. Elsevier Science Inc, 1999; 1(4): 155-162
- Lois, M.C. *Therapeutic touch for treatment of chronic pain related to fibromyalgia*. Lois M. Christian Grand Valley State University, Master Theses in Nursing Science, 1999. *Dispo-nibile su: goo.gl/IR90F0*, accesso il 30.05.2020.
- Marta, I. E., Baldan, S. S., Berton, P. M., & Silva, M. J. (2010). *The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: Clinical trial*. *Re-vista da Escola de Enfermagem—USP*, 44(4), 1100–1106. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342010000400035>
- McCormack, G. L. (2009). *Using non-contact therapeutic touch to manage post-surgical pain in the elderly*. *Occupational Therapy International*, 16(1), 44–56.
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Ronnberg, L. (2017). *Clinical intuition in the nursing process and decision-making: A mixed-studies review*. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3936–3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.13814>
- Monroe CM. *The Effects of Therapeutic Touch on Pain*. *J Holist Nurs* June 2009; 27: 285-92. 50.
- Mulloney, S. S., & Wells-Federman, C. (1996). *Therapeutic touch: A healing modality*. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 27–49. <https://doi.org/10.1097/00005082-199604000-00004>
- Mueller G, Palli C, Schumacher P. *The effect of Therapeutic Touch on Back Pain in Adults on a Neurological Unit: An Experimental Pilot Study*. *Pain Manag Nurs*. 2019;20(1):75-81. doi:10.1016/j.pmn.2018.09.002
- O'Mathúna DP. *Therapeutic touch for healing acute wounds*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD002766. Published 2016 Aug 23. doi:10.1002/14651858.CD002766.pub5
- Sahawneh, L., & Fraih, J., *Effectiveness of therapeutic touch on pain management among patients with cancer – Literature view*. *Middle East Journal of Nursing*, 2011; 5(4): 21-24
- Sayre-Adams, J., & Wright, S. (2001). *Therapeutic touch: Theory and practice (2th ed.)*. London: Churchill-Livingston.
- Senderovich H, Ip ML, Berall A, et al. *Therapeutic Touch(®) in a geriatric Palliative Care Unit - A retrospective review*. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;24:134-138. doi:10.1016/j.ctcp.2016.06.002
- Sgonc, R., & Gruber, J. (2013). *Age-related aspects of cutaneous wound healing: A mini-review*. *Gerontology*, 59(2), 159–164. <https://doi.org/10.1159/000342344>
- Smith M. C., Reeder, F., Daniel, L., Baramée, J., & Hagman, J. (2003). *Outcomes of touch therapies during bone marrow transplant*. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9(1), 40–49.
- So PS, Jiang Y, Qin Y. *Touch therapies for pain relief in adults*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4): CD006535
- Therapeutic Touch International Association. (2020a). *Qualified Practitioners*. Available from: <https://therapeutictouch.org/about-us/qualified-practitioner/>. Accessed May 30, 2020.
- Therapeutic Touch International Association. (2020b). *Credentialing Qualified TT Practitioner (QTTP)*. <https://therapeutictouch.org/credentialing/>. Accessed May 30, 2020
- Umbreit, A. W. (2000). *Healing touch: Applications in the acute care setting*. *AACN Clinical Issues*, 11(1), 105–119. <https://doi.org/10.1097/00044067-200002000-00012>
- Wang, K. L., & Hermann, C. (2006). *Pilot study to test the effectiveness of healing touch on agitation in individuals with dementia*. *Geriatric Nursing*, 27(1), 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2005.09.014>





### *Pharmacological management of painful peripheral neuropathies: A systematic review*

*Liampas A, Rekatsina M, Vadalouca A, et al.*

*Pain Ther. 2020. DOI 10.1007/s40122-020-00210-3*

Il dolore neuropatico periferico insorge sia acutamente che nelle fasi croniche di una malattia o una lesione, del sistema nervoso periferico, e si associa ad una notevole alterazione delle condizioni di benessere. Il suo trattamento è spesso molto difficile. Lo scopo di questo articolo, una revisione sistematica della letteratura, è quello di mettere insieme tutti i risultati pubblicati in studi prospettici, randomizzati, inerenti a uso di farmaci per il trattamento di quel tipo di dolore. Amitriptilina, duloxetina, gabapentin, pregabalin sono risultati le migliori soluzioni terapeutiche quando si decide di usare un solo farmaco. Scarsa evidenza di risultati si è avuta con gli oppioidi, con l'esclusione del tramadolo.

Le risposte al trattamento sono sempre influenzate dai meccanismi coinvolti nella patogenesi della specifica neuropatia. Pertanto, è sempre importante investigare su quali ne siano state le cause scatenanti. Studi futuri dovrebbero essere disegnati in modo tale da indicare specifici algoritmi di trattamento, più che investigare sui singoli farmaci.

Gli autori di questa pubblicazione hanno dedicato molto tempo alla ricerca sull'argomento. E dimostrano di saperne molto. Le loro precedenti pubblicazioni sono:

1. Zis P, Varrassi G. Painful peripheral neuropathy and cancer. *Pain Ther.* 2017;6(4). DOI 10.1007/s40122-017-0077-2
2. Girach A, Julian T, Varrassi G, et al. Quality of life in painful peripheral neuropathies: A systematic review. *Pain Res Manag.* 2019;(2):1-9. DOI 10.1155/2019/2091960
3. Aamir A, Girach A, Sarrigiannis PG, et al. Repetitive magnetic stimulation for the management of peripheral neuropathic pain: A systematic review. *Adv Ther.* 2020. DOI 10.1007/s12325-020-01231-2
4. Liampas A, Rekatsina M, Vadalouca A, et al. Non-pharmacological management of painful peripheral neuropathies: A systematic review. *Adv Ther.* 2020;37(19). DOI 10.1007/s12325-020-01462-3

La loro lettura offre un aggiornamento completo su quanto sia stato pubblicato fino a oggi sulle neuropatie periferiche. Si raccomanda di farlo, a chi ha interesse sull'argomento.

**Giustino Varrassi**



## *The expanding role of COX inhibitor/opioid receptor agonist combination in the management of pain*

Varrassi G, Yeam CT, Rekatsina M, et al.  
*Drugs*. 2020. DOI 10.1007/s49265-020-01369-x

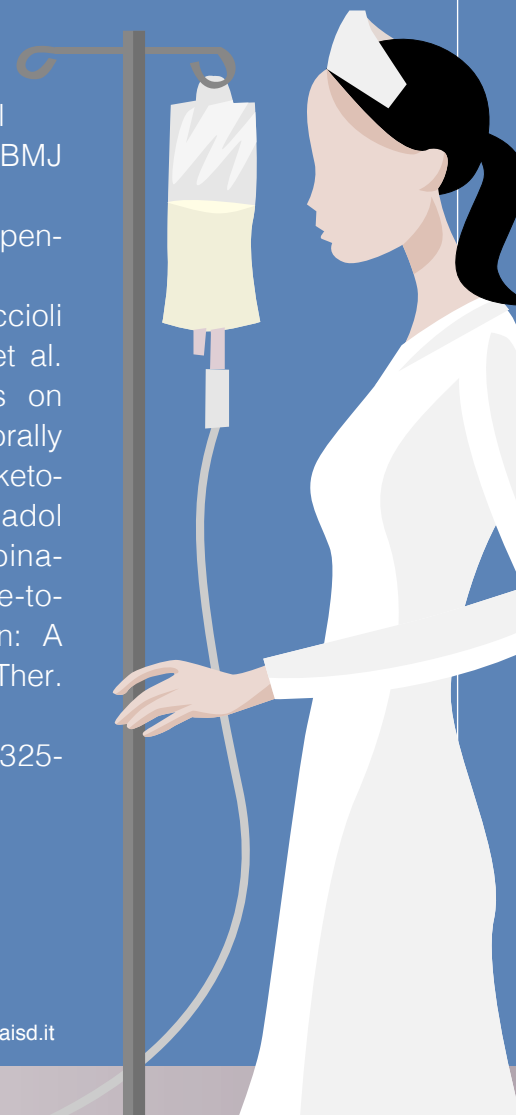
Il trattamento farmacologico del dolore cronico può giovare molto di un approccio multidisciplinare e una terapia farmacologica multimodale. Gli inibitori delle ciclo-ossigenasi e gli agonisti dei recettori degli oppioidi rappresentano la combinazione ideale di due classi di farmaci che sono senza dubbio complementari e, spesso, sinergiche. La loro combinazione, a dosi fisse o no, rappresenta una insostituibile arma terapeutica, soprattutto nella ottica della maggiore efficacia e sicurezza. La combinazione, infatti, consente di ottenere una significativa riduzione delle dosi dei singoli componenti e, quindi, con ridotto uso di oppioidi.

La selezione dell'anti-infiammatorio appropriato per quel paziente e dell'oppioide da combinare ad esso sono essenziali, essa, infatti, deve essere guidata dal tipo di paziente che il clinico ha di fronte, con la sua storia farmacologica e con le sue concomitanti patologie, oltre che dal tipo di dolore da cui il malato è affetto. Non si dovrebbe mai dimenticare che entrambe le classi di farmaci hanno effetti collaterali più o meno importanti. Questi vanno prevenuti o, comunque, trattati in fase precocissima. Pertanto la monitoraggio della terapia è essenziale. Per consentire l'approccio clinico ideale all'uso di queste classi di farmaci, è fondamentale che le caratteristiche di ogni analgesico siano perfettamente note. Questa pubblicazione mette a disposizione del clinico alcuni importanti suggerimenti che possono guidarlo nella scelta e garantire la appropriata terapia a ogni loro paziente.

Al tema del dolore acuto e cronico di origine infiammatoria sono state dedicate molte decine di articoli comparsi di recente nella letteratura. Fra essi si ricordano altri che potrebbero rappresentare un mezzo importante di approfondimen-

to delle conoscenze. Per maggiori dettagli, si legga anche:

1. Varrassi G, Alon E, Bagnasco M, et al. Towards an effective and safe treatment of inflammatory pain: A Delphi-guided expert consensus. *Adv Ther*. 2019;36:2618-2637. DOI 10.1007/s12325-019-01053-x
2. Paladini A, Varrassi G. Multimodal pharmacological analgesia in pain management. In: *Pain management*. DOI .5772/intechopen.93620
3. Gress K, Charipova K, An D, et al. Treatment recommendations for chronic knee osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Anaesth*. 2020. DOI 10.1016/j.bpa.2020.06.006
4. Gay-Esconda C, Hanna M, Montero A, et al. Tramadol/dexketoprofen (TRA/DKP) compared with tramadol/paracetamol in moderate to severe acute pain: Results of a randomized, double-blind, placebo and active-controlled, parallel group trial in the impacted third molar extraction pain model (DAVID study). *BMJ Open*. 2019;9(2). DOI 10.1036/bmjopen-2018-023715
5. Varrassi G, Coaccioli S, De Andres J, et al. Expert consensus on clinical use of an orally administered dexketoprofen plus tramadol fixed-dose combination in moderate-to-severe acute pain: A Delphi study. *Adv Ther*. 2019;36(6). DOI 10.1007/s12325-019-01096-0 (GV)





tional impact on patients' psychological health. Therefore, the aim of this review is to analyze the impact of COVID-19 pandemic on chronic pain treatment and to address what types of strategies can be implemented or supported in order to overcome imposed limitations in delivery of chronic pain patient care.

## Potential Neurological Manifestations of COVID-19: A Narrative Review

*Pergolizzi JV Jr, Raffa RB, Varrassi G, Magnusson P, LeQuang JA, Paladini A, Taylor R, Wollmuth C, Breve F, Chopra M, Nalamasu R, Christo PJ.*

*Postgrad Med. 2020 Oct 22. doi: 10.1080/00325481.2020.1837503*

### Abstract

Neurological manifestations are increasingly reported in a subset of COVID-19 patients. Previous infections related to coronaviruses, namely Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and Middle Eastern Respiratory Syndrome (MERS) also appeared to have neurological effects on some patients. The viruses associated with COVID-19 like that of SARS enters the body via the ACE-2 receptors in the central nervous system, which causes the body to balance an immune response against potential damage to non-renewable cells. A few rare cases of neurological sequelae of SARS and MERS have been reported. A growing body of evidence is accumulating that COVID-19, particularly in severe cases, may have neurological consequences although respiratory symptoms nearly always develop prior to neurological ones. Patients with pre-existing neurological conditions may be at elevated risk for COVID-19-associated neurological symptoms.

Neurological reports in COVID-19 patients have described encephalopathy, Guillain-Barré syndrome, myopathy, neuromuscular disorders, encephalitis, cephalgia, delirium, critical illness

polyneuropathy, and others. Treating neurological symptoms can pose clinical challenges as drugs that suppress immune response may be contraindicated in COVID-19 patients. It is possible that in some COVID-19 patients, neurological symptoms are being overlooked or misinterpreted. To date, neurological manifestations of COVID-19 have been described largely within the disease trajectory and the long-term effects of such manifestations remains unknown.

## The prevalence of musculoskeletal disorders and low back pain among Italian nurses: An observational study

*Latina R, Petruzzo A, Vignally P, Cattaruzza MS, Vetri Buratti C, Mitello L, Giannarelli D, D'Angelo D.*

*Acta Biomed. 2020 Nov 30;91(12-S):e2020003. doi: 10.23750/abm.v91i12-S.10306.*

### Abstract

#### Background and aim of the work

Musculoskeletal disorders and low back pain have negative impact amongst Italian nurses who work in hospital. Nursing staff are known to be at risk of developing back disorders, where low back pain has a prevalence from 16% to 60% in the world. This study aims to determine the prevalence of musculoskeletal disorders and low back pain among nurses who working in a Roman hospital.

#### Methods

Cross sectional study was carried out in an Italian hospital and the Nordic Musculoskeletal Questionnaire-IRSSST was administered to 256 registered nurses. Logistic regression analyses were performed to understand risk factors associated with pain.

## Results

Nurses reported different locations of pain related to musculoskeletal disorders. The prevalence of low back pain was 90.2% during life, 80% during the last year and 44.5% during the last week. Female sex increases the risk of being affected by low back pain (OR = 2.07, 95% CI= 1.00-4.32).

## Conclusions

Musculoskeletal disorders and low back pain are reported by the majority of nurses interviewed, and a higher prevalence is observed in women. Pain does not depend on the amount of years of work, nor on age or body mass index. In order to assess the prevalence of low back pain carefully, it is recommended to study a greater number of Italian nurses in different hospitals.

## Treatment preferences in fibromyalgia patients: A cross-sectional web-based survey

Valentini E, Fetter E, Orbell S. *Eur J Pain*. 2020 Aug;24(7):1290-1300.

doi: 10.1002/ejp.1570. Epub 2020 May 19

## Abstract

### Background

Therapeutic approaches to fibromyalgia (FM) are shifting towards a combined multi-treatment approach to tackle the variety of symptoms experienced in FM. Importantly, little is known about FM patients' attitude towards the available treatments.

### Methods

A cross-sectional web survey obtained responses from 464 individuals who satisfied diagno-

stic criteria for FM. Respondents were asked to report which treatments they adopted in their past, present and intend to adopt in the future. They also rated their level of well-being, depression, anxiety and pain catastrophizing.

## Results

Data revealed a predominantly combined multi-treatment approach in a sample characterized by middle-aged, Caucasian women. Respondents reported pervasive use of pharmacological therapy but had also adopted non-pharmacological treatment in the past. Future intentions clustered on alternative treatment or no treatment. Regression analyses revealed that pharmacological treatment in the past was predictive of both pharmacological and non-pharmacological treatments in the present. However, use of non-pharmacological treatment in the past was uniquely predictive of its reuse in the present and future. This pattern was also accounted for by individual differences in pain magnification and well-being in the past.

## Conclusions

Treatment preferences of FM individuals reveal an ambivalent combination of heavy reliance on pharmacological treatment with lower but consistent reliance on non-pharmacological treatment for those individuals who used it in the past and present.

This finding may inform longitudinal research into the relationship between pharmacological and non-pharmacological treatment preference in FM patients, which could in turn inform guidelines for individualized therapeutic plans for clinicians.

## Significance

Individuals with fibromyalgia reported the use of non-pharmacological and pharmacological treatments in the past but a predominant use of a pharmacological approach overall. Patterns of treatment experienced in the past were differentially related to future preferences.

Pharmacological treatment in the past was likely to lead to both pharmacological and non-phar-



macological choices in the present. However, non-pharmacological treatment in the past was more likely to be chosen again in the present and future, but unlikely to lead to a pharmacological choice.

## Small-fibre pathology has no impact on somatosensory system function in patients with fibromyalgia

*Fasolino A, Di Stefano G, Leone C, Galosi E, Gioia C, Lucchino B, Terracciano A, Di Franco M, Cruccu G, Truini A.*

*Pain. 2020 Oct;161(10):2385-2393. doi:*

*10.1097/j.pain.0000000000001920.*

### Abstract

We aimed to investigate whether small-fibre pathology, a common skin biopsy finding in patients with fibromyalgia, implies clinically important abnormalities of somatosensory system function and verify whether it is associated with voltage-gated sodium channel variants. In 57 consecutively enrolled patients with fibromyalgia, we used skin biopsy to distinguish patients with and without small-fibre pathology. In all patients, we assessed somatosensory system function using quantitative sensory testing (QST) and laser-evoked potentials and investigated voltage-gated sodium channel genotyping. We then compared these variables in patients with and without small-fibre pathology. We found that clinical measures, QST, and laser-evoked potential variables did not differ between patients with and without small-fibre pathology. In most patients with small-fibre pathology, QST and laser-evoked potential variables fell within normative ranges commonly used in clinical practice.

Of the 57 patients, one patient without small-fibre pathology and 2 patients with small-fibre pathology had rare variants of voltage-gated sodium channels, namely SCN11A, SCN9A, and

SCN1A variants. The SCN9A variant, found in a patient with small-fibre pathology, was an already profiled gain-of-function mutation, previously reported in small-fibre neuropathy. Our findings suggest that small-fibre pathology has a negligible impact on somatosensory system function in fibromyalgia. The genetic analysis suggests that patients with rare small-fibre neuropathy due to voltage-gated sodium channel variants may be misdiagnosed as patients with fibromyalgia.

## Ypericum scruglii Bacch., Brullo & Salmeri, a Potential Natural Remedy for Fibromyalgia: A Narrative Review

*Kalcev G, Testa G, Manconi M, Bacchetta G, Scano A, Orrù G, Deidda MC, Finco G, Carta MG*

*Biointerface Research in Applied Chemistry*

*11(3):9928-0038*

*DOI: 10.33263/BRIAC113.99289938*

### Abstract

#### Background

Fibromyalgia (FM) is today a serious public health issue. Tested treatments have shown limited efficacy. Oxidative stress probably interacting with the glutamatergic / gamma-Aminobutyric acid balance may play a role. Antidepressants improve sleep and mood especially those with double action on serotonin and norepinephrine, but these are also those with a greater risk of manic switch considering the high frequency of comorbidity with bipolar disorders.

#### Methods

This narrative review tries to evaluate, on the basis of in vitro and animal studies, the potential utility in fibromyalgia of *Hypericum Scruglii*, an endemic species peculiar to the island of Sardinia.

## Results

The studies that have verified the antidepressant efficacy of *Hypericum Perforatum* and the first attempts of its use in fibromyalgia are reported as well as the studies that found the phloroglucinol derivatives from *Hypericum longistylum* (well-known in traditional Chinese medicine) that facilitate the differentiation of neural progenitor cells, and increase the efficiency of differentiation into serotonergic neurons.

## Conclusions

The advantage of *Hypericum Scruglii* may be represented by the anti-oxidant potential revealed to be greater than in other species of the same genus. The paper also describes new approaches to improving the oral bioavailability of very poor water-soluble molecules of hypericum extracts.

## Bone fractures in patients using tapentadol or oxycodone: an exploratory US claims database study

Morlion BJ, Margarit C, Wild I, Karra R, Liedgens H, Sohns M, Finco G.

*Pain Manag.* 2020 Sep 30. doi: 10.2217/pmt-2020-0065.

## Abstract

### Aim

To explore fracture outcomes with tapentadol or oxycodone, two opioids with differing mechanisms of action.

### Materials & methods

Retrospective cohort pilot study, using MarketScan® Commercial and Medicare Supplemental claims databases, on patients with postoperative pain, back pain, or osteoarthritis and  $\geq 1$  claim for tapentadol ( $n = 16,457$ ), oxycodone ( $n = 1,356,920$ ), or both ( $n = 15,893$ ) between June 2009 and December 2015.

## Results

During 266,826 and 9,007,889 days of tapentadol and oxycodone treatment, patients evidenced 1080 and 72,275 fractures, respectively. Fracture rates per treatment-year were 1.512 for tapentadol and 3.013 for oxycodone.

## Conclusion

Examination of administrative claims has inherent limitations, but this exploratory analysis indicates a lower fracture rate with tapentadol than oxycodone in the analyzed dataset, which needs confirmation by further clinical trials.

## Nurses' Behavior Regarding Pain Treatment in an Emergency Department: A Single-Center Observational Study

Sardo S, Galletta M, Coni E, Aviles Gonzalez CI, Piras I, Pia G, Evangelista M, Musu M, Finco G.

*J Pain Res.* 2020 Sep 22;13:2355-2359. doi: 10.2147/JPR.S266087. eCollection 2020.

## Abstract

### Purpose

The aim of this prospective study was to assess the behavior of emergency department (ED) nurses with regard to pain and their role in pain management in a real-life clinical setting.

### Methods

A total of 509 consecutive patients were enrolled during a 6-week period. A case-report form was used to collect data on nurses' approaches to pain, time to analgesia provision, and patient-perceived quality of analgesia.

### Results

Triage nurses actively inquired about pain in

almost every case, but they did not estimate pain intensity in a third of patients. In the majority of cases, triage nurses did not report pain-related findings to the physician, who was the only professional that could prescribe analgesia to patients. The assignment of the color-coding of triage by nurses appears to be related to the perceived severity of the clinical case and a more comprehensive evaluation of pain. More than half of patients were at least fairly satisfied with analgesia.

### Conclusion

Pain is increasingly screened during triage, but its comprehensive assessment and management still lack systematic application. We believe that further education and implementation of analgesia protocols may empower nurses to manage ED patients' pain more effectively and in a more timely manner.

## The perspectives of intra-articular therapy in the management of osteoarthritis

*Migliore A, Paoletta M, Moretti A, Liguori S, Iolascon G.*

*Expert Opin Drug Deliv. 2020 Sep;17(9):1213-1226. doi: 10.1080/17425247.2020.1783234. Epub 2020 Jun 22.*

### Abstract

Management of Osteoarthritis (OA) still is a challenge for clinicians. Taking into account a multidisciplinary approach including pharmacological and non-pharmacological treatments, intra-articular (IA) injection could be considered as an effective local therapy. Areas covered This review provides a new perspective of IA treatment going beyond current available IA agents. We describe novel biological targets for developing new IA agents and innovative modalities of delivery systems. Additional topics include pre-

dictors of response for a better choice of IA agents for each patient, diagnostic and prognostic role of biomarkers, accuracy of IA injection, and cost-effectiveness of IA injection. Expert opinion IA treatments seem to be very promising for the management of OA. Identifying clinical and biochemical predictive factors could drive clinician to the appropriate therapeutic approach. To date, there is a gap regarding the benefit of IA treatments in the 'real practice' once they have been adopted. However, considering these promising effects of IA approach, several open questions remain not clarified.

## Characterization of Home Working Population during COVID-19 Emergency: A Cross-Sectional Analysis

*Moretti A, Menna F, Aulicino M, Paoletta M, Liguori S, Iolascon G.*

*Int J Environ Res Public Health. 2020 Aug 28;17(17):6284. doi: 10.3390/ijerph17176284.*

### Abstract

Evidence about the characterization of home workers in terms of both work-related outcomes and health issues is lacking. The purpose of this cross-sectional study was to examine the impact of home working on perceived job productivity and satisfaction, work-related stress, and musculoskeletal (MSK) issues. We included 51 mobile workers, collecting data about demographic characteristics, working experience, job productivity, and stress. Job satisfaction was assessed through the Utrecht Work Engagement Scale (UWES), while MSK pain was investigated by the Brief Pain Inventory (BPI) and Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). Moreover, a home workplace analysis had to be carried out according to current Italian regulations. Participants declared that they were less productive (39.2%) but less stressed (39.2%) and equally satisfied (51%) compared to the

time of office working. Regarding MSK disorders, low back pain (LBP) was referred by 41.2% of home workers and neck pain by 23.5% of them. Neck pain worsened in 50% of home workers, while LBP did not exacerbate in 47.6% of cases. Home workers with MSK pain reported a lower job satisfaction. Depending on our data, the home environment seems to be not adequate in the mobile worker population, with an increased risk for mental health and MSK problems, particularly affecting the spine. Addressing these issues can significantly reduce risks for health, thus, improving job productivity and satisfaction and reducing cost.

## Neuropathic Pain and Sickle Cell Disease: a Review of Pharmacologic Management

*Orhurhu MS, Chu R, Claus L, Roberts J, Salisu B, Urits I, Orhurhu E, Viswanath O, Kaye AD, Kaye AJ, Orhurhu V.Curr*

*Pain Headache Rep. 2020 Jul 24;24(9):52.*

*doi: 10.1007/s11916-020-00885-5.*

### Abstract

#### Purpose of review

Sickle cell disease (SCD) remains among the most common and severe monogenic disorders present in the world today. Although sickle cell pain has been traditionally characterized as nociceptive, a significant portion of sickle cell patients has reported neuropathic pain symptoms. Our review article will discuss clinical aspects of SCD-related neuropathic pain, epide-

SAVE THE DATE

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



**12<sup>th</sup> CONGRESS OF THE  
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®**  
**27-30 APRIL 2022**  
**DUBLIN, IRELAND**





miology of neuropathic pain among individuals with SCD, pain mechanisms, and current and future potential pharmacological interventions.

### Recent findings

Neuropathic pain in SCD is a complicated condition that often has a lifelong and significant negative impact on life; therefore, improved pain management is considered a significant and unmet need.

Neuropathic pain mechanisms are heterogeneous, and the difficulty in determining their individual contribution to specific pain types may contribute to poor treatment outcomes in this population. Our review article outlines several pharmacological modalities which may be employed to treat neuropathic pain in SCD patients.

## Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Chronic Pelvic Pain

*Urits I, Callan J, Moore WC, Fuller MC, Renschler JS, Fisher P, Jung JW, Hasoon J, Eskander J, Kaye AD, Viswanath O.*

*Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2020 Sep;34(3):409-426. doi: 10.1016/j.bpa.2020.08.001.*

### Abstract

Chronic pelvic pain (CPP) in women is defined as noncyclical and persistent pain lasting more than six months perceived to be related to the pelvis. There are many etiologies that can cause CPP, including gynecologic, urologic, gastrointestinal, musculoskeletal, neurologic, and psychosocial. There is a strong association between psychological factors and CPP.

It has been noted that almost half of women being treated for CPP report a history of sexual, physical, or emotional trauma. Women with CPP have been noted to have higher rates of psychological disorders in comparison to their peers. For men, the most common etiology for CPP is chronic prostatitis and there are also correlations with psychological disorders. There are

many different treatment options for CPP: surgical, pharmacological, and non-pharmacological (alternative therapies). Cognitive-behavioral therapy may be another option when treating chronic pelvic pain syndrome and should be considered.

## Current status of COVID-19 treatment: An opinion review

*Di Franco S, Alfieri A, Petrou S, Damiani G, Passavanti MB, Pace MC, Leone S, Fiore M. World J Virol. 2020 Sep 25;9(3):27-37.*

*doi: 10.5501/wjv.v9.i3.27.*

### Abstract

The pandemic severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection has garnered the attention of scientists worldwide in the search for an effective treatment while also focusing on vaccine development. Several drugs have been used for the management of coronavirus disease 2019 (COVID-19), which has affected many hospitals and health centers worldwide. Statistically significant results are lacking on the effectiveness of the experimented drugs in reducing COVID-19 morbidity or mortality, as there are very few published randomized clinical trials. Despite this, the literature offers some material for study and reflection. This opinion review attempts to address three burning questions on COVID-19 treatment options. (1) What kind of studies are currently published or ongoing in the treatment of patients with COVID-19? (2) What drugs are currently described in the literature as options of treatment for patients affected by the infection? And (3) Are there specific clinical manifestations related to COVID-19 that can be treated with a customized and targeted therapy? By answering these questions, we wish to create a summary of current COVID-19 treatments and the anti-COVID-19 treatments

proposed in the recent clinical trials developed in the last 3 mo, and to describe examples of clinical manifestations of the SARS-CoV-2 infection with a cause-related treatment.

## Pulsed Radiofrequency for Lumbar Facet Joint Pain: A Viable Therapeutic Option? A Retrospective Observational Study

Sansone P, Giaccari LG, Lippiello A, Aurilio C, Paladini A, Passavanti MB, Pota V, Pace MC.

*Pain Ther.* 2020 Dec;9(2):573-582.

doi: 10.1007/s40122-020-00187-z.

### Abstract

#### Introduction

Low back pain (LBP) is a common problem, and facet joint pain is responsible for 15-45% of cases. Treatment is multidisciplinary, and when conservative measures are not sufficient, radiofrequency (RF) is often used. It allows the interruption of nociceptive input, producing a heat lesion in a continuous or pulsed mode.

#### Methods

Medical records of 60 patients who underwent pulsed RF denervation were examined. The standard procedure provided follow-up of pain intensity. Numerical rating scale (NRS) and Douleur Neuropathique en 4 Questions (DN4) were recorded before treatment, and 15 and 40 days, and 6 months after treatment. Oswestry Disability Index (ODI) and patient satisfaction were also recorded. Successful treatment was defined as more than a 50% reduction in the NRS scores at 6 months compared with pretreatment scores.

#### Results

Scores on the NRS and DN4 were statistically different over time ( $p < 0.05$ ). Scores at 6

months were significantly decreased when compared with pretreatment scores ( $p < 0.05$ ). ODI scores decreased during the follow-up period. No adverse effect was recorded and 57 patients (97%) reported successful pain relief.

### Conclusions

Continuous RF is the gold standard in the management of lumbar facet joint pain. Pulsed RF is a promising technique: patients with chronic LBP who had not responded to conservative care tended to improve after pulsed RF. The procedure was well tolerated in the absence of contraindications, and reliable if the nerve endings regrew.

## Perioperative Management of Elderly patients (PriME): recommendations from an Italian intersociety consensus

Aceto P, Antonelli Incalzi R, Bettelli G, Carron M, Chiumiento F, Corcione A, Crucitti A, Maggi S, Montorsi M, Pace MC, Petrini F, Tommasino C, Trabucchi M, Volpato S;

*Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG),*

*Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia Geriatrica (SICG) and Associazione Italiana di Psicogeriatrica (AIP).*

*Aging Clin Exp Res.* 2020 Sep;32(9):1647-1673. doi: 10.1007/s40520-020-01624-x. Epub 2020 Jul 10.

### Abstract

#### Background

Surgical outcomes in geriatric patients may be complicated by factors such as multiple comorbidities, low functional performance, frailty, reduced homeostatic capacity, and cognitive impairment. An integrated multidisciplinary approach

to management is, therefore, essential in this population, but at present, the use of such an approach is uncommon. The Perioperative Management of Elderly patients (PriME) project has been established to address this issue.

### Aims

To develop evidence-based recommendations for the integrated care of geriatric surgical patients.

### Methods

A 14-member Expert Task Force of surgeons, anesthesiologists, and geriatricians was established to develop evidence-based recommendations for the pre-, intra-, and postoperative care of hospitalized older patients ( $\geq 65$  years) undergoing elective surgery. A modified Delphi approach was used to achieve consensus, and the strength of recommendations and quality of evidence was rated using the U.S. Preventative Services Task Force criteria.

### Result

A total of 81 recommendations were proposed, covering preoperative evaluation and care (30 items), intraoperative management (19 items), and postoperative care and discharge (32 items).

### Conclusions

These recommendations should facilitate the multidisciplinary management of older surgical patients, integrating the expertise of the surgeon, the anesthesiologist, the geriatrician, and other specialists and health care professionals (where available) as needed. These roles may vary according to the phase and setting of care and the patient's conditions.



## Healthcare at the time of COVID-19: A review of the current situation with emphasis on anesthesia providers

*Rekatsina M, Paladini A, Moka E, Yeam CT, Urits I, Viswanath O, Kaye AD, Morgan JA, Varrassi G.*

*Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2020 Sep;34(3):539-551. doi: 10.1016/j.bpa.2020.07.002*

### Abstract

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is spreading rapidly around the world with devastating consequences on patients, healthcare workers, health systems, as well as economies. While, healthcare systems are globally operating at maximum capacity, healthcare workers and especially anesthesia providers are facing extreme pressures, something that is also leading to declining availability and increasing stress. In this regard, it is extremely concerning the fact that some regions worldwide have reported up to 20% of their cases to be healthcare workers. When considering that the global case fatality rate may be as much as 5.4%, these numbers are concerning and unacceptable. As this pandemic accelerates, access to personal protective equipment for health workers is a key concern since at present, healthcare workers are every country's most valuable resource in the fight against COVID-19. Governments and health organizations should take care of their staff and support them in any way possible. This review aims to describe the current situation anesthesia providers are facing in the setting of COVID-19 and provide solutions and evidence on important concerns, including which guidance to follow, the level of equipment that is adequate, and the level of protection they need for every patient being administered an anesthetic.

## Telemedicine and Virtual Reality for Cognitive Rehabilitation: A Roadmap for the COVID-19 Pandemic

Mantovani E, Zucchella C, Bottioli S, Federico A, Giugno R, Sandrini G, Chiamulera C, Tamburin S.

*Front Neurol.* 2020 Sep 15;11:926.

doi: 10.3389/fneur.2020.00926. eCollection 2020.

### Abstract

The current COVID-19 pandemic presents unprecedented new challenges to public health and medical care delivery. To control viral transmission, social distancing measures have been implemented all over the world, interrupting the access to routine medical care for many individuals with neurological diseases. Cognitive disorders are common in many neurological conditions, e.g., stroke, traumatic brain injury, Alzheimer's disease, and other types of dementia, Parkinson's disease and parkinsonian syndromes, and multiple sclerosis, and should be addressed by cognitive rehabilitation interventions. To be effective, cognitive rehabilitation programs must be intensive and prolonged over time; however, the current virus containment measures are hampering their implementation. Moreover, the reduced access to cognitive rehabilitation might worsen the relationship between the patient and the healthcare professional. Urgent measures to address issues connected to COVID-19 pandemic are, therefore, needed. Remote communication technologies are increasingly regarded as potential effective options to support health care interventions, including neurorehabilitation and cognitive rehabilitation. Among them, telemedicine, virtual reality, augmented reality, and serious games could be in the forefront of these efforts. We will briefly review current evidence-based recommendations on the efficacy of cognitive rehabilitation and offer a perspective on the role of tele- and virtual rehabilitation to achieve adequate cogni-

tive stimulation in the era of social distancing related to COVID-19 pandemic. In particular, we will discuss issues related to their diffusion and propose a roadmap to address them. Methodological and technological improvements might lead to a paradigm shift to promote the delivery of cognitive rehabilitation to people with reduced mobility and in remote regions

## Psychological and psychosocial predictors of chronic post-surgical pain: a systematic review and meta-analysis

Giusti EM, Lacerenza M, Manzoni GM, Castelnuovo G. *Pain.* 2020 Jul 13.

doi: 10.1097/j.pain.0000000000001999.

### Abstract

Knowledge about psychological and psychosocial predictors of chronic postsurgical pain is important to identify patients at risk for poor outcomes. The objective of this systematic review with meta-analysis was to assess the effect of such predictors. A comprehensive search of the available literature on this topic was performed using the electronic databases PubMed, Scopus, Embase, and PsycInfo. Estimates of the effect of each predictor were extracted, and both a narrative synthesis and a quantitative synthesis of these estimates were performed. Multiple imputation was used to take into account the effect of nonsignificant estimates in case they were not reported by original studies. From a sample of 8322 records, 83 articles were included in the narrative synthesis and 41 studies were used to perform the meta-analyses. The narrative synthesis showed that evidence about the effect of psychological predictors is heterogeneous, with few expected predictors, such as optimism, state anxiety and psychological distress, consistently associated with chronic postsurgical pain. By contrast, the meta-analy-



ses showed that state anxiety, trait anxiety, mental health, depression, catastrophizing and, to a lesser extent, kinesiophobia and self-efficacy have a weak but significant association with chronic postsurgical pain. In conclusion, this study showed that psychological predictors have a significant association with chronic postsurgical pain and that state anxiety is the most explicative one.

## 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):E201.*

*doi: 10.3390/jpm10040201.*

### 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, interoceptive 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.

## A comprehensive review of partial opioid agonists for the treatment of chronic pain

*Gress K, Charipova K, Jung JW, Kaye AD, Paladini A, Varrassi G, Viswanath O, Urits*

*J. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2020*

*Sep;34(3):449-461. .*

*doi: 10.1016/j.bpa.2020.06.003. Epub 2020 Jul 2.*

### Abstract

Chronic pain is a common condition that is being increasingly recognized, diagnosed, and treated in a variety of settings. Opioids can be used to treat chronic pain but at the cost of adverse effects and risk of dependence. Recently, there has been a movement to improve analgesic care in the setting of the opioid epidemic and the overprescribing of opioids, causing over-accessibility, dependence, and large numbers of overdose deaths.

Opioid-specific receptors, including the  $\mu$ ,  $\delta$ ,  $\kappa$ , and opioid receptor like-1 (ORL-1) receptors, are each 7-transmembrane spanning proteins, which affect the G-protein and  $\beta$ -arrestin cascades. Each opioid class can act differently on the receptors, resulting in full, partial, or antagonizing effects. This comprehensive review looks at different agents in major classes, nonselective and mixed/partial agonists/antagonists, including the nonselective partial agonists, levorphanol and tramadol. Mixed partial agonists/antagonists include buprenorphine, pentazocine, nalbuphine, and butorphanol. Oliceridine is the only current selective partial agonist that agonizes specific pathways to promote analgesic effects and discourage adverse effects.



AISD Associazione Italiana per lo Studio del Dolore  
Fondazione Paolo Procacci

## Codice Etico della Medicina del Dolore



Il Codice Etico della Medicina del Dolore è stato scritto, approvato e firmato nel maggio 2011 dal Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore e della Fondazione Paolo Procacci.

È stato pubblicato dall'European Journal of Pain nel 2012.  
(Eur J Pain. 2012 Sep;16(8):1081-3.  
002/j.15322149.2012.00164.x)

### Codice Etico della Medicina del Dolore

Comitato presentatore

- Stefano Coaccioli - Coordinatore
- Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
- Il Consiglio Direttivo della Fondazione Paolo Procacci

Il testo è disponibile online nei siti  
[www.aisd.it](http://www.aisd.it) - [www.fondazioneprocacci.org](http://www.fondazioneprocacci.org)



# POSTER INFORMATIVI SUL DOLORE

Abbiamo riassunto in tre poster alcune informazioni essenziali sul dolore:



Tutti i poster sono scaricabili dal sito dell'Associazione Italiana per lo Studio del dolore [www.aisd.it](http://www.aisd.it) cliccando sui rispettivi titoli



# La campagna europea On the move

*La European Pain Federation, EFIC, ha avviato una campagna di sensibilizzazione a livello europeo sull'importanza di una corretta e regolare attività fisica per la prevenzione e la riduzione del dolore cronico. I messaggi della campagna "On the Move" sono stati sintetizzati in tre poster, disponibili online ([www.aisd.it](http://www.aisd.it)), con consigli essenziali rivolti al paziente con dolore cronico, alla popolazione in generale e agli operatori sanitari. La traduzione in italiano è stata curata dalla prof. Caterina Aurilio, consigliere EFIC in rappresentanza dell'AISD.*

*Abbiamo chiesto al prof. Giovanni Iolascon un commento sull'iniziativa.*

Si parla spesso dei benefici dell'attività fisica per la salute (ridotto rischio di cancro, di malattie cardiovascolari e diabete, miglioramento della salute mentale) un po' meno enfasi si pone sul fatto che l'attività e l'esercizio fisico sono associati a un minor rischio di sviluppare dolore cronico, un problema di salute che colpisce tra il 12 e il 30% degli europei.

I messaggi della campagna "On the Move" sono stati sintetizzati in tre poster, disponibili online, con consigli essenziali rivolti al paziente con

dolore cronico, alla popolazione in generale e agli operatori sanitari.

Abbiamo chiesto a Giovanni Iolascon, Professore Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", di condividere con noi un commento sull'iniziativa e su come potrebbe essere declinata nella realtà italiana. «È sicuramente una campagna molto valida e credo sia importante anche l'aver proposto tre livelli di comunicazione, in quanto rivolgersi solo agli operatori e ai pazienti non basta. Vanno inoltre sottolineati due aspetti: a livello europeo quando si parla di attività fisica ovviamente ci si rivolge anche a istruttori di ginnastica, a laureati in scienze motorie, con i quali viene praticata l'attività fisica in palestre e quant'altro. Diverso invece il discorso quando vogliamo dare una valenza terapeutica dove è previsto un esercizio terapeutico e di conseguenza deve esserci un progetto riabilitativo, con un team riabilitativo che comprende le figure del fisiatra e del fisioterapista e dove si interviene sugli effetti di una patologia in atto. Ovvio che diventa difficile rendere in un unico poster tutti questi aspetti, per cui credo che nella variazione apportata alla versione italiana si possa evincere l'esistenza delle modalità d'organizzazione in Italia per la cura di queste patologie.»





# I poster della campagna

## Per il paziente con dolore cronico



### MUOVIAMOCI!

**PERCHÉ È IMPORTANTE**  
L'attività fisica può aiutare e ridurre il tuo dolore, migliorare la tua qualità di vita e ridurre il rischio di patologie a lungo termine (ad esempio: patologie cardiache, diabete).

**Suggerimenti di attività fisica per persone che vivono con dolore cronico**

#### Pensa positivo, puoi farcela!

- Iniziare a spesso la parte più difficile
- Cerca di porti un obiettivo e inizia con uno semplice
- Scegli un'attività fisica con la quale nel passato ti sei divertito ad esempio: passeggiare, ballare

**SUGGERIMENTI IMPORTANTI**

- Rivedi regolarmente gli obiettivi
- Tieni un diario scritto o usa un App per seguire i progressi della tua attività fisica

#### Non sei solo!

- Informati sui luoghi di aggregazione del tuo quartiere (parrocchie, associazioni, palestre) in cui si pratica attività fisica di gruppo e come puoi entrarne a far parte.
- Preferisci fare attività fisica da solo o in compagnia? Potresti coinvolgere un amico per rafforzare la tua motivazione!

**SUGGERIMENTI IMPORTANTI**

- Condividi i tuoi successi. Organizza un Gruppo WhatsApp o qualsiasi gruppo di messaggistica e fai sapere agli altri i traguardi raggiunti nella tua attività fisica

#### Ascolta te stesso

Ci possono essere giornate spiacevoli

Basta bilanciare attività fisica e riposo

**SUGGERIMENTI IMPORTANTI**

- Il movimento e l'attività fisica possono ridurre il tuo dolore
- Stai avendo una brutta giornata o settimana? Non soffermarti su questo - pensa come ripartire con l'attività fisica.
- Non essere severo con te stesso

**RICORDA**

Se hai qualche dubbio, contatta il tuo personal trainer o il tuo fisioterapista per un consiglio sull'inizio o sull'avanzamento del tuo programma di attività fisica

#### Poca attività è meglio di nessuna attività

**RICORDA**

World Health Organization

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di fare un'attività fisica moderata per 30 minuti 5 volte alla settimana (per esempio passeggiare veloci o corsa leggera) oppure 10.000 passi al giorno. Inizia la tua attività fisica lentamente e poi aumentala

**Bibliografia**

World Health Organization. *World Health Organization Global Action Plan on Physical Activity: Accelerating Action to Promote Healthy Lifestyles*. Geneva: WHO, 2018.

EFIC. *European Federation of Pain Associations*. Available at: [www.efic.eu](http://www.efic.eu)

WCPPT. *World Confederation for Physical Therapy*. Available at: [www.wcppt.org](http://www.wcppt.org)

## Per i professionisti sanitari



### MUOVIAMOCI!

**PERCHÉ È IMPORTANTE**  
L'attività fisica è sicura per tutti i pazienti con dolore cronico

**Suggerimenti per tutti i professionisti sanitari su tipologia e modalità di attività fisica da raccomandare per il paziente con dolore cronico**

#### Molte persone con dolore (cronico) non praticano attività fisica: come puoi aiutarle a cambiare?

Prima di raccomandare l'attività fisica:

- Effettua una valutazione biopsicosociale e definisci gli obiettivi (funzionali).
- Individua e gestisci gli ostacoli personali e ambientali
- Rendila personalizzata, piacevole e mirata agli obiettivi e ai desideri del paziente per migliorarne l'aderenza.
- Informa il paziente su:
  - Impatto dell'attività fisica sulle limitazioni alfunzionali
  - Strategie di self-coping, incluso l'abbandono di comportamenti errati per paura del dolore.
  - Come strutturare un programma di attività fisica

#### Diversi tipi di attività fisica sono appropriati

Condividi con il paziente la scelta dell'attività fisica e organizza in base alle sue necessità

**Raccomandazioni per l'attività fisica:**

- Frequenza: Almeno cinque volte a settimana
- Intensità: Moderata. Questo significa, per esempio, lavorare intensamente, ma essere ancora in grado di conversare
- Durata: 20-60 minuti di attività continua o con pause più brevi, intervallata da esercizi di rinforzo muscolare (ad esempio, sollevamento di un peso leggero)
- Tipo: Esercizi aerobici continui e ritmici coinvolgenti i maggiori gruppi muscolari, senza peggiorare il dolore (ad esempio, passeggiare, correre, nuotare, danzare)
- Progressione: Aumentare il tempo dell'esercizio e successivamente la sua intensità. Ad esempio: quando cammini sul tapis roulant ad un determinato ritmo, aumenta prima la durata, poi la velocità e infine la pendenza

**Bibliografia**

World Health Organization. *World Health Organization Global Action Plan on Physical Activity: Accelerating Action to Promote Healthy Lifestyles*. Geneva: WHO, 2018.

EFIC. *European Federation of Pain Associations*. Available at: [www.efic.eu](http://www.efic.eu)

WCPPT. *World Confederation for Physical Therapy*. Available at: [www.wcppt.org](http://www.wcppt.org)

## Per la popolazione in generale



### MUOVIAMOCI!

**PERCHÉ È IMPORTANTE**  
Il nostro corpo è fatto per muoversi indipendentemente dall'età. La nostra abitudine di vita influisce su come ci sentiamo. Uno stile di vita più attivo dal punto di vista fisico ci dà grandi benefici e non è mai troppo tardi per iniziare

**L'attività fisica è salutare e può aiutarti nella prevenzione del dolore cronico**

#### Suggerimenti importanti per tutti!

L'attività fisica è salutare e può aiutare nel prevenire il dolore. Cinque SUGGERIMENTI per uno stile di vita attivo a lungo termine

1. Trova un tipo di attività fisica che ti piace
2. Pratica attività fisica, anche se poca, ma spesso
3. Stabilisci traguardi ragionevoli! Evita di paragonarti agli altri
4. Adotta abitudini salutari. Adatta la tua attività fisica in base alla tua giornata
5. Inserisci l'attività fisica nella tua quotidianità. Prendi le scale invece dell'ascensore, usa la bicicletta o cammina invece guidare la macchina

**Poca attività è meglio di nessuna attività**

World Health Organization

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di fare attività fisica moderata per 150 minuti a settimana (5 camminate veloci per 30 minuti) o 20 minuti/10.000 passi al giorno. Inizia la tua attività fisica lentamente e poi aumentala

#### Lo sapevi che?

L'attività fisica può aiutarti a diminuire il rischio di sviluppare dolore cronico.

**Puoi ridurre il rischio del:**

- 40% di avere una lombalgia
- 50% di avere un'artrosi dolorosa
- 10-12% di soffrire di un qualsiasi dolore cronico se hai un'età compresa tra i 20 e i 64 anni rispetto a chi non pratica neanche 30 minuti di attività fisica moderata, 1-3 volte a settimana.
- 23% di soffrire di qualsiasi dolore cronico se hai più di 65 anni rispetto agli anziani che non praticano attività fisica almeno 2-3 volte a settimana

**Bibliografia**

World Health Organization. *World Health Organization Global Action Plan on Physical Activity: Accelerating Action to Promote Healthy Lifestyles*. Geneva: WHO, 2018.

EFIC. *European Federation of Pain Associations*. Available at: [www.efic.eu](http://www.efic.eu)

WCPPT. *World Confederation for Physical Therapy*. Available at: [www.wcppt.org](http://www.wcppt.org)

*Qualche consiglio utile per i pazienti?*

«In linea di principio generale c'è da dire, innanzitutto, che nei casi di lombalgia aspecifica, quindi non collegata a una grave sintomatologia neurologica con paresi, difficoltà motorie e così via, il paziente può fare una normale attività fisica, anzi, alcuni lavori della letteratura scientifica consigliano anche la non astensione dalle attività lavorative in presenza di una lombalgia aspecifica. Il paziente che ha dolore alla colonna vertebrale, soprattutto a livello lombare, deve cercare di fare dell'attività fisica perché nel 90% dei casi la lombalgia tende spontaneamente a regredire, addirittura anche senza l'utilizzo di farmaci analgesici, quindi è un fatto che mantenere una discreta attività è un dato positivo. È naturale che ci sono delle particolari condizioni, oppure degli stati psicologici, per cui il paziente può ritenere che fare attività fisica sia controproducente, ma sicuramente possiamo convincerlo che l'attività fisica non è controindicata nel caso di una lombalgia aspecifica in atto.

Chi volesse affrontare la cura della lombalgia cronica, quando il fastidio è ripetuto nel tempo tanto da inficiare la vita quotidiana, può intraprendere uno specifico programma riabilitativo, con una valutazione fisiatrica e poi una programmazione di esercizi specifici fatti dal fisioterapista che riducono il distress della colonna vertebrale e anche, naturalmente, riducono la recidiva e la sintomatologia. Tutto questo si può basare su di approccio riabilitativo generico di esercizio aerobico, o di un esercizio che possiamo chiamare posturale, che cerca di riequilibrare le leve muscolari che possono essere alterate durante le manifestazioni di lombaggine.»

*Di questi tempi non possiamo tralasciare di parlare di Covid. Il cosiddetto lockdown ha fatto crescere significativamente la popolazione di lavoratori che svolgono la propria attività a casa. Lei ha recentemente pubblicato un lavoro sull'impatto di questo nuovo modello e contesto lavorativo sulle persone. Ci può accennare brevemente i risultati dello studio pubblicato sull'International Journal of Environmental Research and Public Health\*?*

«Per quanto mi risulta questo è il primo studio che si è proposto di esaminare l'impatto del lavoro a casa su produttività e soddisfazione lavorative percepite, sullo stress correlato al lavoro e sui problemi muscolo-scheletrici. Si tratta di uno studio trasversale che ha coinvolto 51 lavoratori. Sono stati raccolti dati su caratteristiche demografiche, esperienza lavorativa, produttività lavorativa e stress ed è stata effettuata un'analisi del luogo di lavoro domestico secondo la normativa italiana vigente, cioè utilizzo di strutture ergonomiche o meno, supporto per la schiena regolabile, posizione del corpo da seduti, distanza dal computer. Si è valutata anche l'insorgenza o cambiamenti in precedenti problemi muscolo-scheletrici, in particolare lombalgia e dolore al collo. I partecipanti hanno dichiarato di essere meno produttivi (39,2%) ma meno stressati (39,2%) e ugualmente soddisfatti (51%) rispetto al tempo di lavoro d'ufficio. Per quanto riguarda i disturbi muscolo-scheletrici, la lombalgia è stata riferita dal 41,2% dei lavoratori e il dolore al collo dal 23,5%. Il dolore al collo è peggiorato nel 50% degli intervistati, mentre la lombalgia non è peggiorata nel 47,6% dei casi. Chi soffriva di lombalgia ha riferito una minore soddisfazione sul lavoro. Sulla base dei nostri dati, l'ambiente domestico sembra non avere, spesso, tutti gli elementi di adeguatezza per poter permettere un telelavoro in sicurezza; spesso si assiste ad un aumento del rischio di avere problemi psicologici e muscoloscheletrici, in particolare a carico della colonna vertebrale. Affrontare questi problemi può ridurre significativamente i rischi per la salute, migliorando così la produttività e la soddisfazione del lavoro e riducendo i costi di salute.» (LS)

*\* Characterization of Home Working Population during COVID-19 Emergency: A Cross-Sectional Analysis.*

Moretti A, Menna F, Alicino M, Paoletta M, Liguori S, Iolascon G. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 28;17(17):6284. doi: 10.3390/ijerph17176284.





dal **1976**  
impegnata nello studio  
e nella cura del dolore

## Associati all'AISD

L'AISD è un'associazione scientifica multidisciplinare dedicata alla ricerca sul dolore e al miglioramento dell'assistenza dei pazienti con dolore. Fa parte della European Federation of IASP Chapters (EFIC®) ed è un Capitolo della International Association for the Study of Pain.

### Alleviare le sofferenze

è il motivo unico di tutta la nostra attività professionale e di ricerca.



## ***Dona il 5x mille***

all'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore  
Codice fiscale: 80027230483

[www.aisd.it](http://www.aisd.it)

[www.aisd.it](http://www.aisd.it)

# Dolore Aggiornamenti Clinici

Organo ufficiale della Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

