



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

C.so Gelone, n. 17 – 96100 SIRACUSA

GUIDA AZIENDALE PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DEI PAZIENTI CON DOLORE CRONICO

1) PREMESSA

Il presente documento si propone di fornire una descrizione e una definizione del processo comportamentale degli operatori sanitari in tema di valutazione e gestione dei pazienti con dolore cronico in tutte le strutture sanitarie dell'ASP di Siracusa. Le indicazioni in esso contenute fanno riferimento principalmente al "PROGRAMMA PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DEI PAZIENTI CON DOLORE CRONICO", approvato dall'Assessorato della salute della Regione Siciliana (Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico, Servizio 5 - Qualità, Governo clinico, Sicurezza dei pazienti) con decreto del 27/12/2013, e pubblicato sulla G.U.R.S. n. 4 del 24/01/2014.

2) SCOPO

Lo scopo di questa guida è quello di garantire il diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore, nel rispetto dei dettami della Legge 15 marzo 2010, n. 38, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Nello specifico, ha lo scopo di :

I. Implementare e diffondere l'attenzione al paziente con dolore, fornendo al personale sanitario strumenti selezionati e validati, uniformi su tutto il territorio dell'ASP 8 Siracusa, atti a rilevarlo e misurarlo. Nel marzo 2010 come detto, è stata approvata, nel nostro Paese la cosiddetta legge 'sul dolore', per effetto della quale il medico (sia MMG, sia specialista territoriale che ospedaliero) è responsabile dell'indicazione, all'interno della cartella clinica dei singoli pazienti, del grado di dolore 'misurato'. Attualmente il dolore non è uno degli indici normalmente misurati negli ospedali, come la pressione del sangue o la temperatura, e non viene riportato in cartella clinica come accade già dal 2001 negli Stati Uniti. In Italia, sia le cartelle dei medici di medicina generale sia quelle ospedaliere, ad oggi solo in minima parte, che si può definire trascurabile, presentano scale di rilevamento del dolore.

La presenza di dolore comporta la necessità di inquadrarlo sul piano eziopatogenetico e terapeutico secondo percorsi individualizzati per le varie discipline e codificati da linee guida interne (cui si rimanda per l'approfondimento).

II. Favorire l'implementazione di opportuni interventi anti-dolorifici, in particolare l'uso di oppioidi. A tal proposito si nota che ancora oggi in Italia si registra una forte resistenza all'impiego di farmaci analgesici oppioidi nel trattamento del dolore severo. Eppure, uno degli indicatori impiegati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per la misurazione della qualità della vita e dell'adeguatezza dei trattamenti per curare tutti i tipi di dolore si basa sulle dosi pro-capite di morfina e farmaci oppioidi utilizzati.

A seguito della legge n. 38/10 che ha facilitato la prescrizione dei farmaci oppiacei si è voluto monitorare l'uso di tali farmaci e dalla relazione al Parlamento del Ministro della salute del 2010, che fa riferimento a dati trasmessi dall'Agenzia italiana del farmaco agli uffici competenti del Ministero della salute, si evince un progressivo ma modesto aumento nella vendita di oppiacei dal 2008 in poi. Nonostante l'incremento l'Italia rimane tra gli ultimi Paesi in Europa nella classifica per consumo di questa categoria di farmaci: la difficoltà nella prescrizione di questi medicinali è principalmente dovuta alla scarsa cultura del medico ed alla necessità storica di ricorrere ad un ricettario speciale (abolita da poco tempo).

III. Dare adempimento alle direttive e agli obblighi che l'Assessorato della Salute della Regione Sicilia ha emanato con una serie di provvedimenti normativi in materia di terapia del dolore, di gestione del rischio clinico e di tenuta della cartella clinica.

1

3) DESTINATARI

- La guida è indirizzata a tutto il personale sanitario che opera presso strutture pubbliche e private accreditate, ospedaliere e territoriali, nonché ai medici di medicina generale del territorio dell'ASP di Siracusa. Tutto il personale di questa ASP ha non soltanto l'obbligo di conoscere e applicare le indicazioni fornite dal presente documento, ma anche l'obbligo di conoscere e rispettare le direttive regionali e nazionali, cui lo stesso fa riferimento.
- La popolazione target del documento è costituita "Pazienti di età maggiore di 16 anni con dolore persistente, continuo o ricorrente, di intensità e durata sufficientemente lunga per compromettere lo stato di salute, il grado di autonomia e la qualità della vita. Qualora il dolore dovesse persistere da sei settimane o oltre sarà obbligatoria una valutazione completa".

4) DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Legge 15 marzo 2010, n. 38: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (G.U. 19 marzo 2010, n. 65).
- Nota di trasmissione Assessorato della Salute della Regione Siciliana del 23.12.2011 (prot. Servizio 9/n.101020) dei progetti obiettivo nazionali 2011 relativo al "Potenziamento della rete regionale di terapia del dolore" che prevedono al punto 7 la valutazione del dolore come parametro vitale.
- D.A.002/2011 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana del 3 Gennaio 2011 "Programma di sviluppo della rete di terapia del dolore nella Regione Siciliana".
- Decreto del 13/03/2013 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana (Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico, Servizio 5 - Qualità, Governo clinico, Sicurezza dei pazienti), pubblicato sulla G.U.R.S. n. 16 del 29/03/2013, " *Linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale* ".
- Decreto del 27/12/2013 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana (Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico, Servizio 5 - Qualità, Governo clinico, Sicurezza dei pazienti), pubblicato sulla G.U.R.S. n. 4 del 24/01/2014, " *Approvazione del programma regionale per l'implementazione delle linee guida per la gestione dei pazienti con dolore cronico* ", con allegato : " *PROGRAMMA PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DEI PAZIENTI CON DOLORE CRONICO* ".
- Decreto del 30/09/2013 dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, pubblicato sulla G.U.R.S. n. 48 del 25/10/2013: " *Approvazione e adozione della "Guida per il paziente che si ricovera in ospedale" e del documento "La relazione tra paziente e medico in ospedale"* ".
- Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain - Institute for clinical Systems Improvement - novembre 2011.
- Management of Opioid Therapy for Chronic pain - Department of Veterans Affairs Department of Defense - maggio 2010.
- Adult Cancer Pain - NCCN 2011.
- Managing Chronic Non-Terminal Pain in Adults Including Prescribing Controlled Substances University of Michigan.
- Interagency Guideline on Opioid Dosing for Chronic Non- cancer Pain. An educational aid to improve care and safety with opioid therapy. Update 2010 - Agency Medical Directors Group.

Q M M G H

2

- Practice Guidelines for Chronic Pain Management An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine 2010, the American Society of Anesthesiologists.

5) DEFINIZIONI

- a) Il **dolore** è definito come: "Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale. Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva". (IASP)

Il dolore, in generale, può avere caratteristiche di tipo **acuto e cronico**.

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

Il dolore cronico è definito come un dolore persistente, continuo o ricorrente di intensità e durata sufficientemente lunga per compromettere lo stato di salute, il grado di autonomia e la qualità della vita. Può essere muscolare infiammatorio o meccanico compressivo, per stimolazione recettoriale nei tessuti somatoviscerali e neuropatico per alterazione del sistema somatosensoriale.

Tali tipologie di dolore, sostenute da meccanismi in parte noti, possono sommarsi in modo e misura variabile, determinando quadri clinici di dolore misto e complesso.

Il dolore è sintomo di una malattia, ma il dolore cronico esso stesso è malattia se dura oltre i 3-6 mesi o se persiste oltre i tempi di guarigione della malattia di base. Il dolore così prolungato ed il suo mancato corretto trattamento porta verso il dolore globale che è somatizzazione, rabbia, ansia, depressione.

"Il dolore cronico e il dolore oncologico rappresentano un problema di salute pubblica a livello mondiale sia per l'invecchiamento della popolazione che comporta una maggior frequenza di patologie osteoarticolari, arteriopatie e neuropatie, sia per l'aumento della patologia oncologica".

Il dolore costituisce un problema di notevole impatto psicologico, sociale ed economico che necessita di essere studiato, oltre che a livello individuale, anche nella sua globalità e che occorre trattare efficacemente e se possibile, prevenire in ogni ambito.

L'inadeguato controllo del dolore, oltre a determinare una inaccettabile sofferenza per il paziente, comporta il prolungamento della degenza, l'aumento delle complicatezze e della mortalità, l'aggravio dei costi sociali, per le malattie acute e croniche, anche al di fuori dei ricoveri ospedalieri.

- b) La **terapia del dolore** è definita come "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti ad individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee ed appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione ed il controllo del dolore".

- c) I **Farmaci analgesici**, più comunemente detti **antidolorifici**, sono farmaci efficaci nell'alleviare il dolore attraverso la cura delle cause scatenanti il dolore, se chiaramente definite, o mediante la manipolazione della conduzione nervosa dello stimolo doloroso.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1996 ha proposto una scala in prima istanza validata nel dolore oncologico e successivamente adottata anche come linea-guida per il trattamento del dolore "benigno". La scala fornisce una strategia per alleviare il dolore mediante l'utilizzo di farmaci con crescente potenza analgesica in base all'intensità del dolore riferita dal paziente. Ad essi si possono aggiungere i farmaci adiuvanti che comprendono sostanze che possono migliorare l'analgesia o controllare gli effetti collaterali e possono essere utilizzati ad ogni step per migliorare la sintomatologia complessiva. Questa scala consta di tre livelli:

Dolore lieve (valutazione del dolore secondo scala visuo-analogica (VAS) da 1-4): è suggerito trattamento con FANS o paracetamolo ± adiuvanti;

Dolore di grado lieve-moderato (VAS 5-6): è suggerito trattamento con oppioidi deboli ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti;

Dolore grave o da moderato a grave (VAS 7-10): è suggerito trattamento con oppioidi forti ± FANS o paracetamolo ± adiuvanti

- d) Le **Procedure antalgiche invasive** sono tecniche chirurgiche e parachirurgiche, scaturite da scelte motivate ed effettuate da personale qualificato (algologi), capaci di garantire il controllo del dolore nel 10-30% dei pazienti che non rispondono alla terapia farmacologica.
- e) L'**approccio Cognitivo-Comportamentale** è un modello di intervento psicologico, nato per la comprensione e lo studio sia del comportamento umano "normale", sia dei disturbi psicopatologici. La teoria cognitivo-comportamentale trova fondamento nella complessa relazione tra pensiero-comportamento-emozioni ed evidenzia come il buon funzionamento di tale interazione possa portare l'individuo ad un sano adattamento a nuove condizioni di vita, mentre una disfunzione o una distorsione in una di tali componenti psichiche possa provocare scompensi e disagi in tutto l'organismo. Le situazioni in sé possono essere neutre o insignificanti, gravi o benefiche, piacevoli o sgradevoli, in funzione dell'interpretazione che ne fa il soggetto. Non sono le situazioni a determinare ciò che l'individuo prova, ma sono l'interpretazione che egli ne fa ed il valore che gli attribuisce a provocare una reazione emotiva e comportamentale. Nel modello cognitivo-comportamentale terapeuta e paziente lavorano insieme per formulare una diagnosi, stabilire gli obiettivi della terapia, sviluppare strategie che possano indirizzare il soggetto alla risoluzione dei propri problemi e concordare un piano di trattamento che si adatti alle diverse esigenze. Nel contesto della Terapia del Dolore l'approccio cognitivo-comportamentale rappresenta una modalità di relazione tra medico e paziente utile sia in fase di diagnosi, sia nel corso del trattamento, consentendo al medico di comprendere l'esperienza ed il vissuto del paziente, così come vengono percepiti soggettivamente dallo stesso paziente, e di orientarlo nell'adozione di opportuni accorgimenti favorevoli all'esito della terapia.
- f) **Campagne divulgative alla popolazione:** Il Ministero della salute nel triennio 2010-2013 ha promosso la realizzazione di campagne informative destinate ai cittadini sui criteri di accesso alle prestazioni ed ai programmi di assistenza in materia di cure palliative connesso alle malattie neoplastiche o a malattie croniche e degenerative". Da tempo in gran parte del mondo "civile" hanno preso avvio progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale, specificatamente rivolti al controllo del dolore di qualsiasi origine. I principi su cui si fonda questa campagna sono così formulati:
- il dolore è un problema trasversale a tutte le specialità presenti negli ospedali;
 - la campagna deve coinvolgere il sistema sanitario regionale;
 - occorre dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno delle strutture ospedaliere ed ai pazienti affluenti nel territorio;
 - è essenziale che alla campagna partecipi tutta la cittadinanza, la cui qualità di vita deve essere monitorata.
- Occorre sottolineare che, attualmente, nel nostro Paese, nonostante le disposizioni di legge, il dolore cronico è principalmente contrastato con strategie di diffusione passiva delle principali indicazioni, che purtroppo dimostrano scarsa incisività nel cambiamento del comportamento dei professionisti sanitari, derivanti dalla letteratura e dalla esperienza internazionale legato al fatto che ad oggi i programmi di implementazione delle linee guida per il trattamento del dolore sono assolutamente insufficienti.
- Per questo motivo, la nostra Regione vuole in controtendenza sviluppare un progetto di implementazione per il miglioramento del processo di gestione del dolore cronico, tramite la promozione di un importante strumento di provata efficacia per il miglioramento del comportamento dei professionisti: l'audit clinico.

6) L'ALGORITMO DI DIAGNOSI DEL DOLORE

La valutazione del dolore cronico deve includere la determinazione dei meccanismi del dolore attraverso la documentazione della localizzazione del dolore, l'intensità, la qualità e l'insorgenza/durata, la ricerca delle abilità funzionali residue del paziente; deve includere inoltre la valutazione dello stato psicologico/fattori sociali come la depressione o abuso di sostanze.

È fondamentale avere un approccio di team multidisciplinare, coordinato dal medico di base, per guidare un gruppo composto oltre che dal terapista del dolore da altre aree di specializzazione come quella psicologica e della riabilitazione fisica.

Uno degli obiettivi dell'anamnesi nei pazienti con dolore cronico non da patologie maligne (in particolare) che sono selezionati per l'utilizzo di oppiacei, è quello di controllare se gli stessi hanno segni di abuso di sostanze e/o comportamenti aberranti.

Algoritmo di valutazione (ALLEGATO 1)

Critical First Step: Assessment.

Raccomandazioni: Grado A.

- Nella valutazione del paziente con dolore cronico è essenziale effettuare una buona storia generale ed un esame fisico del paziente.
- Compilare la scheda di valutazione.
- Formulare un'ipotesi etiologica.

In tutti i pazienti deve essere fatta un'adeguata anamnesi patologica remota e prossima.

È utile indagare anche sulla qualità del sonno e sulla dieta, ovvero se il paziente si nutre in maniera adeguata; è importante capire se vi è una storia di depressione o altri elementi di psicopatologia che possono influire sulla percezione del dolore; un passato di abuso fisico o sessuale rappresentano fattori importanti per la percezione del dolore. Bisogna evidenziare le malattie già note da cui è affetto il paziente, sia perché possono avere un rapporto con la sintomatologia dolorosa sia perché possono comportare trattamenti farmacologici di cui bisogna tenere conto.

L'anamnesi farmacologica deve puntualizzare sia i farmaci in uso per altre patologie sia gli analgesici già usati e le relative dosi, gli eventuali effetti indesiderati, le intolleranze farmacologiche, le allergie.

La valutazione del dolore include la sede del dolore, l'intensità (misurata ad esempio su una scala analogica visiva), la qualità, l'insorgenza, la durata, le variazioni, il ritmo ed i fattori che eventualmente ne modificano il grado.

Si passa quindi all'esame obiettivo che può essere distrettuale, mirato alla problematica in esame, e deve includere strumenti di valutazione del dolore e la misurazione della intensità del dolore.

Scale di misurazione del dolore

Le scale di misurazione del dolore nel paziente adulto, utilizzati nelle Strutture Sanitarie:

- 1) devono essere state validate scientificamente;
- 2) devono essere semplici, sia da un punto di vista di somministrazione da parte del personale sanitario sia da un punto di vista di comprensione da parte del malato;
- 3) devono essere utilizzabili nel maggior numero di situazioni cliniche;
- 4) devono essere appresi dagli operatori con facilità.

Tenendo presenti le seguenti premesse, si raccomanda l'utilizzo di almeno una delle tre scale che in base all'esperienza ed alla letteratura di questi ultimi anni, vengono considerate le più applicabili nella pratica clinica:

- A. La scala numerica verbale (numerical verbal scale) da 0 a 10
- B. La scala verbale di rilevazione del dolore a 5 items
- C. La scala delle espressioni facciali
- D. ABBEY PAIN SCALE

(ALLEGATO 2)

(ALLEGATO 3)

ISTRUZIONI VERBALI PER LA RILEVAZIONE DEL DOLORE

Si suggerisce di intervistare il paziente nel seguente modo: "mi indichi per favore con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 al dolore peggiore possibile". Se il malato divaga, rispondendo per esempio con descrizioni verbali (es. "si, ho un pò di dolore, ma non tanto"), occorre richiamarlo con calma alle istruzioni "Mi indichi per cortesia con un numero da 0 a 10". Non suggerire la risposta alla persona (es. il personale non deve mai dire "Ha detto che ha un pò di male, quindi sarà circa 2-3, vero?") e tanto meno fare la valutazione al suo posto, presumendo di conoscere come si sente. Se il paziente dice di non aver compreso le istruzioni, usare esempi semplici, come "immagini che questo sia un termometro per valutare il dolore; più il numero è alto più il dolore è forte". Non usare l'esempio dei voti a scuola, perché può confondere (10 a scuola rappresenta un evento molto positivo mentre nel nostro caso 10 corrisponde ad un evento altamente negativo). Se il paziente contesta l'istruzione, dicendo per esempio che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordargli che si tratta di una valutazione soggettiva e personale; chiedere di fare riferimento a quello che lui immagina essere il peggior dolore; non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza, anche se lui stesso ne fa richiesta; rispondere che "per noi è importante avere la valutazione del suo dolore in questo preciso momento". Non fare commenti sulla risposta data dal paziente. La valutazione del paziente non va contestata. Per esempio non va mai detto "Ma come! Se prima mi aveva detto che il valore era 6, come fa a dirmi che adesso è 8, dopo aver assunto un analgesico? E' impossibile!". Quando le valutazioni del paziente risultano incongruenti può essere interessante cercare di capire perché questo avviene. Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un "termometro". Annotare la risposta nell'apposita scheda allegata alla presente guida. Se il dolore riferito dal paziente è pari o superiore ad un valore soglia prestabilito, avvisare immediatamente il medico per decisioni sul trattamento.

Determinare i meccanismi biologici del dolore

Ci sono molti modi per classificare i tipi di dolore. Il D.A. del 27 dicembre 2013 promuove una classificazione eziopatogenetica in quattro sottotipi: neuropatico, infiammatorio, muscolare e meccanico/compressivo.(ALLEGATO 4)

È importante determinare quali di questi meccanismi è responsabile del dolore nel paziente perché il trattamento del dolore cronico dipende dal meccanismo stesso che lo provoca. Qualche decennio fa, il tipo di dolore non era così importante perché tutto il dolore era trattato in modo simile con presenza molto limitata di farmaci e trattamenti; sostanzialmente anti-infiammatori non steroidei (FANS), paracetamolo e, a volte, oppiodi. Ora invece abbiamo a disposizione un gran numero di trattamenti specifici legati al meccanismo del dolore e quindi diversi per il neuropatico, per il dolore infiammatorio, il dolore osteoarticolare e la disfunzione del muscolo.

Ricordiamo che spesso i pazienti che si presentano con dolore hanno un dolore misto. Il medico dovrebbe determinare il contributo relativo di ciascun meccanismo alla condizione "dolore totale" e mettere a punto la strategia di trattamento per affrontare i relativi meccanismi. Se vi è incertezza diagnostica, il clinico può fare riferimento ad uno specialista di terapia del dolore.

Il dolore neuropatico

Il dolore neuropatico è il dolore prodotto da danno o disfunzione del sistema somatosensoriale. Esempi includono sciatica da compressione della radice nervosa, neuropatia periferica diabetica, nevralgia del trigemino, e neuropatia post-erpetica. Le caratteristiche che indicano il dolore neuropatico sono da ricercare con l'anamnesi, la distribuzione, il carattere del dolore e le risultanze dell'esame fisico. L'anamnesi è di solito il primo indizio al dolore neuropatico. Un diabetico che si lamenta di dolore persistente potrebbe avere un dolore neuropatico (circa il 50% dei diabetici di sviluppare dolore neuropatia-related). Un paziente che sviluppa il dolore dopo un ictus nella stessa localizzazione dell'emiplegia è molto probabile abbia dolore neuropatico post-stroke.

Il carattere del dolore neuropatico è di solito descritto come bruciore/lancinante.

Se il dolore segue la distribuzione di un nervo (ad esempio, per il nervo mediano "sindrome del tunnel carpale"), il dolore potrebbe essere considerato neuropatico. Altri esempi: distribuzione tipo "calza o a guanto" per la neuropatia periferica, la distribuzione del trigemino per la nevralgia del trigemino e la distribuzione dermatomerica per la nevralgia post-erpetica.

I segni fisici da cercare per la diagnosi di dolore neuropatico sono:

- alterazioni della sensibilità tattile e/o termica e/o dolorifica in positivo o in negativo come l'intonacamento, ipoestesia, anestesia, parestesia
- la sensazione di dolore provocata da uno stimolo inadeguato a causare dolore come un tocco leggero o sfioramento (allodinia).

Una sindrome ad etiologia ancora non ben definita (si va da ipotesi di dolore neuropatico centrale ad ipotesi di neuropatia delle piccole fibre) e che può essere considerato un caso particolare all'interno del gruppo classificato come dolore neuropatico è la fibromialgia. È caratterizzata da dolore muscoloscheletrico diffuso, rigidità e debolezza muscolare.

Criteri per la classificazione di fibromialgia comprendono:

- dolori diffusi (tronco e superiori/inferiori estremità);
- dolore in 11/18 punti dolenti;
- dolore presente per almeno tre mesi;
- altri sintomi che sono comuni, ma non diagnostici, tra cui insonnia, depressione, stress, affaticamento, sindrome del colon irritabile.

Il dolore muscolare

Il dolore muscolo-scheletrico è una causa frequente di dolore cronico. Il mancato inquadramento diagnostico del dolore muscolare può comportare come esito del trattamento scarsi miglioramenti, o un ritardo degli stessi, o addirittura inutili interventi.

Dolore miofasciale è dolore regionale del tessuto muscolare molle coinvolge il collo, le spalle, il tronco, le braccia, la parte bassa della schiena, i fianchi e gli arti inferiori.

Il trattamento più idoneo consiste nel ripristinare l'equilibrio muscolare e della funzione attraverso tecniche di terapia fisica, e l'utilizzo di farmaci può essere considerato un ausilio. Bisogna identificare i fattori che possono determinare la causa del dolore miofasciale (postura, azioni ripetitive, fattori professionali), tale identificazione rappresenta una priorità nel trattamento.

Iniezioni di anestetico locale nei punti trigger o l'agopuntura possono essere un utile trattamento aggiuntivo che può accelerare il recupero. Bisogna sempre presumere/pensare il dolore miofasciale quando c'è il dolore regionale senza risultati sugli studi di imaging.

Il dolore infiammatorio (nocicettivo)

Dolore infiammatorio quale quello secondario ad artrite, infezione, lesione tissutale e dolore post-operatorio è conosciuto come dolore nocicettivo, perché i prodotti chimici infiammatori quali le prostaglandine stimolano direttamente i nervi sensoriali primari che portano le informazioni al midollo spinale. Le caratteristiche cliniche comprendono calore, rossore e gonfiore del sito di dolore e una storia di lesioni o infiammazioni nota all'anamnesi.

Il trattamento prevede, prima di ogni cosa, la gestione della infiammazione con terapie antibiotiche o antireumatici e l'utilizzo di agenti anti-infiammatori come il FANS o corticosteroidi per curare sia i sintomi ed il controllo dell'infiammazione.

Dolore meccanico – compressivo (nocicettivo)

Quello che è definito come dolore meccanico da compressione è anche esso un dolore nocicettivo, perché una pressione meccanica o stiramento stimolano direttamente i neuroni sensibili al dolore. Il dolore meccanico è tipicamente aggravato dall'attività e temporaneamente alleviato dal riposo. In questa situazione, la storia e le indagini radiologiche di solito consentono la diagnosi. Comprende il dolore osteoarticolare, da osteoporosi, frattura, ostruzione o dislocazione o compressione da tessuto tumorale, cisti. Gli esempi includono frattura, ostruzione, dislocazione o la compressione del tessuto dal tumore, cisti o la struttura ossea. Il trattamento può richiedere una sorta di decompressione o stabilizzazione chirurgica.

Anamnesi psicologica

L'anamnesi psicologica può influenzare come il dolore viene riferito e percepito dal paziente.

L'identificazione di eventuali comorbidità dei disturbi psicologici faciliterà le cure appropriate.

I disturbi neuropsichiatrici non gestiti possono interferire con la capacità del paziente di partecipare in modo significativo ad un piano collaborativo di cure, possono diminuire l'efficacia del trattamento e/o aumentano il rischio di suicidio qualora questo sia presente.

Nelle fasi della diagnosi è importante prestare una particolare attenzione all'anamnesi psicologica, poiché alcuni tratti di personalità e determinati stati psicopatologici possono influenzare sia la percezione del dolore da parte del paziente, sia le modalità di come esso viene descritto.

Inoltre l'identificazione di eventuali comorbilità di disturbi psicologici faciliterà le cure appropriate.

I disturbi neuropsichiatrici non gestiti possono interferire con la capacità del paziente di partecipare in modo significativo ad un piano collaborativo di cure, possono diminuire l'efficacia del trattamento e/o aumentare il rischio di suicidio qualora questo sia presente.

I principali disturbi psichici da individuare e ricercare sono la depressione e l'ansia (che se associate con la paura del dolore e con la paura del movimento/nuova lesione, contribuiscono alle strategie di coping evitanti), l'abuso di sostanze e le dipendenze (che devono essere considerati nella decisione di prescrivere farmaci), i disturbi del sonno, i disturbi della personalità, storia di abuso infantile ed eventuali traumi, che potrebbero interferire con il rispetto delle prescrizioni terapeutiche.

Gli stili comportamentali passivi ed evitanti o la mancanza di impegno attivo nelle attività di autogestione possono contribuire alla diminuita attività e alla perpetuazione della sindrome di dolore cronico.

Nella valutazione delle condizioni generali del paziente va prestata attenzione anche alla presenza di eventuali risorse di supporto sociale, alla qualità e alla natura delle relazioni di sostegno, che influenzano la regolazione del dolore.

Lavoro e questioni legate alla disabilità

Domande di valutazione da chiedere al paziente:

- Attualmente lavora e dove?
- Se no, perché?

Il dolore cronico, sia associato ad una condizione di lavoro o di non lavoro, può portare a menomazioni fisiche che possono limitare l'attività di lavoro. Nella maggior parte delle condizioni associate a dolore cronico, l'invalidità completa e permanente non è necessaria. In altri casi, una varietà di fattori, come ad esempio problemi psicosociali, possono aumentare la probabilità di disabilità. I dolori alle articolazioni e alla parte bassa della schiena sono, i primi e le seconde cause più frequenti di disabilità in America e sono diventati importanti questioni di sanità pubblica. Le conseguenze per la salute, indipendenti dalla disabilità, sono significative. Quei disabili hanno una maggiore probabilità di cattiva salute mentale e fisica. La mortalità è aumentata.

Le conseguenze finanziarie sono gravi. Vi è un aumento del rischio generazionale con minacce per la stabilità della famiglia e della comunità. I fattori di rischio che aumentano la probabilità di dolore cronico e la disabilità sono generalmente coerenti tra condizioni diverse.

Fattori di rischio individuali con forte capacità predittiva sono i seguenti:

- credenze per evitare la paura;
- catastrophizing;
- somatizzazione;
- umore depresso;
- angoscia e ansia;
- invalidità precoce o riduzione della funzionalità;
- elevati livelli di dolore iniziali;
- aumento dell'età;
- scarse condizioni di salute generale;
- segni non organici;
- dipendenza dalla compensazione.

Il vantaggio secondario è considerato un fattore di rischio significativo per il dolore cronico e la disabilità. Questo può includere una varietà di livelli, compreso quello sociale, lavorativo, familiare e un guadagno finanziario. Una varietà di condizioni, tra cui il dolore, si prestano per riferire sintomi per ottenere il guadagno secondario. Tuttavia, il dolore cronico può limitare la capacità di svolgere alcune attività di lavoro normali. In questa situazione il medico può notevolmente aiutare il paziente che lavora, valutando con precisione i limiti fisici, tra cui la necessità di trascorrere del tempo lontano dal posto di lavoro per effettuare i trattamenti medici. Le limitazioni fisiche e le raccomandazioni dovrebbero essere scritte in maniera chiara e semplice, al fine di fornire al datore di lavoro una guida di supporto.

Spur, M. S.

Spur 8

ALLEGATO 1: SCHEDA VALUTAZIONE CLINICA DEL DOLORE

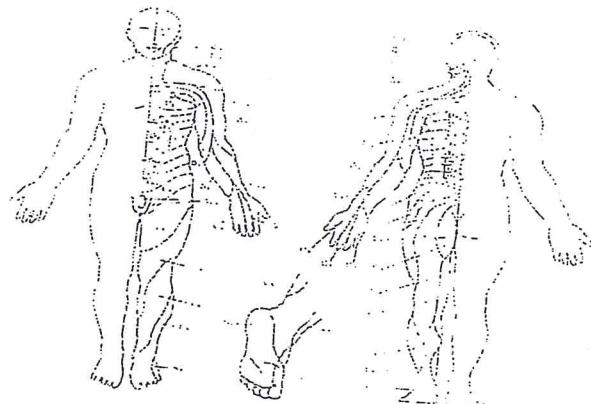
SCHEDA VALUTAZIONE CLINICA DEL DOLORE

logo ospedale

nome
cartella n°
diagnosi d'ingresso

data
U.O.

foglio n.



Dolore			
<input type="checkbox"/> acuto	<input type="checkbox"/> somatico	<input type="checkbox"/> cronico	<input type="checkbox"/> viscerale
<input type="checkbox"/> riacutiz. in dolore cronico	<input type="checkbox"/> a riposo	<input type="checkbox"/> breakthrough pain	<input type="checkbox"/> in movim.
sede (S)			
irradiazione (I)			
da quanto tempo è presente il dolore			

come descrive il suo dolore?

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tagliente | <input type="checkbox"/> crampiforme | <input type="checkbox"/> urente | <input type="checkbox"/> elettrico |
| <input type="checkbox"/> pulsante | <input type="checkbox"/> sordo | <input type="checkbox"/> gravativo | <input type="checkbox"/> costrittivo |
| disturbi neurologici associati | | | |
| <input type="checkbox"/> parestesie | <input type="checkbox"/> anestesia | <input type="checkbox"/> ipoestesia | <input type="checkbox"/> iperestesia |
| <input type="checkbox"/> deficit motori | <input type="checkbox"/> iperalgesia | <input type="checkbox"/> allodinia | <input type="checkbox"/> prurito |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) | | | |
| <input type="checkbox"/> altro/note | | | |

note anamnestiche relative al dolore

diagnosi algologica

NRS segnare una X sul numero corrispondente all'intensità del dolore
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

dolore nocettivo

dolore neuropatico

0: il dolore non interferisce; 1: interferisce a volte; 2: interferisce spesso o sempre

attività lavorativa

0

1

2

il dolore le impedisce di dormire

sì no

note d'ansia

sì no

note di depressione

sì no

relazioni sociali ed interpersonali

0

1

2

relazioni affettive

0

1

2

terapia effettuata

terapia in corso

terapia prescritta

firma medico

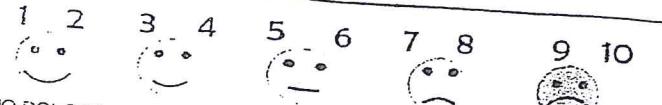
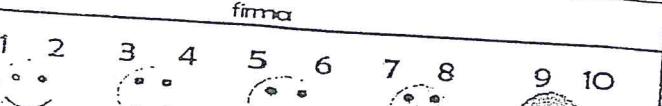
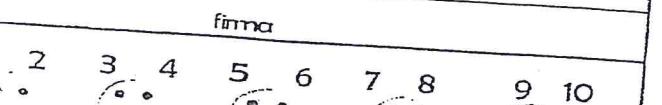
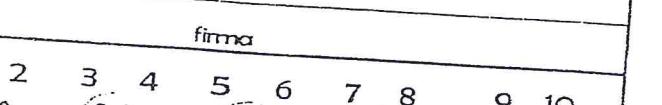
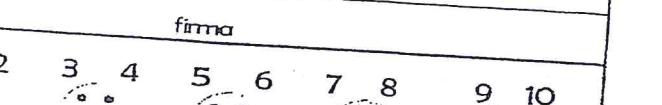
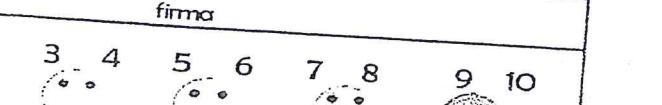
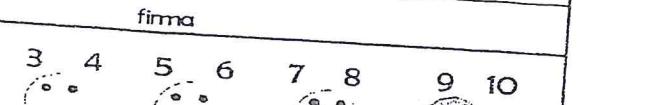
Me S. Thaler

S. Thaler

L. M. Z.

Thaler

ALLEGATO 2: SCALE DI MISURAZIONE DEL DOLORE

data _____	ora _____	nrs	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
note _____											firma	
data _____	ora _____	nrs	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
note _____											firma	
data _____	ora _____	nrs	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
note _____											firma	
data _____	ora _____	nrs	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
note _____											firma	
data _____	ora _____	nrs	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
note _____											firma	
data _____	ora _____	nrs	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
note _____											firma	
data _____	ora _____	nrs	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NO DOLORE LIEVE MODERATO FORTE INSOPPORTABILE									
note _____											firma	

ALLEGATO 3: ABBEY PAIN SCALE

LA RILEVAZIONE DEL DOLORE IN PERSONE CON STATO COGNITIVO- COMPORTAMENTALE COMPROMESSO

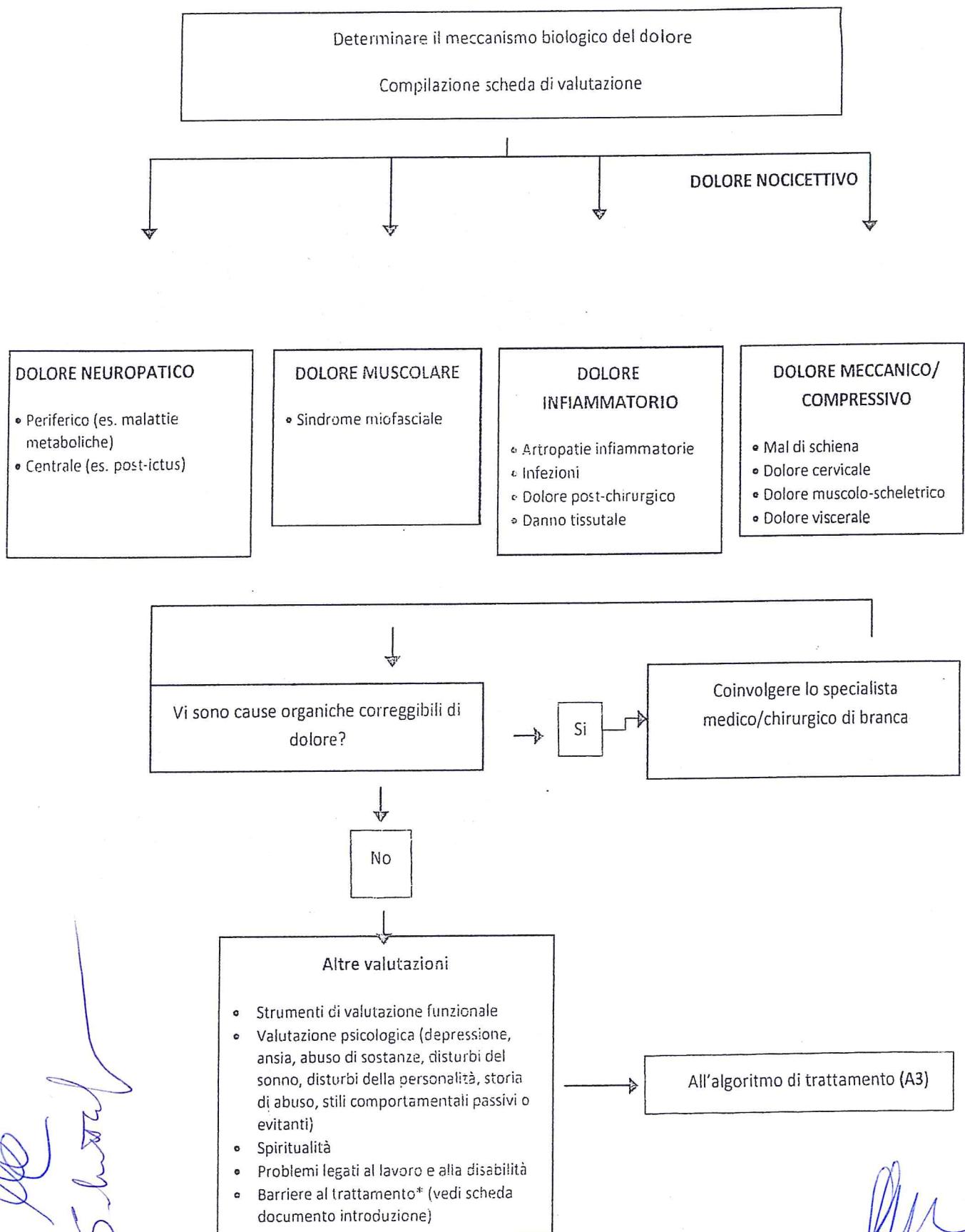
In generale la personalità e la cultura del paziente, le precedenti esperienze influenzano la sua reazione al dolore; il dolore può risultare ingestibile quando se ne trascurino la componente mentale e sociale. Alla luce di questa considerazione emerge anche la necessità di adottare uno strumento di valutazione del dolore nei soggetti con deficit cognitivo cioè non in grado di descrivere il proprio sintomo per disturbi dell'attività cognitiva, della memoria, dell'attenzione e dell'orientamento. Il più adeguato risulta, secondo la letteratura e ai dati dell'esperienza, la ABBEY PAIN SCALE.

	comportamento/caratteristica	punteggio
CAMBIAMENTI LINGUAGGIO DEL CORPO	AGITAZIONE, POSIZIONI DI DIFESA DI PARTE DEL CORPO, ATTEGGIAMENTI DI ALLONTANAMENTO	0: ASSENTE 1: LIEVE 2: MODERATO 3: SEVERO
ESPRESSIONI FACCIALI	ASpetto TESO , AGGrottamento DELLE CIGLIA , SMORFIE ASpetto SPAVENTATO	0: ASSENTE 1: LIEVE 2: MODERATO 3: SEVERO
VOCALIZZAZIONI	GEMITI LAMENTI PIANTO	0: ASSENTE 1: LIEVE 2: MODERATO 3: SEVERO
CAMBIAMENTI COMPORTAMENTALI	STATO DI CONFUSIONE, RIFIUTO DEL CIBO, ALTERAZIONE DEGLI SCHEMI ABITUALI	0: ASSENTE 1: LIEVE 2: MODERATO 3: SEVERO
ALTERAZIONI CORPOREE	LACERAZIONI DELLA CUTE LESIONI DA DECUBITO ARTRITE, CONTRATTURE PREGRESSE LESIONI	0: ASSENTE 1: LIEVE 2: MODERATO 3: SEVERO
ALTERAZIONI FISIOLOGICHE	TEMPERATURA CORPOREA, ALTERAZIONI DI POLSO O PRESSIONE ARTERIOSA, SUDORAZIONE, ROSSORE	0: ASSENTE 1: LIEVE 2: MODERATO 3: SEVERO

Legenda: Il punteggio totale indicherà: nessun dolore (0-2), dolore lieve (3-7), dolore moderato (8-13) o un dolore severo (14+)



ALLEGATO 4: ALGORITMO DI DIAGNOSI DEL DOLORE



7) L'ALGORITMO DEL TRATTAMENTO DEL DOLORE

In un paziente ben trattato vanno valutati tutti i multifattori che concorrono alla sofferenza legata al dolore e deve essere approntato un piano di cura completo. I farmaci non sono l'unico obiettivo del trattamento nella gestione del dolore e dovrebbero essere utilizzati, quando necessario, per raggiungere gli obiettivi globali della terapia in combinazione con altre modalità di trattamento.

Accanto all'utilizzo dei farmaci è parimenti importante affrontare le questioni psicologiche, spirituali e culturali.

Il primo obiettivo del trattamento è un miglioramento del “benessere” e delle funzioni dei pazienti, gli stessi devono sviluppare a lungo termine una capacità di autogestione di fronte al dolore che può persistere nel tempo, che è una caratteristica propria del dolore cronico.

L'algoritmo predisposto dal gruppo di lavoro esplicita al livello I approcci terapeutici che devono essere implementati come primi passi verso la riabilitazione prima che trattamenti di II livello siano considerati e valutati. Trattamenti di I livello ben fatti risolvono, nel 95% dei casi, il dolore cronico.

Outcome da raggiungere

Raccomandazioni Grado A

- Si consiglia un piano scritto di cura, utilizzando il modello biopsicosociale per garantire un approccio globale al trattamento di un paziente con dolore cronico.
 - La compilazione della scheda di misurazione del dolore consentirà, dopo la diagnosi etiologica, l'approccio farmacologico più corretto.
 - Tutti i pazienti con dolore cronico dovrebbero partecipare ad un programma di esercizi di fitness per migliorare la funzionalità e la forma fisica.
 - I medici possono considerare un approccio cognitivo-comportamentale con il ripristino funzionale per aiutare a ridurre il dolore e migliorare la funzionalità. I membri del team multidisciplinare variano a seconda delle risorse della comunità.
 - La presenza di difficoltà psicologiche non deve in alcun modo invalidare la denuncia del dolore del paziente, né dovrebbe eliminare la possibilità che una condizione medica generale può essere presente e causare il dolore.
 - La decisione medica per il trattamento del dolore cronico ha bisogno di una comprensione del background etnico e culturale del paziente, dell'età, del sesso e della spiritualità, al fine di gestire la sintomatologia del dolore cronico del paziente.
 - Il self-management (auto-gestione) assicura la partecipazione attiva del paziente nel piano di cura ed è essenziale.

Farmaci

Fans: in questa categoria rientrano quei farmaci che limitano l'infiammazione nella zona colpita rallentando la biosintesi di mediatori chimici dell'infiammazione deputati alla trasduzione dello stimolo doloroso. I FANS hanno anche un effetto sul sistema nervoso centrale dove alcuni mediatori chimici pro-infiammatori provocano la febbre e regolano la percezione del dolore stesso. Per questo motivo i FANS trovano impiego non solo come analgesici antinfiammatori, ma anche come antifebbrili.

La nota 66 regolamenta la prescrizione dei FANS ed è stata riscritta il 24 agosto 2012 dall'AIFA (G.U. n° 197).

La prescrizione dei farmaci antinfiammatori non steroidei a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni patologiche:

- Artropatie su base connettivitica
 - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria
 - Dolore neoplastico
 - Attacco acuto di gotta.

Con la determina di cui sopra la **nimesulide** è stata posta a carico del servizio sanitario nazionale solo per il trattamento di breve durata del dolore acuto nell'ambito delle stesse patologie.

Si allega la tabella pubblicata nella determina ove sono citati i farmaci interessati

limitatamente alle seguenti indicazioni	Limitatamente ai seguenti principi attivi
<ul style="list-style-type: none"> - Artropatie su base connettivitica; - Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; - Dolore neoplastico; - Attacco acuto di gotta. 	aceclofenac; acemetacina; acido mefenamico; acido tiaprofenico; amtolmetina guacile; celecoxib; cinnoxicam; dexibuprofene; diclofenac; diclofenac + misoprostolo; etoricoxib; fentiazac; flurbiprofene; furprofene; ibuprofene; indometacina; ketoprofene; lornoxicam; meloxicam; nabumetone; naprossene; oxaprozina; piroxicam; proglumetacina; sulindac; tenoxicam.
- Trattamento di breve durata del dolore acuto nell'ambito delle patologie sopra descritte	Nimesulide

Le differenze nell'attività antinfiammatoria dei vari FANS sono modeste, ma vi possono essere considerevoli diversità nella risposta individuale del paziente. Secondo il British National Formulary il 60% circa dei pazienti è sensibile a ogni tipo di FANS; dei restanti, alcuni che non rispondono a un farmaco possono trovare giovamento con un altro.

Un effetto analgesico si ottiene in genere in una settimana, mentre per un effetto antinfiammatorio completo (anche dal punto di vista clinico) servono spesso anche tre settimane. Se trascorso questo tempo non vi sono risultati, è bene tentare con un altro farmaco.

La differenza principale tra i diversi FANS risiede nell'incidenza e nel tipo di effetti indesiderati.

La differenza di attività dei vari FANS riflette la selettività nell'inibizione dei diversi tipi di ciclossigenasi; l'inibizione selettiva della ciclossigenasi 2 può migliorare la tollerabilità gastrica.

Nonostante ciò, vari studi hanno dimostrato che la gastrolesività dei COXIB è solo lievemente diminuita rispetto ai FANS non selettivi, inoltre i primi sono dotati anche di una potenziale tossicità cardiovascolare. Perciò gli inibitori selettivi della ciclossigenasi 2 dovrebbero essere preferiti ai FANS non selettivi solo se vi è un'indicazione specifica (per esempio in caso di rischio molto elevato di ulcera, perforazione o sanguinamento gastrointestinale) e comunque soltanto dopo un'attenta valutazione del rischio cardiovascolare. A dosi elevate e nel trattamento a lungo termine, anche i FANS non selettivi potrebbero comportare un lieve aumento del rischio di eventi trombotici (come infarto miocardico e ictus).

Tutti i FANS sono associati a tossicità gastrointestinale grave; il rischio maggiore è per gli anziani. L'azapropazone è il farmaco gravato dai rischi maggiori (ritirato dal commercio) e l'ibuprofene il meglio tollerato; ketoprofene, indometacina, naprossene e diclofenac hanno un rischio intermedio. Piroxicam e ketorolac hanno dimostrato un maggior rischio gastrolesivo.

I FANS devono essere utilizzati con cautela negli **anziani** (rischi di gravi effetti indesiderati anche mortali), nelle **patologie allergiche** (sono controindicati nei soggetti con anamnesi positiva per allergia ad aspirina o a un altro FANS, inclusi coloro in cui un episodio di asma, angioedema, orticaria o rinite sia stato scatenato dall'assunzione di aspirina o di un altro FANS), durante la **gravidanza**, l'**allattamento** e nei **difetti della coagulazione**.

L'impiego a lungo termine di alcuni FANS è associato a una **riduzione della fertilità femminile**, reversibile con la sospensione del trattamento.

Nei soggetti con insufficienza renale, i FANS devono essere utilizzati con cautela, in quanto possono peggiorare la funzionalità renale; è necessario somministrare la dose minima possibile e controllare la funzionalità renale.

Vari FANS possono avere un **effetto epatotossico**. In particolare **nimesulide** ha un rischio epatotossico maggiore degli altri FANS ed è controindicata nei pazienti epatopatici, in quelli con una storia di abuso di alcool e negli assuntori di altri farmaci epatotossici. A causa della sua tossicità epatica la nimesulide va prescritta esclusivamente per il trattamento di seconda linea ed è indicata soltanto nel **trattamento del dolore acuto**.

Tutti i FANS sono controindicati nello **scompenso cardiaco grave**. Gli inibitori selettivi della ciclossigenasi 2 sono controindicati nella cardiopatia ischemica, nelle patologie cerebrovascolari, nelle patologie arteriose periferiche e nello scompenso cardiaco moderato e grave.

Gli inibitori selettivi della ciclossigenasi 2 devono essere usati con cautela nei pazienti con storia di insufficienza cardiaca, disfunzioni del ventricolo sinistro o ipertensione, così come in caso di edema per cause diverse e quando vi sono fattori di rischio cardiovascolare. In alcuni studi il diclofenac ha mostrato un rischio cardiovascolare simile all'etoricoxib.

L'uso dei FANS è associato a peggioramento di un'asma preesistente.

Tutti i FANS, compreso gli inibitori selettivi della ciclossigenasi 2 sono controindicati in caso di ulcera peptica attiva.

Nonostante tutti gli effetti collaterali, non si deve trascurare il fatto che molti pazienti affetti da gravi malattie reumatologiche (come l'artrite reumatoide) traggono beneficio dall'uso dei FANS per il controllo della sintomatologia dolorosa.

In **oncologia** i FANS trovano indicazione d'uso nella palliazione del dolore. L'azione antidolorifica, indipendente da quella antinfiammatoria, è usata per il controllo del dolore neoplastico, spesso in associazione con analgesici maggiori.

Oppioidi: per il dolore da moderato ad intenso e nella terapia del dolore trovano vasto impiego i farmaci oppioidi i quali esplicano un'azione a livello del sistema dei recettori oppioidi nel sistema nervoso centrale, un importante centro di integrazione per la percezione del dolore.

Per maggiori indicazioni su questi farmaci si rimanda all'algoritmo di gestione dei farmaci oppioidi.

Adiuvanti: con il termine adiuvanti sono indicati quei farmaci che, pur non essendo antidolorifici in senso stretto, contribuiscono in qualche modo all'efficacia del trattamento analgesico.

Fra questi solo alcuni sono dotati di attività analgesica intriseca.

Il loro utilizzo deve essere effettuato in maniera ragionata, risultando da un'attenta indagine sui meccanismi alla base del dolore e da una consapevole applicazione delle conoscenze in campo farmacologico.

In alcuni casi, come per esempio nella fibromialgia, l'utilizzo di farmaci adiuvanti è la prima scelta.

Piano di cura utilizzando il modello biopsicosociale

Il modello collaborativo è un tipo di approccio all'assistenza sanitaria che agisce fornendo la gestione delle cure e un sistema di supporto.

Il D.A. regionale del 27/12/2013 raccomanda che il piano di cura utilizzi il modello biopsicosociale collaborativo, un approccio di squadra all'assistenza sanitaria, che agisce fornendo un sistema di supporto di consulenza specialistica per la gestione delle cure e che include il paziente come membro del team. Gli elementi di questo modello includono personale dedicato addetto a coordinare, sostenere ed educare i pazienti, metodi affidabili e sistematici per seguire il paziente, uso sistematico di trattamenti basati sull'evidenza (evidence-based).

Un piano scritto di cura è lo strumento essenziale per garantire un approccio globale al trattamento di un paziente con dolore cronico. Per massimizzare il successo del trattamento, un piano di assistenza deve

riguardare tutta la persona in tutta la sua complessità, compresi i fattori fisici e biologici, lo stato psicologico e le credenze, nonché la valutazione della famiglia, dell'ambiente sociale e lavorativo (modello biopsicosociale).

Un piano di cura per i pazienti con dolore cronico dovrebbe privilegiare in particolare i seguenti cinque aspetti principali:

- impostare obiettivi personali;
- migliorare il sonno;
- aumentare l'attività fisica;
- gestire lo stress;
- ridurre il dolore.

Obiettivi specifici e misurabili ed elementi di trattamento specifici chiaramente descritti offrono ai pazienti un quadro per la ristrutturazione di una vita che è stata spesso significativamente alterata dal dolore cronico. L'assenza di miglioramenti del dolore e delle funzioni quando il paziente sta seguendo il piano di cura dovrebbe portare a cambiamenti del piano. Se ci si accorge di una mancata osservanza di un piano di cura bisogna capire quali siano gli ostacoli ed effettuare un'approfondita valutazione dei fattori di stress, dei fattori psicosociali o motivazionali. Le persone che assumono un ruolo attivo nel loro trattamento tendono ad avere una migliore qualità della vita, riducono il loro senso di sofferenza e sentono di avere più potere sulla propria condizione.

È importante che obiettivi realistici siano fissati con i pazienti fin dalla fase iniziale, attenzionando i benefici potenziali del trattamento.

Gli obiettivi nel piano di trattamento devono essere pertinenti al singolo paziente e possono includere:

- 1) miglioramento della funzione fisica (ad esempio, aumentare il range di movimento, in piedi, a piedi);
- 2) miglioramento della generale dello stato funzionale (ad esempio, aumentare le attività della vita quotidiana, socio-ricreative attività, in casa domestico attività);
- 3) aumento autogestione del dolore persistente;
- 4) miglioramento della formazione professionale/stato di disabilità (ad esempio, il miglioramento in funzione di lavoro, tornare a lavorare, ...);
- 5) riduzione dell'utilizzo di assistenza sanitaria per la condizione di dolore cronico (ad esempio, ridurre le procedure mediche, ricoveri, ufficio ambulatoriali e le visite al pronto soccorso);
- 6) riduzione del livello di dolore (ad esempio, ridurre i punteggi della scala analogica visiva, i punteggi di rating verbali, descrittori verbali punteggi);
- 7) riduzione del disagio emotivo associato a dolore cronico;
- 8) raggiungere gli obiettivi al di sopra riducendo il rischio di abuso, e ottimizzare il trattamento per evitare un danno.

Gestione psicosociale con obiettivi funzionali

Il dolore cronico è spesso associato a problemi psicologici e diagnosi psichiatriche, anche concomitanti. La presenza di difficoltà psicologiche non deve in alcun modo invalidare la denuncia del dolore di un paziente, né dovrebbe eliminare la possibilità che una condizione medica generale può essere presente e causare il dolore. In caso di difficoltà psicologiche o comorbidità psichiatriche, il piano di trattamento del paziente deve includere misure specifiche per porvi rimedio, compreso l'invio per una psicoterapia appropriata, qualora ciò dovesse ritenersi opportuno.

Depressione

Un'alta percentuale di pazienti con dolore cronico ha una coesistente depressione. Nel 2004 l'Organizzazione mondiale della sanità ha rilevato che i pazienti con dolore cronico che si rivolgono alle cure primarie hanno quattro volte in più probabilità di avere disturbi di comorbilità depressiva rispetto ai pazienti che non ricevono cure primarie. Se la depressione in un paziente con dolore cronico è grave o la comorbilità per disturbo depressivo maggiore è presente in un paziente con dolore cronico, è importante notare che tali pazienti sono ad aumentato rischio di suicidio ed è pertanto necessario valutare se il paziente ha preso in considerazione di nuocere a se stesso o ha fatto piani per suicidarsi. Il rischio di suicidio è più elevato in individui che stanno lottando con l'uso/abuso di sostanze, perché la capacità di giudizio può essere compromessa. Il tentativo passato di suicidio aumenta il rischio di futuri tentativi. Se il rischio di suicidio e/o il disturbo depressivo maggiore sono presenti nel contesto di dolore cronico, bisogna richiedere immediatamente la consultazione psichiatrica.

Terapia cognitivo-comportamentale: Gli approcci cognitivo-comportamentali per la riabilitazione di pazienti con persistente e incessante dolore cronico sono considerati tra i più utili disponibili. I pazienti possono essere indirizzati ad uno psicologo o ad uno specialista per il trattamento. Esiste una significativa letteratura che supporta risultati positivi per gli approcci cognitivo-comportamentali e queste strategie sono considerate tra le più efficaci per il trattamento del dolore cronico, nel migliorare il funzionamento e l'umore e nel ridurre il comportamento correlato al dolore e alla disabilità, in particolare nel dolore lombare.

Strategie cognitivo-comportamentali per i medici: Vi sono semplici passaggi cognitivo-comportamentali che possono essere attuati anche dai medici all'interno del loro ambulatorio per assistere i loro pazienti. Gli obiettivi di strategie cognitivo-comportamentali nella gestione del dolore cronico sono: migliorare il funzionamento fisico, aiutare i pazienti a tornare al lavoro, ridurre la disabilità, ridurre la paura legata al dolore/evitamento, ridurre lo stress psicologico e la depressione.

Per aiutare i loro pazienti a gestire il dolore cronico, i medici possono utilizzare un certo numero di strategie cognitivo-comportamentali, che comprendono i seguenti punti:

- Informare il paziente che il dolore cronico è un problema complicato che può influenzare il sonno, l'umore, i livelli di forza e di benessere, la capacità di lavorare, le relazioni con i membri della famiglia e molti altri aspetti della vita di una persona. Il trattamento spesso include componenti di gestione dello stress, l'esercizio fisico, la terapia di rilassamento e altro ancora, per aiutare i pazienti a recuperare il funzionamento e migliorare la qualità della loro vita.
- Dar fiducia al paziente, facendogli conoscere che si ritiene che il dolore è reale e non è nella sua testa e che l'obiettivo comune sarà la gestione del suo dolore.
- Chiedere al paziente di assumere un ruolo attivo nella gestione del suo dolore. La ricerca mostra che pazienti che assumono un ruolo attivo nel loro trattamento sperimentano meno disabilità collegata al dolore.
- Prescrivere farmaci per il dolore da assumere in determinati orari e non analgesici "al bisogno". I farmaci assunti ad orari prestabiliti permettono una rottura dell'associazione tra atteggiamento verso il dolore e atteggiamento verso il farmaco.
- Programmare le visite di controllo regolarmente e non lasciare che gli appuntamenti siano fissati in funzione dei livelli crescenti di dolore.
- Rafforzare i comportamenti di benessere, come una maggiore attività o la partecipazione a un programma di esercizio o fare in modo che il paziente venga coinvolto in un programma di esercizio o di terapia fisica strutturata.
- Sostenere la famiglia e integrare altri supporti socio-affettivi per rafforzare conquiste fatte in direzione di una migliore condizione di vita.
- Aiutare il paziente a tornare al lavoro. Fare questo in maniera graduale, in modo che non sia dipendente dal livello del dolore.

La paura di muoversi o la paura del dolore a causa del movimento è un problema importante per molti pazienti affetti da dolore cronico. L'inattività o l'evitamento dei movimenti porta ad un peggioramento dello stato fisico ed incrementa la disabilità. Quando i pazienti con dolore cronico fanno le cose delle quali hanno paura e che evitano, si osservano riduzioni significative della paura, dell'ansia e persino del livello di dolore. Se i timori del paziente sono eccessivi, possono essere utili le strategie di rilassamento o l'invio per una terapia cognitivo-comportamentale più formale e intensiva. È preferibile non fare affidamento su farmaci sedativi o ipnotici per trattare la paura che tanti pazienti cronici mostrano rispetto al timore di attività o al timore che aumenti il dolore.

Fattori positivi e ostacoli al trattamento

Una valutazione completa del dolore inizia con la determinazione del tipo biologico di dolore, seguita da un elenco di fattori che contribuiscono al trattamento e di barriere che ostacolano il trattamento.

Fattori come la postura abitualmente scorretta della testa e del collo in un paziente con una sindrome da colpo di frusta, non causano dolore, ma lo amplificano o lo perpetuano.

Ostacoli al trattamento includono tutto ciò che interferisce con una valutazione approfondita o con il successo di un trattamento, come barriere linguistiche, comorbidità per dipendenza chimica, fattori giuridici o finanziari, scarsa motivazione e lunga distanza dai servizi di gestione del dolore.

Nel dolore cronico, i fattori che vi contribuiscono sono spesso le uniche cose che possono essere modificate per migliorare il controllo del dolore. Le barriere sono spesso difficili o impossibili da supe-

rare, così identifierli nelle prime fasi del processo di valutazione del dolore fornisce al clinico una prospettiva più realistica di ciò che può e non può essere compiuto.

Esempi:

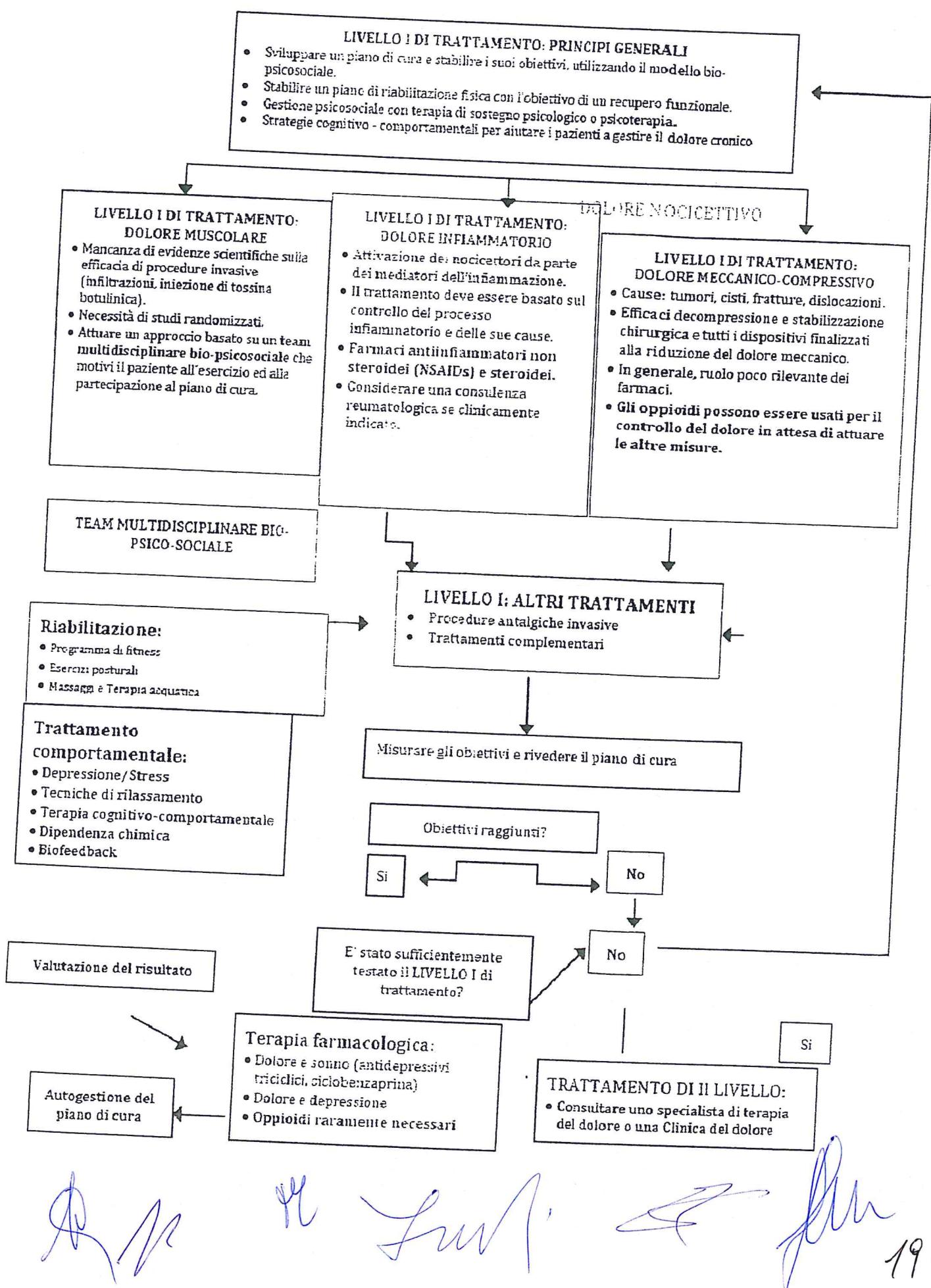
Un paziente con neuropatia posterpetica e dolore neuropatico al torace che ha una concomitante malattia ostruttiva polmonare e bronchite cronica da fumo. Ogni volta che tossisce, il dolore è insopportabile e quindi in questo caso, la malattia polmonare e la tosse sono fattori che contribuiscono ad aumentare il dolore da neuropatia post-erpetica perché il dolore è aggravato dalla tosse, anche se la stessa tosse non è la causa del dolore. Una gestione ottimale della bronchite cronica migliorerà il controllo globale del dolore.

Ostacoli comuni:

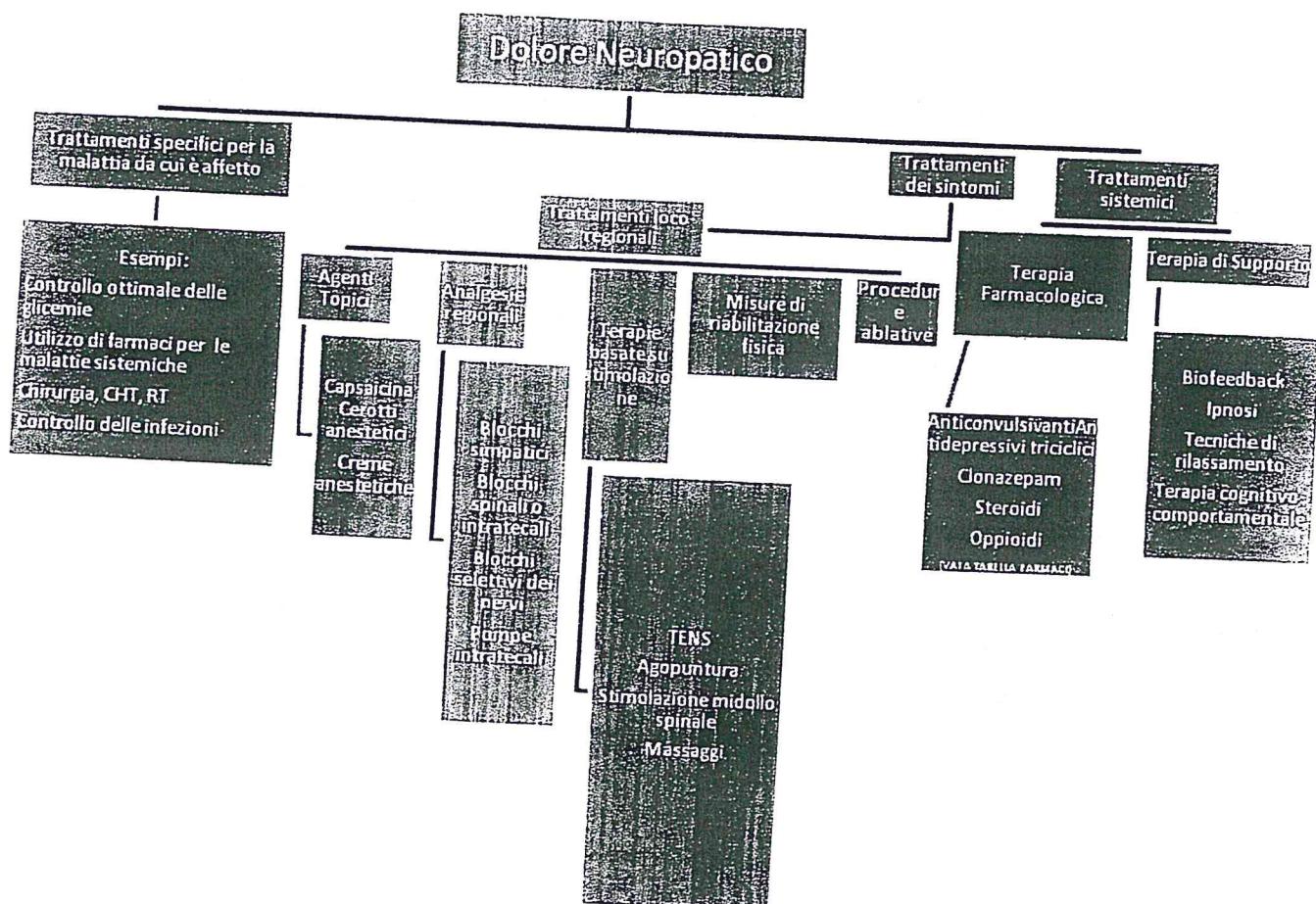
Comportamentali	Sociali
Paziente passivo	Barriera linguistica
Scarsa motivazione	Ostacoli del sistema sanitario
Aspettative non realistiche	Barriera culturale
Scarsa compliance	Limiti di tempo
Dipendenza da sostanze	paure
Scarsa comunicazione	Difficoltà economiche
	Mancanza di supporto sociale

S. Basso
M. M.
G. L. L. M. 18

ALLEGATO 5: ALGORITMO DI TRATTAMENTO DEL DOLORE



ALLEGATO 6: ALGORITMO DI TRATTAMENTO DEL DOLORE NEUROPATHICO



ALLEGATO 7: TABELLA DEI FARMACI DEL DOLORE NEUROPATHICO

Farmaci	Dose	Effetti collaterali, controindicazioni e commenti
Classe anticonvulsivanti		
Gabapentin	Da 100 a 300 mg alla sera da incrementare da 100 a 300 mg ogni tre giorni se assenza di effetto fino 1.800-2.400 mg in dosi divise tre volte al giorno	Rappresenta il farmaco di scelta. A sonnolenza, vertigini, stanchezza, nausea, edema, aumento di peso. Non significative interazioni farmacologiche
Pregabalin	50-75 mg da 2 a 3 volte al giorno. Fino a 150 mg 3 volte al giorno	Rappresenta il farmaco di scelta. Sonnolenza, vertigini, stanchezza, nausea, edema, aumento di peso. Non significative interazioni farmacologiche
Lamotrigina	25 mg al giorno, incrementare la dose di 25-50 mg ogni una/due settimane fino a 400 mg al giorno	Rush cutanei fino alla Stevens-Johnson, vertigini, cefalea, nausea, diplopia
Carbamazepina	100-200 mg due volte al giorno. Incrementare fino a 600 mg due volte al giorno	Iniziale farmaco di scelta per la nevralgia del trigemino (evitare in altre forme di dolore neuropatico). Rush cutanei fino alla Stevens-Johnson, iponatriemia, leucopenia. Vertigini Minore intensità di effetti indesiderati
Oxcarbazepina	150 mg x 2 fino a 600 mg x 2	
Antidepressivi		
Serotonina e norepinefrina inibitori del reuptake		
Duloxetina	20 a 60 mg al giorno in due somministrazioni; 60 mg due volte al giorno per la Fibromialgia	Rappresenta il farmaco di scelta. Nausea, bocca secca, stipsi, vertigini, insomnia

Venlafaxine	37,5 mg die, da incrementare di 37,5 mg ogni settimana fino ad un massimo di 225 mg	Cefalea, nausea, sonnolenza, vertigini, ipertensione
Antidepressivi triciclici		
Amitriptilina	Da 10 a 25 mg alla sera, incrementare da 10 a 25 mg a settimana fino a 100 mg per il raggiungimento goal terapeutico	Rappresenta il farmaco di scelta. Aritmia, ipotensione ortostatica che ne controindicano uso nei pazienti anziani
Farmaci Topici		
Cerotti Lidocaina 5%	Fino a 3 cerotti in cute indenne da tenere per 12 ore, può essere usato al bisogno	Indicato per la nevralgia post-erpetica
Capsaicina	0,025 o 0,075% da applicare su cute intatta per 3-4 volte al giorno	

8) ALGORITMO DI GESTIONE DEI FARMACI OPPIODI

I farmaci oppioidi devono essere sempre presi in considerazione, come da algoritmo, in tutte le etiologie di dolore di grado moderato e severo o quando il dolore non è controllato con farmaci di altro tipo.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno precisare quanto segue:

— gli oppioidi, contrariamente a quanto comunemente sostenuto e che è valutato rappresentare un ostacolo alla loro prescrizione, non determinano:

- Tolleranza: la necessità di aumentare progressivamente la dose per mantenere l'effetto farmacologico desiderato, può essere correlata piuttosto alla progressione della malattia.
- Dipendenza fisica: comparsa di sintomi da astinenza dopo brusca interruzione di un farmaco o in seguito alla somministrazione di un antagonista; si sviluppa di solito in pazienti che hanno assunto oppioidi per un periodo superiore a 10-20 giorni. Per i pazienti che assumono tali farmaci più a lungo, ove sia necessario interrompere il trattamento basterà somministrare dosi progressivamente decrescenti.
- Dipendenza psicologica (assuefazione): compulsione ad assumere una sostanza per sperimentarne gli effetti psicotropi. Il fenomeno è estremamente raro in soggetti trattati con oppioidi per il dolore cronico e quando si verifica è determinato da concentrazioni plasmatiche del farmaco non costanti. Gli oppioidi usati a scopo antalgico, nel dolore di qualunque origine, non producono tali effetti se non in misura trascurabile (in meno di 1 su 20.000 pazienti).

Il piano di cura scritto, già descritto nel modello biopsicosociale, anche qui è indispensabile, perché consente di valutare insieme al paziente, che è attore principale della terapia, gli eventi avversi (che in genere si risolvono in 5-7 giorni), la sua adesione al piano di trattamento ed i corretti dosaggi praticati che nel trattamento con questi farmaci sono continuamente necessari al fine di ottenere la migliore risposta terapeutica e prima di passare alla sostituzione di un farmaco

Rotazione degli oppioidi

La Rotazione degli oppioidi (sostituzione di un oppioide con un altro) deve essere considerata quando:

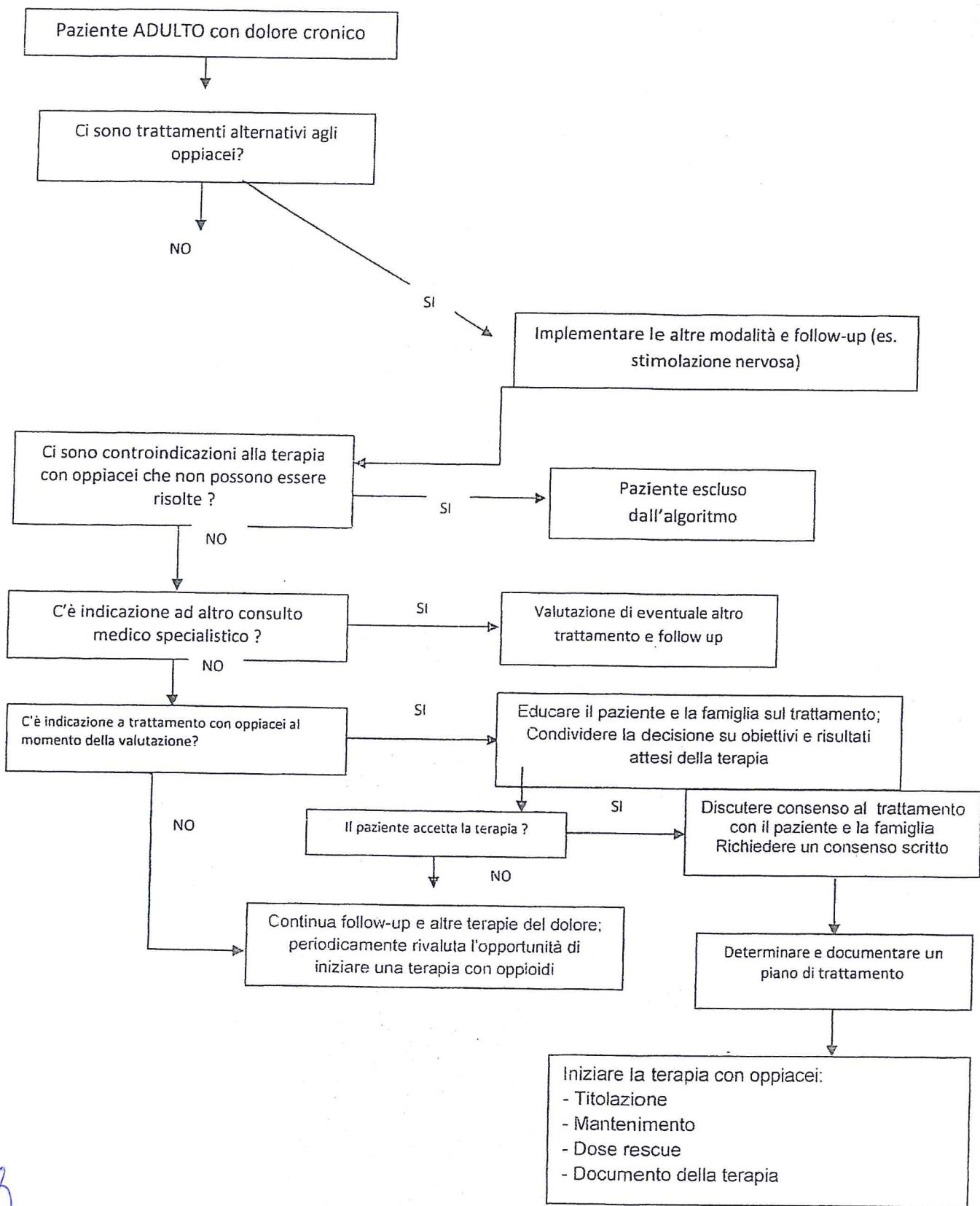
- dolore controllato, ma gli effetti collaterali sono eccessivi e non controllabili;
- analgesia inadeguata, nonostante l'aumento di dosaggio;
- analgesia inadeguata e non è possibile aumentare il dosaggio, per la comparsa di effetti collaterali;
- ricerca di migliore aderenza alla terapia;
- adeguamento della via di somministrazione.

Nel passare da Oppioidi Minori a Oppioidi Maggiori, è consigliato iniziare la terapia con il nuovo Oppioido seguendo il dosaggio raccomandato per i pazienti naïve. Le dosi di Tramadolò NON dovrebbero essere considerate equianalgesiche alle dosi di agonisti puri.

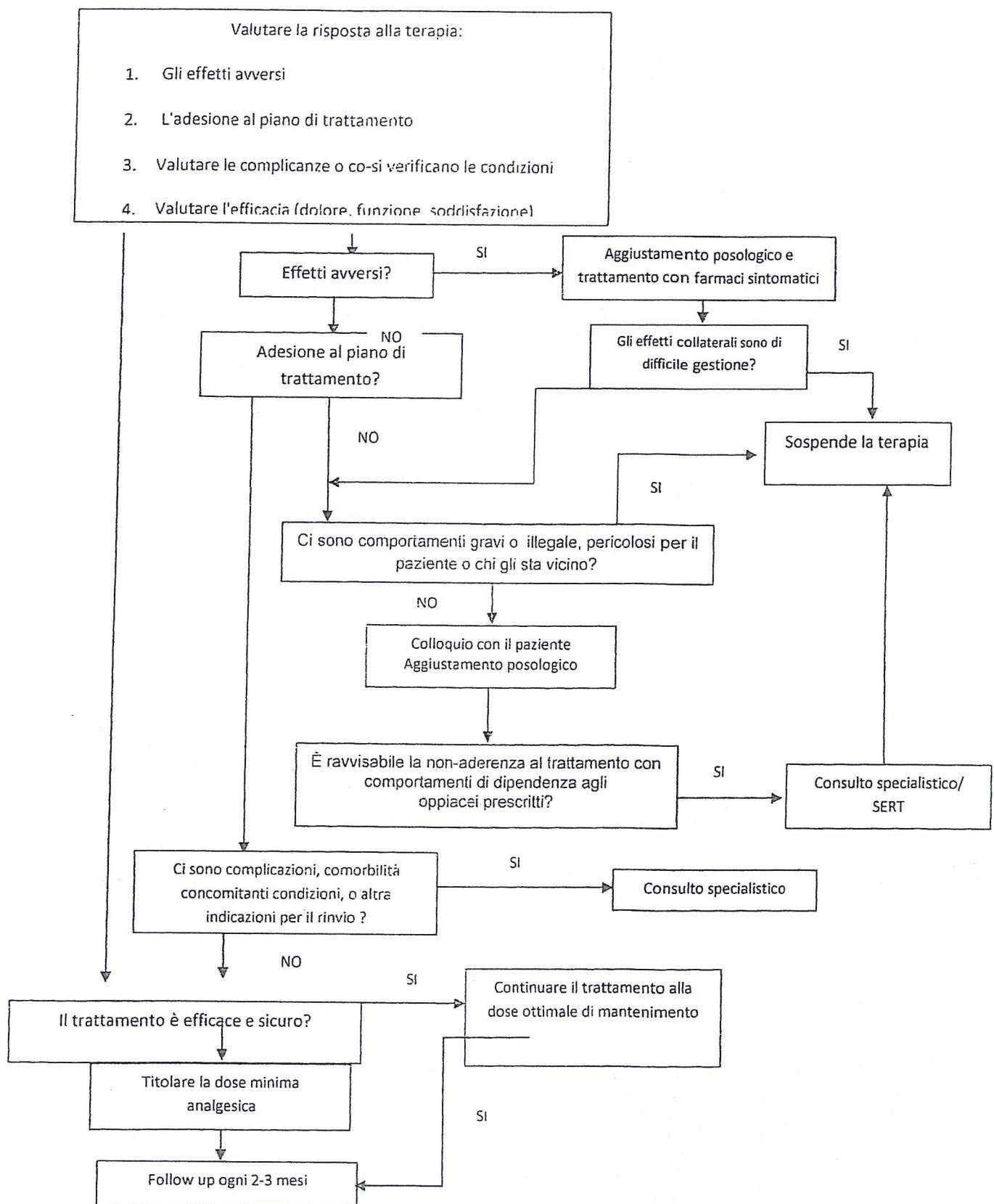
Dosi equianalgesiche di Oppioidi per os e transdermici, utili per la Opiod Rotation

Equianalgesia									
Idromorfone mg/24h	4mg	8mg	16mg	24mg	32mg	40mg	48mg	56mg	64mg
Morfina Orale mg/24h	20-30	40-50	60-75	80-90	100-120	160-180	200-210	240-280	320
Ossicodone mg/24h	10	20	40	60	80	100	120	140	160
Fentanyl mg/24h	12,5		25		50		75		100
Buprenorfina mg/24h			35	52,5	70		105	125	140
Tramadolò Orale SR mg/24h	100		200-300	400					
Codeina (+Paracetamolo) mg/24h		180							

ALLEGATO 8: ALGORITMO GESTIONE OPPIOIDI



ALLEGATO 9: FOLLOW UP DEL PAZIENTE IN TERAPIA CON OPPIOIDI



ALLEGATO 10: CLASSI DI OPPIOIDI E PRINCIPALI INDICAZIONI TERAPEUTICHE

Classi di oppiacei					
<i>Fenantreni</i>	<i>Difenileptani</i>	<i>Fenilpiperidine</i>		<i>Altri</i>	
Codeina Morfina Ossicodone Idromorfone	Metadone	Fentanyl		Tramadol Tapentadol	
<i>Oppiaceo</i>	<i>Dose iniziale (media)</i>	<i>Titolazione</i>	<i>Onset Picco Durata</i>	<i>Dosaggio in specifiche popolazioni</i>	<i>Considerazioni varie</i>
CoDeina (Pro farmaco della morfina)	30 mg 4-6/die	Incrementi secondo necessità/tollerabilità Dose minima 30 mg Dose massima 300 mg	15-30 min. 30-60 min. 4-6 ore	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	Può non essere efficace in pazienti con bassa attività del CYP 2-D6
Idromorfone	4 mg	Incrementi secondo necessità/tollerabilità	15-30 min. 30-60 min. 4-8 ore	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	Unica somministrazione in modalità CR
Morfina	Da 10 a 40 mg ogni 12 ore (somministrazione orale)	5 mg ogni 4 ore per la forma IR	15-30 min. 30-60 min. 3-8 ore 12 ore per il CR	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	M6G è il metabolita con effetto analgesico Formulazione CR e IR
Ossicodone	5 mg Bis die	Incrementi secondo necessità/tollerabilità	15-30 min. 30-60 min. 3-8 ore 12 ore per il CR	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	Somministrabile da solo o in combinazione con paracetamolo o con naloxone Formulazione CR e IR
Tapentadol	50 mg Bis die	Incrementi secondo necessità/tollerabilità	— 60 min. 6-12 ore	Uso cauto in pazienti con disfunzione renale Gravidanza e allattamento	Associazione con terapia con serotonino-mimetici
Tramadol	30 mg bis die	Incrementi secondo necessità/tollerabilità	< 60 min. 2-4 ore 6-12 ore	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	La titolazione lenta può limitare gli AEs
Buprenorfina	0.2 mg Sublinguali ogni 8 ore 35 mcg/h TTS	Incrementi secondo necessità/tollerabilità Ogni 4-6 ore Ogni 72 ore	< 60 min. 2-4 ore 6-12 ore	Anziani - Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	
Fentanyl	ROO 100 mcg cpr orali/transmucosali 12.5 mcg/TTS	Incrementi secondo necessità/tollerabilità Ogni 72 ore	< 3 min. < 10 min. < 40 min. 2-4 ore 6-12 ore	Debilitati Disfunzione epatica e renale Gravidanza e allattamento	

Principio	La dose iniziale	La dose massima giornaliera	Indicazione terapeutica
Ossicodone/Naloxone	Paziente naïve: 10 mg/5 mg di ossicodone/naloxone ogni 12 ore. Inizio terapia con oppioidi o aggiustamento del dosaggio è indicato il dosaggio da 5 mg/2,5 mg.	80 mg di ossicodone cloridrato e 40 mg di naloxone	Dolore severo che può essere gestito solo con oppioidi analgesici. L'antagonista oppioidi naloxone è aggiunto per contrastare la stipsi indotta dall'oppioidi bloccando l'azione dell'ossicodone a livello dei reeettori oppioidi del tratto gastrointestinale
Ossicodone+Paracetamolo	Posologia iniziale pazienti che ricevono oppiacei per la prima volta o con dolore non controllato da altri oppiacei deboli: la dose giornaliera è rappresentata da una compressa "5 mg + 325 mg" ogni 6 ore. La dose giornaliera totale è ripartita in più dosi equivalenti, somministrate ogni 6 ore.	Non si devono mai superare i 4000 mg di paracetamolo al giorno o gli 80 mg di ossicodone al giorno.	Pazienti di età superiore a 18 anni. La posologia dipende dall'intensità del dolore e da eventuali precedenti trattamenti con analgesici.
Codeina/Paracetamolo	Adulti: 1-2 bustine adulti secondo necessità fino a 3 volte al giorno, adulti 1-4 volte al giorno. Il granulato effervescente va sciolto in mezzo bicchiere d'acqua ed assunto ad intervalli di almeno 4 ore. SCIROPPO. Alla confezione è annesso un bicchierino-dose con indicate tacche di livello corrispondenti alle capacità da 1 ml fino a 10 ml. Lo sciroppo è utilizzabile nei bambini da 1 a 12 anni di età, impiegandone 1 ml ogni 4 kg di peso corporeo, 1-4 volte al giorno.		Trattamento sintomatico delle affezioni dolorose acute e croniche anche accompagnate da iperpiressia (ad es. dolore odontostomatologico, osteo-articolare, postoperatorio e ginecologico)
Idromorfone	Dose conservativa della terapia con oppiacei, successivamente incrementata fino al raggiungimento di un adeguato livello di analgesia, bilanciato da un grado accettabile di reazioni avverse. <i>Pazienti attualmente in terapia non sistematica con oppiacei:</i> Inizio della terapia - Nella maggior parte dei pazienti la dose iniziale di JURNISTA deve essere 8 mg assunti 1 volta ogni 24 ore e non deve eccedere gli 8 mg. Alcuni pazienti possono beneficiare di una dose iniziale di 4 mg assunti 1 volta ogni 24 ore per aumentarne la tollerabilità. <i>Titolazione e mantenimento</i> Dopo l'inizio della terapia, possono essere necessari aggiustamenti della dose per ottenere il miglior equilibrio per il paziente tra sollievo dal dolore ed effetti indesiderati. Dopo 3 giorni, se richiesto, la dose deve essere aggiustata in aumento con variazioni di 4 o 8 mg a seconda della risposta e della richiesta di analgesici supplementari. Nota: La dose non deve essere titolata più frequentemente di una volta ogni 3 giorni. Nei pazienti attualmente in terapia con analgesici oppiacei, la dose iniziale di idromorfone deve basarsi sulla dose giornaliera di oppiacei, adottando dosi equianalgesiche standard. Per quanto concerne gli oppiacei diversi dalla morfina, deve essere valutata in primo luogo la dose totale giornaliera equivalente di morfina, quindi deve essere usata la tabella di seguito riportata per determinare la dose totale giornaliera di idromorfone.		Trattamento del dolore intenso

Buprenorfina TTD	<p>Nei pazienti naive o già trattati con un analgesico non oppioide, viene raccomandato di iniziare con un cerotto al dosaggio più basso (35 mcg/ora). Stando alle indicazioni della ditta produttrice, il cerotto deve essere sostituito ogni 3 giorni, ma non vengono fornite informazioni sul rischio di accumulo: la buprenorfina raggiunge, infatti, livelli di picco dopo 57-59 ore¹ e ha una emivita di eliminazione di 30 ore¹. La dose deve essere determinata individualmente finché non si ottiene un buon controllo del dolore, data la lentezza di comparsa dell'effetto analgesico, una prima valutazione va fatta solo dopo 24 ore. Se l'analgesia risulta insufficiente, alla fine del periodo di applicazione si può aumentare la dose applicando, temporaneamente, 2 cerotti dello stesso dosaggio o passando al cerotto di dosaggio superiore.</p>	Trattamento del dolore oncologico di intensità da moderata a severa e del dolore severo che non risponde agli analgesici non oppioidi.
Fentanyl TTS	<p>Il dosaggio di fentanil necessario va adattato individualmente, e deve essere regolarmente rivalutato o dopo ogni applicazione. Scelta del dosaggio iniziale: Il dosaggio di fentanil dipende dal precedente uso di oppiacei e deve tener conto della possibilità che si sviluppi tolleranza, di trattamenti farmacologici concomitanti, dello stato generale di salute del paziente e della gravità del disturbo. In pazienti mai trattati in precedenza con oppiacei, il dosaggio iniziale non deve superare i 25 mcg/ora. Passaggio da un al trattamento a base di oppiacei. Quando si passa da oppiacei somministrati per via orale o parenterale al trattamento con fentanil, il dosaggio iniziale deve essere calcolato come segue: deve essere determinata la quantità di analgesici resasi necessaria nel corso delle ultime 24 ore. La somma ottenuta deve essere convertita nel dosaggio orale di morfina corrispondente.</p>	Dolore cronico grave, come quello da cancro, che richiede il trattamento con analgesici oppiacei.

9) PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

Successivamente alla diffusione del presente documento, già deliberato formalmente dalla Direzione Generale a Marzo 2014 e rielaborato dal Gruppo di lavoro aziendale, è previsto nei mesi di settembre e ottobre un piano di formazione aziendale per la condivisione del documento e del processo di implementazione, rivolto ai referenti di U.O. in via prioritaria e agli operatori sanitari (medici e infermieri) con la modalità della formazione permanente.

Dal momento dell'inserimento delle schede di valutazione-monitoraggio del dolore nella documentazione clinica delle U.O. verrà avviato il processo di campionamento cui seguiranno 3 cicli di audit per il raggiungimento degli standard.

10) GRUPPO DI LAVORO

La stesura del presente documento è stata curata da:

- D.ssa Marilina Schembri, Dirigente Medico Anestesista, Referente aziendale per la Terapia del Dolore, Responsabile dello Spoke
- Dott. Aurelio Saraceno, Dirigente Psicologo/Psicoterapeuta, Presidente del C.O.T.S.D.

ELENA POZZO

Maurizio Corritter

Sebastiano René filius sebastiano René filius
Angelo Sartori Angelo Sartori

IRENE NOE

S FERRAZZI — FRANCESCO
Francesco

AURELIO SARACENO

VENUSIRO MARIA RUTA

MARILINA SCHEMBRI

SIRACUSA - GIUGNO 2015