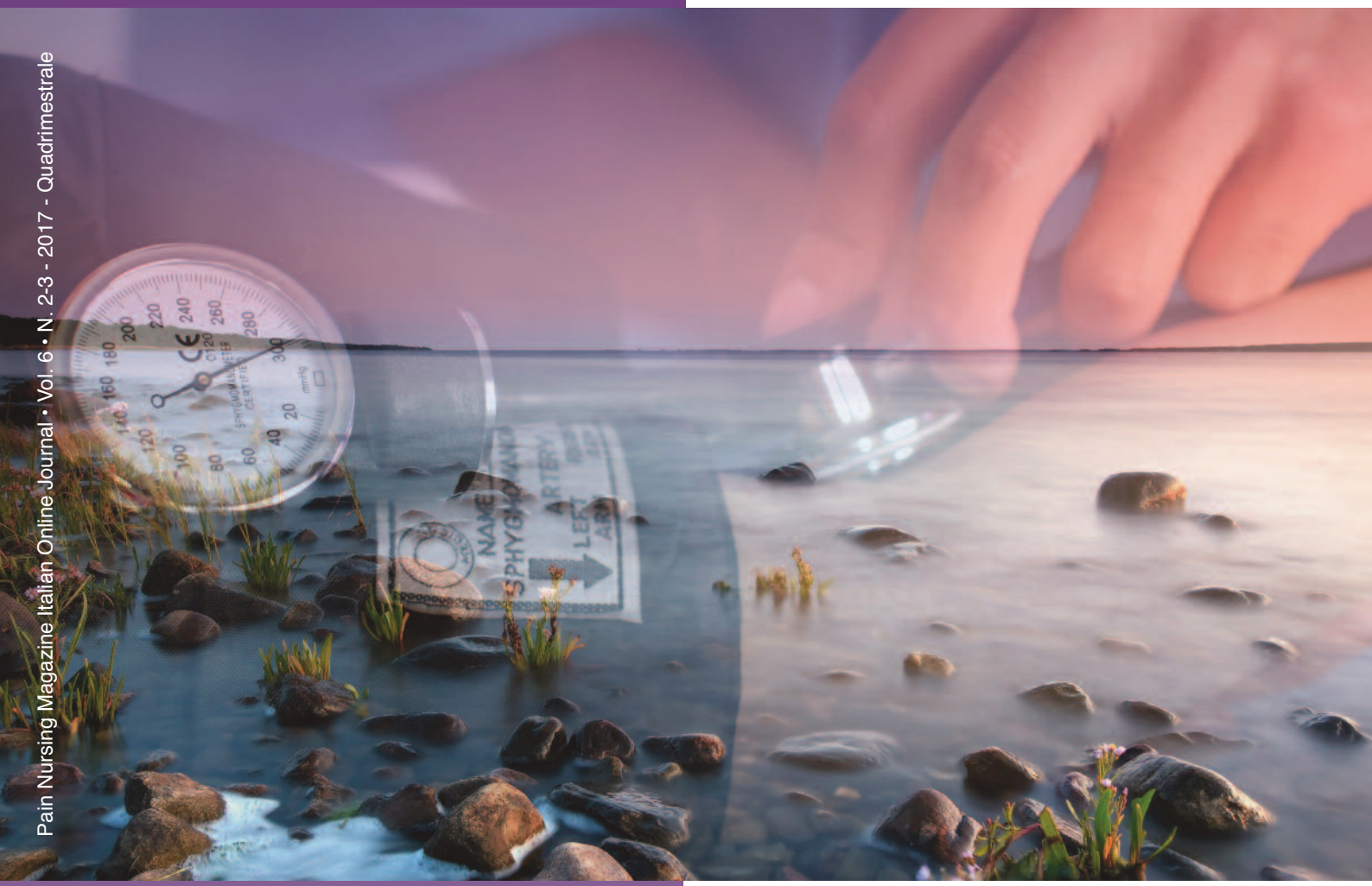
ISSN 2279-7904

Giornale online di infermieristica del dolore

# Pain Nursing Magazine

## Italian Online Journal



Pain Nursing Magazine Italian Online Journal • Vol. 6 • N. 2-3 - 2017 - Quadrimestrale

www.painnursing.it

EDITOR IN CHIEF STEFANO COACCIOLI

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

# 41° CONGRESSO NAZIONALE AISD

Associazione Italiana Studio Dolore

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA
Via degli Aldobrandeschi, 223
00163 Roma

HOTEL ROMA AURELIA ANTICA

## ROMA

7-9 GIUGNO 2018

www.aisd.it

### COMITATO SCIENTIFICO

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

### COMITATO ORGANIZZATORE LOCALE

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

## TOPICS

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

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

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

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER

PLANNING

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

**Pain Nursing Magazine**
**Italian Online Journal**
Periodico quadrimestrale della Fondazione Paolo Procacci Onlus,
con la collaborazione scientifica dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
e dell'Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore

*Four-monthly published by the Paolo Procacci Foundation*
*with the scientific cooperation of the Italian Association for the Study of Pain*
*and the San Marino Association for the Study of Pain*

**www.painnursing.it**

**Pain Nursing Magazine**
Italian Online Journal
Vol. 6 N. 2-3

Direzione Scientifica / Editor in Chief
Stefano Coaccioli

Comitato scientifico / Scientific Board
Eli Alon, Caterina Aurilio, Alessandro Bertirotti,
Elisabetta Cortis, Giorgia Della Rocca,
Serdar Erdine, Magdi Hanna, Raffaele Madaio,
Franco Marinangeli, Rossella Marzi, Narinder Rawal,
Antonella Paladini, Angela Peghetti, Annalisa Silvestro,
Andrea M. Trescot, Giustino Varrassi, Kris Vissers,
Shelagh Wright, Stefano Maria Zuccaro

Comitato editoriale / Editorial Board
*Nursing Team*
Daniela Cobianchi, Elisabetta Ercolani,
Manuela Galleazzi, Roberto Latina,
Nicoletta Lombardi, Angela Peghetti,
Manuela Rebellato, Daniela Resta,
Barbara Rosso, Marina Torresan,
Marina Vanzetta
*Medical Team*
Chiara Angeletti, Daniele Battelli, Rosaria Del Giorno,
Cristiana Guetti, Fabrizio La Mura, Antonella Paladini,
Ugo Pàstina, Alba Piroli, Mauro Ragosta,
Riccardo Rinaldi

Indexing
Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal è indicizzato da
Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature - CINAHL.
*Indexed in Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.*

La Fondazione Paolo Procacci promuove e sostiene tutte quelle iniziative utili alla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla cura e all'assistenza sociosanitaria della malattia "dolore" e delle sintomatologie ad essa collegate. Ne sono promotori scienziati e ricercatori di livello internazionale, da anni attivi collaboratori delle più importanti società scientifiche dedicate alla medicina del dolore, quali l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, la European Federation of IASP Chapters, il World Institute of Pain e la European League Against Pain.

*The Paolo Procacci Foundation was created to promote and support initiatives of any form that advance the prevention, the early diagnosis, the cure and social services for illness called "pain" and related symptoms. The Foundation is promoted by internationally renown and productive scientists and researchers who have been active for years in some of most important scientific societies and associations dedicated to pain, including the Associazione Italiana per lo Studio del Dolore, the European Federation of IASP Chapters, the International Association for the Study of Pain, the World Institute of Pain and the European League Against Pain.*

www.fondazioneprocacci.org

**Direttore Responsabile / *Managing Editor***
Lorenza Saini

**Progetto grafico e impaginazione**
***Graphic project and layout***
Osvaldo Saverino

**Edito da Fondazione Paolo Procacci Onlus**
***Publisher: Paolo Procacci Foundation***
Via Tacito 7 - 00193 Roma
Tel. 339 6195974
info@fondazioneprocacci.org

Aut. Trib. di Roma n. 21/2012 del 26 gennaio 2012 - © Copyright 2016 Fondazione Paolo Procacci Onlus

Gli articoli pubblicati rispecchiano esclusivamente l'esperienza degli Autori, che assicurano altresì che il testo e le immagini sono inedite. Con l'invio di un testo per la pubblicazione su Pain Nursing Magazine gli autori cedono all'editore la proprietà letteraria e ne è vietata la riproduzione, anche parziale in qualsiasi forma e con qualunque mezzo, da parte di terzi. A causa dei rapidi progressi della scienza medica si raccomanda sempre una verifica indipendente delle diagnosi e dei dosaggi farmacologici riportati. La pubblicazione di testi ed immagini pubblicitarie non coinvolge la responsabilità dell'editore.

*Manuscripts and images are accepted on the understanding that they report unpublished work that is not under consideration for publication elsewhere. The Authors assign and transfer to the Paolo Procacci Foundation all of the rights, title, and interest in and to the copyright of the work in its current form and in any form subsequently revised for publication and/or electronic dissemination, including translations to another language. The information herein is meant to complement and not replace advice provided by a licensed health care professional. Although great care has been taken in compiling and checking the information given in this publication for accuracy, the authors, editors and publishers shall not be responsible or in any way liable for any errors, omissions or inaccuracies in this magazine, whether arising from negligence or otherwise, or for any consequences arising therefrom.*

www.aisd.it

# Ci sono almeno 6 buoni motivi per diventare socio AISD

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

- Essere sempre informati sulle ultime ricerche nel campo della terapia del dolore
- Essere sempre informati su tutte le iniziative riguardanti la terapia del dolore, a livello nazionale ed internazionale
- Partecipare attivamente alle attività dell'associazione per il progresso della terapia del dolore
- Avere un sito di riferimento dove poter scambiare liberamente informazioni con altri soci
- Avere l'iscrizione al Congresso con quota agevolata
- Consultare gratuitamente online "l'European Journal of Pain"

**Accedi alla modalità di iscrizione in 4 semplici mosse**

**1**. Collegati al sito www.aisd.it/associarsi.php

**2**. Riempi il modulo di iscrizione online

**3**. La quota annuale di (50,00 euro per i medici e 25,00 euro per gli infermieri) può essere versata sul seguente conto bancario:

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA
**IBAN: IT 44 J 08327 03239 0000 0000 2154**
Intestato a: Associazione Italiana per lo studio del dolore (AISD)
indicando nella causale: quota iscrizione anno...
oppure puoi pagare con carta di credito tramite Paypal, con accesso dal sito www.aisd.it

**4**. Spedisci la ricevuta di pagamento tramite e-mail a: **segreteria@aisd.it**

## Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Per ulteriori informazioni scrivere a: segreteria@aisd.it

**Pain Nursing Magazine**
**Italian Online Journal**
Periodico quadrimestrale della Fondazione Paolo Procacci Onlus,
con la collaborazione scientifica dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
e dell'Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore

*Four-monthly published by the Paolo Procacci Foundation*
*with the scientific cooperation of the Italian Association for the Study of Pain*
*and the San Marino Association for the Study of Pain*

**www.painnursing.it**

# Indice

## Caso clinico
La casa sul mare 42
*Maurizio Albertini*

## Rassegna
Valutazione del dolore oncologico da metastasi ossee in radioterapia: una revisione della letteratura 51
*Fiorenza Misale, Alessandra Falcioni, Maurizio Giordano*

## Rassegna
Il self-reporting nel dolore acuto in emergenza: modelli e scale di valutazione nel paziente adulto verbalizzante 56
*Fiorina Zanni, Valentina Viale, Flavio Marti, Loredana Fabriani, Latina Roberto Roberto*

## Strumenti
La gestione del dolore da mucosite 61
*Marco Alfredo Arcidiacono*

Quanto è valutato il dolore nel mondo del Wound care 63
*Ivan Santoro, Alessandra Vernacchia*

## Contributi
Dinamiche e variabili etniche del pain management 67
*Maicol Carvello, Essi Gladys, Florence Homedje*

## In breve
Il "Therapeutic Touch" 70
Adolescenti e dolore: come valutarlo? 71
La terminologia medica 72

Seguici su: facebook
clicca "Mi piace"
sulla pagina Pain Nursing Magazine

LinkedIn
Partecipa al gruppo di discussione
di Pain Nursing Magazine

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

## Sostieni la pubblicazione di Pain Nursing Magazine! Aiutaci con una donazione.

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

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

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

# Norme editoriali

• **Pain Nursing Magazine** pubblica articoli originali, casi clinici, rassegne, editoriali, comunicazioni brevi, commenti di attualità, segnalazioni di progetti organizzativi dei servizi socio-sanitari, lettere. Gli articoli devono essere inediti e non inviati ad altre case editrici per la pubblicazione. Gli articoli possono essere sia in italiano che in inglese.
Gli articoli proposti per la pubblicazione devono essere inviati in formato elettronico via e-mail alla redazione:
info@fondazioneprocacci.org

• **Responsabilità e Conflitto di interessi**
La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli autori. Con l'invio di un lavoro per la pubblicazione su **Pain Nursing Magazine** gli autori cedono all'editore la proprietà letteraria e ne è vietata la riproduzione, anche parziale in qualsiasi forma e con qualunque mezzo, da parte di terzi.
All'invio del lavoro gli autori devono allegare una lettera che assicuri che lo scritto è inedito, che confermi la cessione alla Casa Editrice della proprietà letteraria dell'articolo, che dichiari l'assenza di conflitti di interesse. Va inoltre indicato l'eventuale finanziamento ricevuto per la realizzazione dell'articolo da industrie farmaceutiche, biomediche, imprese o enti pubblici o privati e la sezione della Rivista cui vorrebbero destinare il lavoro.
Quando gli Autori parlano a nome delle istituzioni di appartenenza, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili.

• **Pubblicazione**
La pubblicazione è gratuita, previa accettazione del comitato scientifico ed editoriale. Non verranno inviate bozze agli autori.

• Gli **Articoli originali** contenuti entro 20.000 caratteri spazi inclusi, compresa bibliografia ed abstract (utilizzare la funzione "conteggio battute" spazi compresi), debbono essere così strutturati:
1. titolo in italiano e in inglese; 2. indicazione degli autori: nome (per esteso), cognome, affiliazione, recapito e-mail dell'autore corrispondente; 3. abstract: in italiano e inglese per un massimo di 200 parole; 4. parole chiave: da 2 a 6 in italiano e inglese, in ordine alfabetico; 5. introduzione; 6. materiali e metodi; 7. risultati; 8. discussione; 9. conclusioni; 10. eventuali ringraziamenti; 11. bibliografia (massimo 30 voci).

• I **Casi clinici** dovranno essere descritti e commentati in un massimo di 10.000 caratteri, spazi inclusi e inclusi bibliografia e riassunti.

Lo schema-tipo è il seguente:
1. titolo in italiano e in inglese; 2. indicazione degli autori: nome (per esteso), cognome, affiliazione, recapito e-mail dell'autore corrispondente; 3. riassunto in italiano e inglese (massimo 100 parole ciascuno); 4. parole chiave: da 2 a 6 in ordine alfabetico; 5. breve introduzione che delimita l'area di interesse del caso; 6. descrizione del caso con: a. storia clinica; b. segni e sintomi; c. esami di laboratorio e strumentali; d. risultati; 7. commento che evidenzia gli aspetti interessanti del caso; 8. eventuali ringraziamenti; 9. bibliografia (massimo 15 voci).
Negli articoli originali e in quelli di casistica è consigliato l'inserimento di almeno una tabella o di un grafico/immagine. Nel testo va indicata tra parentesi tonde la posizione d'inserimento.

• Le **Comunicazioni brevi** sono uno strumento per la rapida segnalazione di studi originali; al massimo 3000/4000 caratteri, spazi inclusi, compreso brevissimo abstract, sia in inglese che in italiano. Sono consentite 1 tabella, 1 figura e una bibliografia essenziale.

• Gli **Editoriali** forniscono spunti di riflessione sullo stato attuale di un problema. Non devono superare i 10.000 caratteri, spazi inclusi e inclusi la bibliografia (massimo 20 voci) e i riassunti (100 parole ciascuno) in italiano e in inglese.

• Le **Rassegne** presentano un quadro ampio ed aggiornato della letteratura, contenuto in un massimo di 20.000 caratteri, spazi inclusi e inclusi bibliografia (massimo 50 voci) e riassunti in italiano e in inglese (100 parole ciascuno). È suggerito l'inserimento di figure e tabelle.

• Le **Lettere** (massimo 2000 caratteri spazi inclusi) dovrebbero contenere preferibilmente interventi su argomenti trattati nella rivista.

• Per la sezione **Attualità** potranno essere inviate note al massimo di 6.000 caratteri, spazi inclusi.

• Sono inoltre previste sezioni di **Approfondimento**, **Focus On, Terapia** e su **Progetti di ricerca e Formazione**, i cui argomenti vanno preventivamente proposti e concordati con la Direzione Scientifica. Nella sezione **Documenti** il Comitato Scientifico intende proporre Linee Guida, Raccomandazioni, Dichiarazioni di organismi internazionali rilevanti per il problema dolore. La sezione **Contributi** è aperta alle idee e proposte di tutte le associazioni infermieristiche interessate.

• **Suggerimenti per la preparazione del manoscritto**
Indicare nella prima pagina il titolo, il nome (per esteso), il cognome degli autori e l'Istituto di appartenenza; l'indirizzo privato dell'autore che presenta il lavoro (con il numero telefonico e l'indirizzo di posta elettronica).
Nella seconda pagina dovranno essere riportati riassunto e parole chiave in italiano e in inglese.
I simboli delle unità di misura saranno quelli adottati per convenzione internazionale (Sistema Internazionale: SI).
Le abbreviazioni e gli acronimi debbono essere posti, tra parentesi, dopo la prima citazione per intero. I preparati farmaceutici vanno indicati col nome chimico e, dopo (tra parentesi), con quello commerciale.

• **Tabelle e figure**
Andranno citate in extenso nel testo e con numeri arabi (ad es.: tabella 1, figura 1).
Ogni figura deve avere la didascalia; ogni tabella deve avere un titolo.
Grafici e tabelle riprodotti da altre fonti devono riportare l'indicazione della fonte e il permesso scritto di riproduzione da parte del possessore dei diritti deve essere inviato in-

sieme al manoscritto. L'autore del manoscritto è responsabile per l'ottenimento dei permessi di riproduzione di materiale i cui diritti sono posseduti da terzi.
Le immagini e tabelle vanno presentate con veste grafica accurata, tale da permettere la riproduzione senza modificazioni. Vanno inviate in file separati, le immagini vanno salvate nel formato JPEG o TIFF.
Se le immagini ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte.

**• Ringraziamenti**
Si invitano gli autori a inserire prima della bibliografia i ringraziamenti.

**• Bibliografia**
La lista delle voci bibliografiche va numerata nell'ordine con cui le singole voci vengono citate nel testo. I richiami, nell'articolo, vanno indicati con numerazione araba (tra parentesi tonde). Non usare corsivo e grassetto nella lista bibliografica.

**Esempi di compilazione bibliografica cui attenersi**
**Riviste:**
- Mustola S, Baer T, Metsa-Ketela T, Laippala P. A District General Hospital pain management programme: first year experiences and outcomes. Anaesthesia 1995; 50,114-117.

**Libri:**
Astrand PO, Rodahe K. Textbook of work physiology. New York: Mc-Graw-Hill 1986: 320.
Quando gli autori sono più di sei, al posto dei successivi mettere et al.

**Capitolo di un libro:**
Villanueva L, Fields H. Endogenous central mechanisms of pain modulation. In: Villanueva L, Dickenson AH, Ollat H editor. The pain system in normal and pathological states: a primer for clinicians. Seattle: IASP Press; 2004; p. 223–243

**Articolo scaricato da internet:**
Cruz AA, Coelho RP, Lucchesi MC Upper eyelid shape and position in the association of Graves' disease and myasthenia gravis. Digital J Ophtalmol (Internet) 2000 (modificato 10 maggio 2001; consultato 20 giugno 2004); 6(1), Disponibile all'indirizzo: http://www.djo.harvard.edu/meei/OA/Cruz/OA.html (Indicare il DOI se disponibile)

**Libro scaricato da internet**
Donaldson MS. Measuring the quality of health care. Washington: National Academy Press, 1999. (consultato il 4 aprile 2004). Disponibile all'indirizzo: http://legacy.netlibrary.com/.
N.B.
Prima di inviare l'articolo si consiglia di controllare per accertarsi che i suggerimenti di cui sopra siano stati effettivamente rispettati.

**• Processo di revisione**
Tutti gli articoli sottoposti verranno inoltrati al Comitato editoriale per la prima valutazione e successivamente affidati ad un revisore che valuterà nel dettaglio l'aderenza alle norme editoriali, la qualità metodologica dell'articolo e le eventuali proposte di modifiche da inoltrare agli autori. Nella sua valutazione, il revisore può: valutare l'articolo idoneo alla pubblicazione, accettare l'articolo con richiesta di modifiche ed infine rifiutare l'articolo. In qualsiasi caso il tempo complessivo per ottenere una risposta non supererà i tre mesi.

**• Pain Nursing Magazine** is a quarterly online journal published by the Paolo Procacci Foundation, with the scientific cooperation of the Italian Association for the Study of Pain and of the San Marino Association for the Study of Pain. The aim of the journal is to become a global forum on all major aspects of nursing management of pain. Submissions from all over the world are welcome.
Pain Nursing Magazine publishes scientific articles on pain nursing management, health organization, health policy and economics, communication between patients and healthcare professionals, and ethical and social issues of health management. Articles are accepted in English and Italian languages

**• Submission of manuscripts**
Manuscripts (electronic format in an established word processor, not as a PDF file) must be submitted to the following e-mail address: info@fondazioneprocacci.org

**• Copyright and Disclosures**
Manuscripts are accepted on the understanding that they report unpublished work that is not under consideration for publication elsewhere. The Authors assign and transfer to the Paolo Procacci Foundation all of the rights, title, and interest in and to the copyright of the work in its current form and in any form subsequently revised for publication and/or electronic dissemination, including translations to another language. All authors have read and approved the manuscript as submitted and are prepared to take public responsibility for the work and they attest that those individuals or institutions listed in the Acknowledgments or personal communications are aware that their names appear.
Permission to quote and reproduce material previously published must be obtained from the copyright holder, and a copy of the letter granting such permission must accompany the manuscript.
Authors are expected to disclose any commercial associations that might pose a conflict of interest in connection with the submitted manuscript. All funding sources supporting the work submitted should be properly acknowledged on the title page of the manuscript and quoted in the manuscript before the references list.

**• Ethics**
All experimental work should be in accordance with the ethical standards of a responsible committee, the Helsinki Declaration.
Authors reporting on experimental work on humans should,

# Instructions to Authors

where relevant, submit evidence that the work has been approved by an institutional clinical research panel or its equivalent.

• **Proofs and Reprints**
No proofs are sent to the Authors. To order reprints, please contact the editorial staff: info@fondazioneprocacci.org

• **Page charges**
There will be no page charges for Pain Nursing Magazine.

• **Manuscripts Structure and Preparation**
**Original Articles** (maximum of 20.000 characters, spaces included, abstract not exceeding 200 words, key words no more than 6, in alphabetical order, max of 30 references, short running title).
**Clinical Cases** (maximum of 10.000 characters, spaces included, abstract not exceeding 100 words, key words no more than 6, in alphabetical order, max of 15 references, short running title).
T**opical Reviews** (maximum of 20.000 characters, spaces included, abstract not exceeding 100 words, key words no more than 6, in alphabetical order, max of 40 references, short running title).
**Editorials** maximum of 10.000 characters, spaces included 100 words, essential bibliography.
**Letters** to the Editor maximum of 2000 characters, spaces included.
**Short Communications** maximum of 3.000/4.000 characters, spaces included, 1 table, 1 figure, essential bibliography).

• **The title page** should include the full title, the full name (no initials) of each author, each author's affiliation; the address (postal and e-mail) of the corresponding author. Whenever possible, the text should be divided into major sections such as: Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Acknowledgments and References.

• **Units & Abbreviations**
Abbreviations, numbers and SI lengths, measurements of length, height and volume should be reported in metric units (metre, kilogram, litre).
Temperatures should be given in degrees Celsius and blood pressures in millimetres of mercury or kPa with the alternative units in
parentheses. All other measurements including laboratory measurements should be reported in the metric system in terms of the International System of Units (SI). Abbreviations should be limited and defined after the first use of the term.

• **Tables and Figures** should have a title and should be numbered with Arabic numbers (1, 2, etc.). The number of the tables must be kept to a minimum. The data must be completely but concisely presented. Make sure that all the abbreviations and symbols in the figure are explained in the legend.
Keep text and graphics (and any other items) as separate files - do not import the figures into the text file. Name your files using the correct extension, e.g. text.doc, fig1a.eps, fig1.tif, tbl1-6.xls, etc.

Generic names of drugs should be used where possible. When quoting from specific materials on proprietary drugs, authors must state in parentheses the name and address of the manufacturer.

• **References** should be typed single-spaced at the end of the text and numbered consecutively in the order in which they are first mentioned. The reference list must include all authors referred to in the text and in the tables or legends. References in the text, tables, and legends must be identified by Arabic numerals in parentheses. In the text, references shall be made by giving the name of the authors followed by the appropriate number in parentheses (e.g.: "Smith (1) has reported..." or simply by giving the appropriate number in parentheses (e.g.: "As has recently been reported (1,2) ..."). In the text, when there are more than two authors, only the name of the first author should be given, followed by "et al.". In the reference list, all authors should be listed when there are 6 or fewer, when there are 7 or more only the first 3 should be given, followed by "et al.".

• **Examples**
Article in a periodical:
- Mustola S, Baer T, Metsa-Ketela T, Laippala P. A District General Hospital pain management programme: first year experiences and outcomes. Anaesthesia 1995; 50,114-117.

• **Chapter in a book:**
Villanueva L, Fields H. Endogenous central mechanisms of pain modulation. In: Villanueva L, Dickenson AH, Ollat H editor. The pain system in normal and pathological states: a primer for clinicians. Seattle: IASP Press; 2004; p. 223–243
An entire book:
Astrand PO, Rodahe K. Textbook of work physiology. New York: Mc-Graw-Hill 1986: 320.
Congress Proceedings:
Wall PD. Pain in context: the intellectual roots of pain research and therapy. In: Devor M, Wiesenfeld-Hallin Z, Rowbotham MC editor. Proceedings of the 9th World Congress on Pain. Seattle: IASP Press; 1999; p. 19–33

Personal communications, manuscripts in preparation and other unpublished data should not be cited in the reference list but may be mentioned in the text in parentheses.

• **Citing and listing of Web references:**
As a minimum, the full URL should be given. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references should be listed separately (e.g., after the reference list) under the heading "Web references".

• **Reviewing process**
The reviewing process for all articles will be handled by the Editor-in-Chief and by the Editors. The author will be notified within 3 months of submission as to the status of the article.

# Pain Nursing Magazine

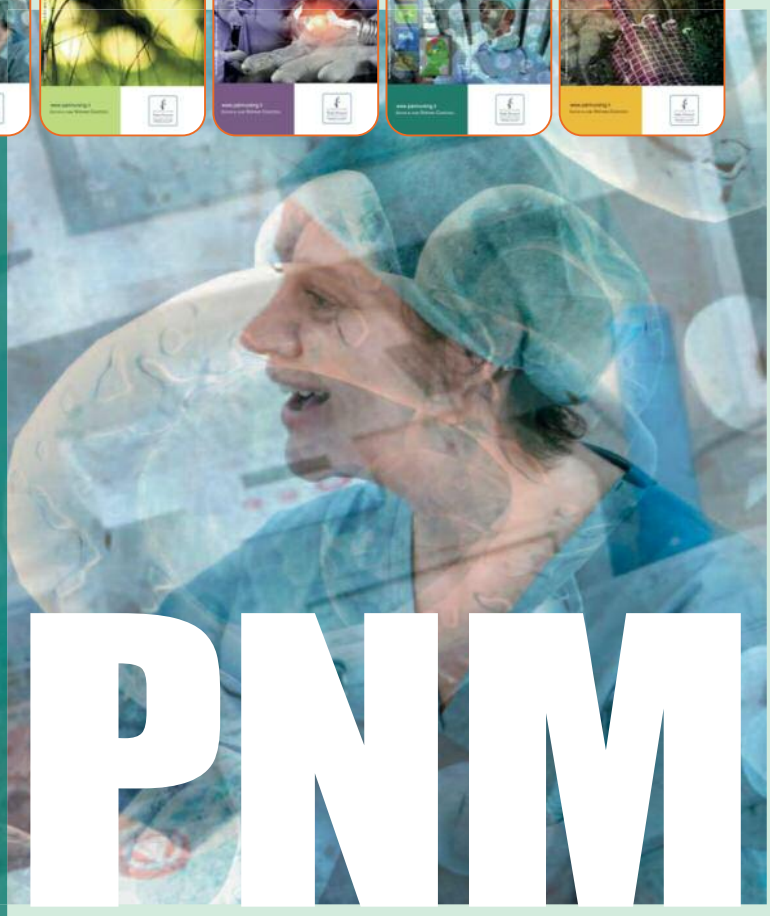
## Italian Online Journal

Periodico quadrimestrale della Fondazione Paolo Procacci Onlus,
con la collaborazione scientifica dell'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore
e dell'Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore

**Direzione Scientifica**
Stefano Coaccioli

**Comitato scientifico**
Eli Alon, Caterina Aurilio,
Alessandro Bertirotti,
Giorgia Della Rocca, Serdar Erdine,
Magdi Hanna, Raffaele Madaio,
Franco Marinangeli, Rossella Marzi,
Antonella Paladini, Narinder Rawal,
Annalisa Silvestro, Andrea M. Trescot,
Giustino Varrassi, Kris Vissers,
Shelagh Wright, Stefano Maria Zuccaro

**Comitato editoriale**
***Area infermieristica***
Daniela Cobianchi, Elisabetta Ercolani,
Manuela Galleazzi, Roberto Latina,
Nicoletta Lombardi, Angela Peghetti,
Manuela Rebellato, Daniela Resta,
Barbara Rosso, Marina Torresan,
Marina Vanzetta
***Area medica***
Chiara Angeletti, Daniele Battelli,
Cristiana Guetti, Fabrizio La Mura,
Antonella Paladini, Ugo Pàstina,
Alba Piroli, Mauro Ragosta,
Riccardo Rinaldi



PNM

CALL FOR PAPERS

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

Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal
è indicizzato da Cumulative Index to Nursing
and Allied Health Literature - CINAHL.

www.painnursing.it

# La casa sul mare

## *The seaside house*

**Maurizio Albertini**

Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria
Dirigente Medico Psichiatra, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'ospedale di Imperia
Docente di Psichiatria, Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Genova

**RIASSUNTO**

Il caso clinico descrive la guarigione da un dolore articolare e muscolare psicogeni (lo si potrebbe meglio definire con una terminologia psichiatrica: sintomo da conversione isterica), trattato con agopuntura. Nel corso delle sedute sono state annotate le immagini evocate in stato di rilassamento indotto dall'agopuntura, fino alla risoluzione del sintomo somatico per il quale la paziente si era rivolta al medico. Si intende mostrare come dietro un sintomo (di conversione) solo apparentemente banale si celino svariati mondi e stratificazioni di significato.
Che l'agopuntura faciliti la capacità di immaginazione è una conferma della fondamentale unità dell'energia profonda che si manifesta in superficie nelle due modalità corporea e psichica, cioè nelle funzioni organiche e nei vari 'psichismi' ed emozioni legate agli organi e ai visceri, come è ben descritto nella medicina tradizionale cinese, nella nostra medicina psicosomatica o nella simbologia del corpo della psicologia analitica.

*PAROLE CHIAVE: agopuntura, dolore articolare, dolore muscolare, dolore psicogeno, medicina tradizionale cinese, medicina psicosomatica, psicologia analitica.*

**ABSTRACT**

The clinical case describes the healing of a psychogenic joint and muscular pain (it could be better defined with psychiatric terminology: hysterical conversion symptom), treated with acupuncture. During the sessions, the images evoked in a state of relaxation induced by acupuncture were noted, up to the resolution of the somatic symptom for which the patient referred to the doctor. The clinical case described shows how behind a symptom (of conversion) only apparently banal there are many worlds and layers of meaning.
That acupuncture facilitates the capacity for imagination is a confirmation of the fundamental unity of the profound energy that manifests itself on the surface in the two bodily and psychic modes, that is, in the organic functions and in the various 'psychisms' and emotions related to organs and viscera, as is well described in traditional Chinese medicine, in our psychosomatic medicine or in the symbology of the body of analytical psychology.

*KEY WORDS: acupuncture, joint pain, muscular pain, psychogenic pain, traditional Chinese medicine, psychosomatic medicine, analytical psychology*

## Premessa

Dietro a ogni sintomo si nasconde un mondo invisibile di pensieri ed emozioni che raramente viene preso in considerazione, sia sul piano del vissuto quotidiano e della coscienza del paziente, sia su quello più difficile da indagare dell'inconscio e del mondo immaginale. Il terapeuta d'altra parte porta con sé, in sé, un mondo altrettanto invisibile di pensieri, vissuti ed emozioni che interferiscono nella relazione con il paziente, facilitando od ostacolando la cura, a seconda dei casi e della propria consapevolezza di questo stesso mondo.
È possibile, attraverso l'agopuntura, facilitare la tecnica junghiana dell'immaginazione attiva e così svelare i vissuti personali o analizzare i contenuti simbolici evocati dal paziente.
Che i punti di agopuntura abbiano una corrispondenza psichica simbolica e non siano solo dei semplici punti di stimolazione di un organo o di una funzione è cosa nota, ma per me è stata una scoperta l'accorgermi che alcuni nomi di agopunti erano espressione non solo di funzioni corporee o energetiche, nel senso della Medicina Tradizionale Cinese, ma anche psichiche, fra loro correlate.
Questa scoperta è avvenuta grazie al racconto di un sogno che mi venne raccontato molti anni fa da una mia amica di trentaquattro anni, incinta. Poco tempo dopo aver fatto questo sogno perse il bambino per un aborto spontaneo al terzo mese.
Questo è il suo sogno: "*Mi trovavo all'interno di una casa costruita sulla spiaggia in riva al mare. L'ambiente era freddo, duro, le pareti della stanza quadrata e stretta in cui mi trovavo erano di ce-*

**Autore corrispondente:**
Maurizio Albertini
*maurizioalbertini7@gmail.com*

*Ricevuto il 22 gennaio 2018*
*Accettato dopo revisione il 6 febbraio 2018*
*DOI: 10.19190/PNM2017.2_3cc42*

*©2017 Fondazione Paolo Procacci Onlus*

*mento grigio e poco accoglienti. Mi sono svegliata con una orribile sensazione di angoscia e di costrizione*".

Non è difficile riconoscere in questo sogno la percezione di un vissuto di gestazione all'interno dell'utero di una donna dura, rigida e fredda che non è riuscita a portare a termine la sua gravidanza a causa di questa carenza ricettiva e affettiva.

Il sogno si può leggere a più livelli: la paziente può identificarsi con il feto, quindi con un proprio vissuto fetale personale, oppure in quanto madre rigida e poco accogliente, viene fornita dal suo inconscio una percezione del suo stato interno e della sua capacità ricettiva in quanto madre, carente in questo caso. Può anche essere un messaggio proveniente dal feto stesso.

Il sogno non avrebbe attirato più di tanto la mia attenzione (anche se ne riconoscevo le qualità anticipatorie dell'aborto che stava per avvenire e quelle descrittive della personalità della mia amica che si manifestavano anche nel suo utero) se in quel periodo non avessi frequentato una lezione del mio corso di agopuntura alla So Wen di Milano sul meridiano del rene. Infatti, quando il docente descrisse un certo punto di agopuntura con le sue qualità terapeutiche (viene usato nella minaccia d'aborto) io rimasi folgorato e compresi la grandezza del pensiero cinese e della sua medicina tradizionale. Ma non compresi solo questo, mi resi conto che forse eravamo vicini alla possibilità di una sintesi fra due mondi, fra due campi del pensiero medico.

Una sintesi che poteva avvenire forse solo adesso, quando in occidente si erano sviluppate le conoscenze della psicologia analitica e contemporaneamente venivano introdotte le nozioni della medicina tradizionale cinese.

Ma procediamo per gradi: la "**casa sul mare**" oppure "**costruzione sulla spiaggia**", è la traduzione del nome cinese del punto 9 situato sul meridiano di rene: Zhu Bin. È chiaro che il nome non è stato dato per caso, ma è la descrizione di una funzione che si esprime sia a livello dell'utero, in quanto organo, che a livello simbolico, nella profondità dell'inconscio profondo (e che è stato trasmesso dal sogno della mia amica con la stessa immagine: la casa sul mare). L'utero, in quanto casa, è vicino al mare, cioè all'inconscio dove 'abità il feto ancora immerso nelle acque amniotiche.

Esiste dunque un livello energetico, che si potrebbe definire 'psicoide' secondo la terminologia di Carl Gustav Jung, in cui 'la casa sul mare' non è ancora corpo e non è ancora sogno ma è entrambi. I due livelli (corpo e sogno, yin-materia e yang-psiche) sono collegati dall'immagine, che nel sogno e nel nome del punto Zhu Bin esprimono perfettamente il simbolo.

Il simbolo 'casa sul mare' si mostra così a noi con le sue due facce, utero e sogno, ma in realtà nelle profondità dell'inconscio è contemporaneamente entrambe le cose: l'utero e la sua descrizione onirica, il suo lato psichico.

Infatti, per la psicologia analitica una 'casa sul mare' significa una casa, un ambiente, una coscienza, un ego vicino all'inconscio collettivo, rappresentato dal mare. La casa è un contenitore capace di accogliere qualcosa che proviene dal mare, dalla sorgente della vita infinita. Infinito che si pone di fronte alla finitezza e limitatezza della casa, simbolo della persona e dei suoi confini fisici e psichici: la pelle, l'io. Da un lato quindi l'infinito creativo, dall'altro una persona, un utero, una coscienza che accolgono una piccolissima frazione di questo mare infinito di energia inconscia.

Mare di energia che per la medicina tradizionale cinese scorre nei meridiani di agopuntura ('canali dell'energia') e per la psicologia analitica nei sogni (immagini che veicolano l'energia dell'inconscio e la rendono accessibile alla coscienza).

Attraverso la manipolazione dei punti e l'evocazione di immagini psichiche possiamo così accedere a due diverse modalità di espressione della stessa forza, della stessa energia psicofisica che sostiene dall'inconscio sia la coscienza che le funzioni organiche.

Che l'agopuntura faciliti la capacità di immaginazione è un'altra conferma che ho potuto osservare di questa fondamentale unità dell'energia profonda che si manifesta in superficie nelle due modalità corporea e psichica cioè nelle funzioni organiche e nei vari 'psichismi' ed emozioni legate agli organi e ai visceri, come è ben descritto nella medicina tradizionale cinese, nella nostra medicina psicosomatica o nella simbologia del corpo della psicologia analitica.

Non esiste infatti una funzione corporea che non abbia un correlato emotivo e immaginale, come non esiste un'emozione o un movimento psichico che non si accompagni a cambiamenti somatici sia fisiologici (per esempio arrossire per la vergogna o defecare per la paura) che patologici (per esempio una crisi d'asma bronchiale o un infarto cardiaco successivi a una fortissima emozione).

Il caso clinico descrive la guarigione da un dolore articolare e mu-

scolare, psicogeni (lo si potrebbe meglio definire con una terminologia psichiatrica: sintomo da conversione isterica), chiarendo la correlazione fra fisico e psichico, come ho scritto sopra riguardo al nome del punto Zhu Bin che descrive l'utero sia come organo corporeo che come immagine psichica dell'inconscio.
Fatta questa premessa procederò alla descrizione di un caso clinico in cui l'agopuntura è usata anche come strumento di conoscenza dello stato psichico che, somatizzato, conduce al sintomo corporeo.
Nel corso delle quindici sedute di agopuntura (le prime cinque con cadenza settimanale nell'arco di un mese, le restanti nell'arco di circa tre mesi con cadenza settimanale) sono state trascritte una serie di immagini evocate in stato di rilassamento indotto dall'agopuntura fino alla risoluzione del sintomo somatico per il quale la paziente si era rivolta al medico. Nelle note che seguono ogni seduta vengono anche brevemente descritte le mie interpretazioni a queste associazioni verbali alle immagini evocate dalla paziente durante l'agopuntura.
Si intende mostrare come dietro un sintomo (di conversione) solo apparentemente banale si celino svariati mondi e stratificazioni di significato.

## Caso clinico

Donna di 38 anni, si presenta per un dolore al polso destro che dura da circa un anno, progressivamente ingravescente, e dolori alla schiena. Nulla di significativo alle lastre, terapie antinfiammatorie e altre cure poco efficaci.
Anamnesi: madre deceduta nell'agosto 1995 per ictus cerebrale, padre deceduto alcuni anni prima per enfisema polmonare. È coniugata, non ha figli. Il sonno e l'alimentazione sono abbastanza regolari (non mangia carne, ama formaggio e dolci), lavora come impiegata di banca da molti anni. Circa tre anni prima subisce una frattura a livello della V vertebra lombare. Accusa spesso dolori cervicali, lombari e dolori irradiati lungo il braccio destro. Lievi edemi alle gambe.

### Prima seduta di agopuntura

Punti usati nella prima seduta: TR 4, TR 5, VB 34, VB 20, IG12, E 36. Triplice riscaldatore 4 (punto legno-vento) e 5 sono vicini alla zona dolente del polso destro, che è in vuoto energetico. Vengono disostruiti dagli aghi.
*Immagini della prima seduta evocate dalla paziente:* vede uno xilofono, suona, si trova nella casa delle zie, con i fratelli con cui gioca, si azzuffa. Le zie sono due zitelle, una è molto possessiva, lei bambina vorrebbe andare via ma una delle zie la riprende sempre e le impedisce di andarsene. Poi vede i due genitori che entrano da una porta, più distinta la madre (morta pochi anni fa improvvisamente per ictus cerebrale) e meno il padre (morto prima della madre per enfisema polmonare).
(scoppia a piangere)

*Note alla prima seduta*
Si noti nella trascrizione la quantità di immagini riguardanti il movimento energetico legno-vento-fegato emerse nelle sedute: xilofono, albero, piffero-flauto, verde brillante. La rimozione dell'ostruzione energetica riguarda inizialmente soprattutto il movimento psicofisico denominato Hun dalla Medicina tradizionale cinese, movimento legno-vento-fegato. Si passa così dalla sofferenza al coraggio, dalla debolezza alla forza ecc. Il movimento legno-vento-fegato che si mostra come collera se viene inibito, o è in eccesso, era bloccato da un eccesso del movimento I, legato alla milza (un sintomo della paziente era infatti: amore per i dolci e i latticini): la terra-milza-madre-yin è legata in questo caso alla riflessione ossessiva, all'io "terrestre"-mentale.
Se la riflessione è ossessiva, in eccesso, cronica, il troppo yin di milza blocca il legno-vento-fegato-yang. Al fegato, in termini psicofisici, è collegato il sistema muscolare, la sessualità, le difese immunitarie, il primo emergere dello yang-maschile in primavera, il colore verde ecc. In seguito, alla sesta seduta, dopo il Movimento legno-Hun si avrà la disostruzione del Movimento Cuore-Shen).
Attraverso le immagini e le associazioni fatte dalla paziente alle stesse immagini viene sbloccata l'emozione rimossa del dolore del lutto, prima inconscia e somatizzata. L'ago sblocca lo scorrere dell'energia psicofisica (ch'i) e la fa ricircolare a livello somatico (diminuisce il dolore) e inoltre permette all'immagine dolorosa celata, rimossa, censurata, di emergere.

### Seconda seduta di agopuntura

Punti usati: gli stessi delle sedute precedenti.
*Immagini della seconda seduta evocate dalla paziente:* uno scalatore sale sulla vetta di una montagna, trova un nido con degli aquilotti. Ne prende in mano uno per accarezzarlo ma arriva la madre aquila e lo butta giù dalla vetta. Cade ma si rialza. Entra in una grotta buia con pipistrelli.
Esce, col binocolo vede degli stambecchi impauriti e guardinghi. Poi punta il binocolo su un cespuglio

molto vicino per vedere, quasi è a contatto del cespuglio. Lo scalatore scende fra due picchi che diventano una gola montana e poi una galleria buia dalle pareti fredde, dure, rocciose. In fondo alla galleria esce e c'è molta luce.

*Note alla seconda seduta*
Associazioni verbali della paziente alle immagini evocate:
-Città dell'Aquila, Campo Imperatore, Fuga di Mussolini, crollo del capo fascista (nero-yin)- capitalista-di testa.
- L'Arcano XVI dei Tarocchi, La Torre. (Questa carta rappresenta simbolicamente la morte e la rinascita, cioè una profonda trasformazione di una situazione, un liberarsi di vecchi schemi e la possibilità di iniziare una nuova fase della vita).
- Madre rifiutante. Utero freddo, poco accogliente. Mano che non può toccare il fratellino (nato un anno dopo di lei).
- Il marito porta delle lenti molto spesse, ha occhiali da miope molto forti, è quasi cieco e non ha un cristallino. Qualcuno che crolla e muore, poi rinasce.
Mia interpretazione delle immagini: c'è uno spostamento eccessivo dell'energia verso l'alto, verso la la testa e verso le mani (e conseguenti dolori alla colonna cervicale, al polso, alla schiena, tutti strati yang del corpo). L'immagine dello spirito-aquila ne provoca la discesa traumatica. Attraverso l'agopuntura si ristabilisce l'equilibrio energetico e l'eccesso comincia a venire compensato dallo Spirito, di cui l'aquila è il simbolo. L'ego imperiale, paranoide, inflazionato (come Icaro, Lucifero, Prometeo), va troppo in alto. Paranoia=osservare, scrutare, vedere o temere di essere visti, è lo stambecco impaurito e guardingo che sta in alto, osserva dall'alto, in attesa, armato di corna, altro simbolo dello yang eccessivo (in cinese yang significa ariete, è, come anche nella astrologia occidentale, simbolo della forza impulsiva, della primavera, del fuoco nascente, della attività iniziale). Nella medicina cinese uno spostamento dell'energia verso l'altro è causato, come vedremo meglio in seguito, dalla collera (vento/fuoco nella testa).

## Terza seduta di agopuntura

Punti usati: gli stessi delle sedute precedenti.
*Immagini della terza seduta:* gatto siamese... che sta fermo e si lecca ... poi cammina ... con la coda dritta ... aspetto un po' antipatico e vagamente minaccioso... salta sopra un cappello a cilindro, lo sfonda ed entra, poi esce dal basso, forse scava un buco. Compare una bambina (8-9 anni), è Alice nel paese delle meraviglie-oltre lo specchio, ha vestiti a sbuffo, antichi. Il gatto le salta in mano poi sale sul braccio e va dietro la nuca ... Qui diventa un piccolo coniglio e lei lo abbraccia e lo accarezza, si strofina. Il coniglio salta a terra, si infila in una tana nella terra "giusto della sua misura", esce solo la testa. Lei si avvicina, strofina la faccia contro il musetto, la tana è in un avvallamento del terreno ... il coniglio esce e le salta in grembo, lei si scuote e fugge inseguita dal coniglio. Si arrampica su un albero, sempre più su fra i rami pieni di foglie finché non vede il cielo. Comincia a prendere piccole foglie verde-brillante nelle mani e ne fa dei mucchietti, poi scende dall'albero e le dà da mangiare al coniglio. Poi si mette a suonare un piffero.
*(lieve mal di testa alla fine della seduta)*

*Note alla terza seduta*
Associazioni della paziente: "Ussaro sul tetto".
*Mia interpretazione delle immagini evocate*: il gatto "siamese" è l'energia "cinese", l'animale è una rappresentazione simbolica dell'energia legata al corpo e all'istinto che risale lungo il braccio fino alla nuca e penetra. L'eccessivo uso della ragione, il controllo razionale ossessivo, per la medicina cinese è un eccesso dello yin di milza: qui lo yang penetra lo yin.
L'immagine è quella della bambina interiore della paziente (Alice con il coniglio o il cappellaio matto) vivificata dalle energie primordiali istintuali che le entrano dentro e le scorrono sopra. L'energia circola e ridona il colore della vita. Alice va oltre lo specchio, nel paese delle meraviglie.
Il gatto diventa coniglio (simbolo di primavera, Pasqua, rinnovamento ciclico, sessualità, prolificità ecc.). Il coniglio-energia scorre e penetra nel corpo, nello yin (milza-terra-materia). Tana nella terra, nel femminile, nello yin della persona. Nel procedere delle immagini la paziente trova l'energia del legno-albero, risale lungo la colonna vertebrale (il tronco), vede il cielo interiore, afferra l'energia brillante del Mondo Immaginale, rivivifica le mani che erano in vuoto energetico, le mani ritornano a essere di nuovo cariche di energia. Correttamente l'energia ricircola verso il basso: ridiscesa verso terra. Vengono nutriti gli aspetti infantili, animali e teneri della personalità (si ristabilisce una relazione interiore fra l'adulto e il coniglio, l'animale, il bambino).
Suonare il piffero: è uno strumento musicale collegato al "legno-vento", esprime la presenza dell'energia Hun-legno in maniera armonica, musicale. Questa energia scor-

re armonicamente, correttamente, entra ed esce come dovrebbe dall'organismo ora riequilibrato dall'agopuntura. (Per i taoisti l'elisir di lunga vita viene estratto da un coniglio sulla luna, immagine simbolica dell'inconscio).

## Quarta seduta di agopuntura

Punti usati: gli stessi delle sedute precedenti.

*Immagini della seconda seduta evocate dalla paziente:* un uomo con la barba che va su una barca a vela in un lago. Tira su l'ancora e la mette a bordo, vicino a delle corde. Sale in cima all'albero e poi scende. Si mette a pescare con delle canne, prende un pesce e comincia poi a pulirlo. Prima lo getta dentro la barca e poi con un coltello gli apre la pancia, toglie le interiora e le butta in mare, poi pulisce la pelle e appende il pesce a un gancio. Arrivano dei gabbiani che prendono il pesce. Lui è arrabbiato. Accende il motore della barca e torna a riva. Qui deposita degli oggetti (corde) nel capanno degli attrezzi. Si avvia a terra ed entra in un bosco finché non arriva a un pozzo.

*Note alla quarta seduta*

Mia interpretazione delle immagini: Il movimento su e giù dall'albero è come nella seduta precedente. Le canne si ricollegano al piffero. Stavolta è in corso il movimento energetico rene-acqua, il cui animale simbolico è il pesce, animale più primitivo del gatto o del coniglio. È il vento-legno = barca a vela, che soffia sull'acqua-lago, che poi diventa il mare. Questo raffigura la progressione dell'energia da aspetti pneumatici-yang a più densi acquatici-yin.

Il pesce rappresenta fasi più primitive dello sviluppo (feto, embrione) e più arcaiche anatomicamente (midollo spinale).

Pozzo: rappresenta la fonte dell'acqua interiore, l'energia psichica che proviene dalle profondità dell'inconscio.

## Quinta seduta di agopuntura

Punti usati: a destra TR4 TR3 TR5 IG5 GI5 GI4, VB 34 V23 VB 25, VG14, VC12, IG11. A sin. gli stessi tranne TR3 e IG5.

*Immagini della quinta seduta:* vede un uomo che è vicino a un'amaca di corda piantata su due pali. C'è un lama bianco, da cui prende del latte e lo beve. Siamo in Messico.

L'uomo cammina con il lama e va a sedersi sotto un albero, comincia a dormire. Viene svegliato da formiche che risalgono lungo le gambe e gli arrivano in testa e in faccia. Si alza di colpo, si toglie il cappello, va a lavarsi in una pozza d'acqua. Irritato si rimette in cammino, oltre una bassa collina si vede una grande città.

Prima va in casa sua, povera e semplice, con un antico lavandino di marmo. Poi esce, incontra dei bambini con i quali si mette a giocare. Incontra poi un uomo circa della sua età che lo porta da lui, anche questa casa è semplice e un po' triste ma con un grande caminetto col fuoco acceso. Il fumo esce dal camino. Dentro la casa c'è anche una donna seduta in silenzio, inerte, passiva, accanto a un tavolo. Ha i capelli raccolti dietro la nuca. Vede l'incontro di queste trepersone.

*Note alla quinta seduta*

Associazioni della paziente: Pian della Tortilla, libro di Steinbeck (notare lo stambecco-steinbock della prima seduta come è cambiato ...), capacità di godersi la vita, ironia anche nella povertà, tranquillità lontano dalla nostra civiltà ecc. Rappresentazione del rilassamento indotto dall'agopuntura e della caduta delle difese, delle corna aggressive dello stambecco che diventa il nutriente, materno lama.

*Mia interpretazione*: tutte le immagini raffigurano la risalita dell'energia (ch'i) lungo le gambe: formiche ecc., acqua in faccia, bambini che giocano, fuoco acceso nel camino (triplice riscaldatore).

## Sesta seduta di agopuntura

Quasi scomparso il dolore alla mano. Viene per il dolore alla schiena, a livello V toracica, e al collo.
Punti usati: punti locali e poi TR5, IG5, RT6, VG16.

*Immagini della sesta seduta:* rondini che volano in cerchio sopra una cascata d'acqua. Un raggio luminoso parte dal basso, dove c'è l'acqua di caduta che si raccoglie in un laghetto. Vapore d'acqua.

Il raggio di luce tende a trascinare le rondini verso il basso.

Il raggio parte da una caverna posta circa a metà della cascata, nascosta dietro la cascata, nella roccia (all'altezza circa della V vertebra toracica se la cascata è una rappresentazione della colonna vertebrale e della sua energia che scorre). Dentro la grotta c'è un drago verde, molto triste (blocco energetico = dolore).

Lei è con lui e lo accarezza. Lui le strofina la lingua sulle mani e sulla faccia, poi lei lo accarezza e lui si muove. Poi si arrotola su se stesso.

*Note alla sesta seduta*

Mie osservazioni: L'energia è bloccata in Shendao (punto a livello della V vertebra toracica), ci sono problemi di Shen-spirito del Tao, movimento psicofisico del Cuore, sede profonda e dei sentimenti (Sé),

non legata alle dinamiche superficiali dell'ego.
L'oppressione del Cuore-Spirito si evidenzia come dolore a livello fisico, espressione mascherata della Depressione. La malinconia (vuoto energetico, drago yang arrotolato, spirito rinchiuso nella caverna del cuore, triste) tira giù, fa scendere le rondini, i pensieri, gli aspetti più volatili dello psichismo e dell'energia. Il serpente arrotolato nella caverna (del tesoro) è un simbolo dell'energia ristagnante (a vari livelli, psichici, sessuali, muscolari ecc.). A livello della colonna vertebrale: v. serpente Kundalini per gli Indiani o il caduceo mercuriale per i Greci.

## Settima seduta di agopuntura

Persiste il dolore alla schiena sotto T5, punto Shendao. Punti usati: Shendao, due punti Shu vicini, GI4, RT6, VG16, VB20, Ming Men e altri punti VB.
*Immagini della settima seduta:* squalo che la insegue in acqua e vorrebbe morderla in un braccio. Ha il muso sporco di sangue. Si aggira come impazzito. Lei fugge ma dopo un po' lo squalo si tranquillizza. Lei gli monta sul dorso, è sempre più tranquillo, come un delfino e si dirige dove l'acqua è più calda, dove c'è più luce, più sole ...

*Note alla settima seduta*
Quando le dico "problemi di cuore" emerge la storia di un grande desiderio amoroso frustrato per una persona ora sposata con cui era stata insieme per sei anni (dall'età di 22 fino ai 28). Era il suo primo grande amore che non riesce a dimenticare e che desidera molto ancora adesso sentendosi in colpa per questo.
(è quindi stato necessario portare alla luce, alla coscienza il dolore nascosto ... il pensiero del cuore).

## Ottava seduta di agopuntura

Sempre dolore alla schiena in T5, meno nel collo. Punti adoperati: V15 bilaterali, shu di Cuore, adiacenti a Shendao-VG11, V23, GI4, VB39, VB34, VB20. La paziente indossava un foulard rosso con dipinte rose bianche.
*Immagini della ottava seduta*
Vede appoggiata allo schienale di una sedia di legno, di fronte a una grande scrivania di legno scuro, una coroncina di rose bianche con un velo da sposa.
Poi una ragazza di circa 15-17 anni che lo indossa; è vestita da sposa. È triste, si sente sola, non sembra contenta della situazione. Nella stanza dalle pareti di legno c'è gente, un tavolo è imbandito per un pranzo.
Vede molte ciotole di legno, piuttosto grandi. È tutto molto rustico. L'atmosfera non è allegra, il luogo è accogliente ma poco illuminato (è lo studio ?). La ragazza triste si nasconde sotto il tavolo e mangia delle lenticchie da una ciotola di legno. Usa una forchetta. Prima di fare questo si era guardata in un grande specchio che aveva una cornice che lo faceva somigliare a un quadro.
Dopo aver mangiato esce da sotto il tavolo, è più allegra. Anche le altre persone sono più calorose e festose. Portano per lei una torta di compleanno con le candeline accese ...

*Note all'ottava seduta*
Associazioni della paziente: Prima Comunione/matrimonio desiderato e mancato con l'antico amante che ancora desidera e che ha incontrato settimana scorsa dopo molti anni.
Episodio: prima della sua Prima Comunione e dopo essersi confessata aveva passato una notte agitata, era stata molto male perché "volevo sfidare Dio e bestemmiai contro di Lui", poi si pentì. Riuscì però a dirlo al padre (figura autoritaria che spesso la sgridava e la puniva vietandole di mangiare, facendole saltare pranzo o cena).
Il padre la perdonò e le suggerì di confessarsi di nuovo l'indomani prima della messa.
Mia osservazione: nelle immagini interiori l'agopuntura viene quindi vista dalla paziente come una comunione con lo Spirito.

## Nona seduta di agopuntura

Miglioramento netto del mal di schiena, vengono usati gli stessi punti dell'ultima seduta.
*Immagini della nona seduta:* fontana, piazza, bambini che giocano, si incammina dalla piazza con fontana di un paese ligure.
Case in pietra. Si incammina per un viottolo fra le case che si trasforma poi in un sentiero. Sulla sinistra vede una casa abbandonata e dei campi incolti separati dalla strada da una lunga e strana cancellata che arriva fino alla campagna. Lei poi arriva a un albero pieno di foglie, suona il flauto sotto l'albero.

## Decima seduta di agopuntura

Per due-tre giorni dopo l'ultima seduta il dolore era cessato completamente, poi si è ripresentato ma più diffuso e più in basso, a livello della colonna, circa sulla VIII-IX vertebra toracica, punto VG8-VG9, a livello di Shu-Fegato, circa V18. Punti usati: V15, V18, V23, GI4, VB34.
*Immagini della decima seduta:* un treno a vapore con pochi o nessun vagone, lei sente il vento o il vapo-

re sulla faccia. Il treno procede, entra in una galleria, poi esce, è in Liguria. Va verso Sud, vede un paesaggio desertico (color ocra, sabbia), palme, oasi (ha passato lo Stretto di Gibilterra ed è andata in Africa). Poi il treno curva, va verso l'interno. Le oasi si fanno più fitte e diventano foresta, non si vede quasi più il cielo per il verde. Il treno procede sempre e si arriva a un vulcano esattamente al centro dell'Africa. Il treno sale sulle pendici del vulcano fumante. In cima si ferma, dall'orlo del cratere vede in basso fango fumante e ribollente, ma calmo, piatto. Scendono passeggeri dal treno e gettano i loro ori e altre cose ("orpelli") nella bocca del vulcano. Poi il treno torna indietro per la stessa via.

*Note alla decima seduta*
Associazioni della paziente: fango: terracotta, argilla "da bambina avevo fatto un uccello d'argilla" (lei lavora l'argilla). Desiderio di maternità.
Africa centrale: luogo oscuro in cui non mi verrebbe in mente di andare.
Africa del Nord: calore, gente viva ecc. bisogno di rinnovamento, di fare una vita meno artificiale ecc. Desiderio di un lavoro meno monotono.
Mie osservazioni: continuava a dire di sentire molto vento in faccia. Quando era nel deserto sentiva anche che il vento era caldo.
N.B. Le immagini hanno avuto un forte effetto su di me, infatti ho sentito una specie di "colpo" fortissimo che mi ha stupito, indebolito e spostato all'indietro quando è stata evocata l'immagine del vulcano in cui la paziente gettava oggetti. È l'effetto del 'ch'i' che sbloccato improvvisamente esce come un'esplosione dagli involucri energetici più esterni: è la collera-vento-hun che fuoriesce con violenza.

## Undicesima seduta di agopuntura

Punti: VB34, VB39, E36, GI4, TR5, VC6, VG9, VC12. Discorsi generici senza affrontare temi particolari, il mal di schiena persiste invariato in zona paravertebrale sopra le logge renali.
*Non vengono evocate immagini.*

## Dodicesima seduta di agopuntura

Vengono usati gli stessi punti della seduta precedente.
*Immagini della dodicesima seduta:* ancora mal di schiena, si elaborano insieme le immagini emerse il 13/1. Amplificazione dell'immagine del vulcano:
Gli oggetti che lei getta sono: un orologio a cipolla, anelli e braccialetti. Sull'orologio dice: " Non è mio, mio padre ne aveva uno o due così, A. (il mio fidanzato) li colleziona. Mi viene in mente qualcosa di ottocentesco, un uomo dell'Ottocento, un modo di pensare ottocentesco."

*Note alla dodicesima seduta*
Immagini: suo padre, il suo fidanzato, Crono, l'autorità rigida, il super io, il controllo, le regole razionali, gettati nel vulcano.
Durante il colloquio con lei emergono racconti di grosse liti col padre, figura molto autoritaria, litigiosa, che teneva musi e silenzi di mesi con i figli.
Ci sono state grandi liti anche fra il padre e la madre a causa del carattere paterno (la madre era fredda, distaccata, ostinata, simile alla paziente la cui aggressività è sempre molto controllata e sepolta in profondità).

## Tredicesima seduta di agopuntura

Punti: gli stessi della dodicesima seduta senza VB34.
*Note*: Rievoca il conflitto con il padre e fra madre e padre.

## Quattordicesima seduta di agopuntura

Punti: E36, GI4, TR5, VC12, VG9, VB39
*Immagini della quattordicesima seduta:* "··· Vedo un fiore, (dirà poi che si tratta di un loto) chiuso. Si schiude e dentro c'è un cranio. Uno zampillo d'acqua dall'interno del fiore, dal centro, fa uscire il cranio che rotola fuori. Rotola in discesa, in una collina sassosa, finché non arriva in un punto dove sono ammucchiate molte ossa. Vedo un serpente che striscia sulle ossa e poi si infila in una tana. Le ossa cominciano a muoversi e si dispongono, diventano scheletri umani che si alzano.
È il Giudizio Universale, la resurrezione. Gli scheletri si incamminano. Vedo una marmotta che esce dalla tana e poi rientra, osserva gli scheletri, poi scappa, si getta in acqua, la corrente del fiume diventa cascata e si getta nel lago. La marmotta nuota nel lago e arriva sul bordo, si infila in una foresta. Non è più una marmotta, sembra un koala che sale su un albero e poi diventa una scimmia, una bertuccia. La bertuccia osserva la fila di scheletri e ne ha paura. Va con altre scimmie, gioca con loro, scavano fra le foglie, si spulciano. Gli scheletri, al limitare della foresta, prendono forma, diventano indiani, guerrieri. Uno di questi scaglia una freccia verso la foresta e uccide una scimmia che viene cotta sul fuoco e mangiata dal gruppo di indiani, seduti intorno al fuoco stesso. Gettano le ossa della scimmia nel fuoco, tracciano per terra con legni carbonizzati dei triangoli. Poi se ne vanno e allora le scimmie si sentono liberate dall'invasione degli indiani sul loro territorio. Fanno una rito funebre per

tutta la notte vicino al fuoco, stanno sedute lì per tutta la notte. si mette a piovere, si spegne il fuoco, piove per tutta la notte. All'alba le scimmie si disperdono e si riappropriano del territorio invaso prima dai guerrieri indiani."

*Note alla quattordicesima seduta*
Associazioni della paziente: riferito nei giorni precedenti prurito e bruciore vaginale, scomparso dopo che è riuscita a sottrarsi a un compito sgradevole impostole da una conoscente. Riemerge la sua capacità di essere correttamente aggressiva, meno masochista, (i guerrieri in lei).
- apertura di un chakra-loto, esce l'energia, rimosso l'ostacolo che ne impediva lo scorrere, l'aggressività e la rabbia bloccate.
- Danza macabra (dei vivi e dei morti), Morte-Ade-Dioniso-Shiva-teschio che distrugge l'individuo. Le energie vitali cosmiche che annientano e trasformano l'io.
- Sacrificio della scimmia, sacrificio dell'uomo inferiore da parte del Sé superiore. Morte e resurrezione dell'io, sua trasformazione iniziatica attraverso il rituale dell'agopuntura.
- Rinascita, Giudizio, morti che risorgono.
Mie osservazioni: l'energia zampilla e circola di nuovo nel corpo. Dal loto esce il guerriero: la paziente lo associa a una discussione con un'amica prepotente che impone doveri sgradevoli e alla sua nuova capacità di dire di no, cosa che le è sempre stata difficile. Sente di essere riuscita a liberare la sua aggressività in termini corretti. La pioggia è un simbolo di fertilità, segno del ritorno dell'energia celeste (yang dal cielo, cioè dall'inconscio profondo).
Attraverso le immagini della paziente emerge un tema classico che è quello della danza di Shiva che, a sua volta, può essere messa in relazione alla rappresentazione medievale occidentale delle danze macabre dei vivi e dei morti : "... il dio indossa una ghirlanda di teschi e ha un teschio sul diadema ... (in) Questo Shiva che danza ... possiamo sentire l'ambiguità dionisiaca, il sorriso minaccioso delle forze della vita. Stillante sangue, raccapricciante il trofeo – la pelle scuoiata della vittima violata – costituisce uno sfondo sinistro. Contro quello sfondo sinistro, tuttavia, brillano le divine giovani membra ... che si muovono con solennità misurata; e queste hanno la bella innocenza delle prime forze atletiche della giovinezza. La danza come la vita stessa, mescola il terrifico e il ben augurale, giustappone e unifica distruzione, morte e trionfo vitale, è il vulcanico erompere delle lave della vita.
... La si intende come espressione del Divino, che nella sua totalità abbraccia tutti i beni e tutti i mali, le bellezze e gli orrori, le gioie e i tormenti della nostra vita fenomenica."... "il motivo sorprendente del Dio danzante che costringe il demone elefante a danzare con lui finché questo cade morto ⋯ ricorda il motivo occidentale della 'danza dei vivi e dei morti'. Una compagnia di spettri scheletrici invita a danzare la fiorente Giovinezza, che ha le fattezze di una giovinetta dalle guance rosse, o del soldatino pieno di vigore, e le apparizioni sottili ed emaciate continuano a danzare incessantemente finché la loro vittima cade esausta. L'individuo finito, limitato, non è pari alle forze eterne della distruzione. D'altro canto la distruzione, Shiva, è soltanto l'aspetto negativo della vita senza fine. (Shiva è il trasmutatore, non solo il distruttore ...).
Queste immagini evocano anche un altro tema classico: Eraclito frammento 123:
"Se non fosse Dioniso il dio a cui fanno la processione e cantano l'inno in onore delle parti di cui l'uomo ha vergogna (lett. le invisibili, canto per il fallo), quello che essi fanno sarebbe contro ogni pudore: il medesimo sono Ade e Dioniso, per il quale impazzano e infuriano."
Il frammento afferma l'identità fra Ade e Dioniso, fra la morte, l'invisibile (Ade), e l'energia vitale (Dioniso). Ciò che appare morte per l'individuo finito è in realtà la sua assimilazione con le energie vitali (e sessuali) che lo sorpassano e di cui l'io ha paura (i sogni, l'ipnosi, la trance o l'agopuntura permettono il riemergere di queste energie e l'uscita dall'io occidentale rinchiuso nel suo involucro-identità rigido. Permettono il ritorno all'animale, al bambino: Dioniso è il Puer Aeternus, il Sempreverde, la Vita che scorre nella sua dinamica, al limite caotica e sfrenata come l'acqua che zampilla dalla roccia). Lo scorrere dell'energia nei meridiani, proveniente dalla sorgente-tao, energia originaria detta energia-sorgente, yuan-chi, è simboleggiata dallo zampillo d'acqua nel loto e dalla fuoriuscita del teschio).

## Quindicesima seduta di agopuntura

Punti: E36, GI4, TR5, VC12, VG9, VB39.

*Immagini della quindicesima seduta*
"... vedo uno scimmione che scava una buca per terra e cerca di infilarci la testa, poi si sdraia e si infila nella terra, ammucchiando foglie sopra di lui. La terra è piena di vermi bianchi che gli camminano addosso lungo il corpo. gli fanno schifo ed esce dalla bu-

ca, balza fuori. Si lava la faccia con la terra. Cerca di prendere questi vermi e li fa in poltiglia, una specie di 'marmellata' di vermi che mangia. poi sale su un albero, scorteccia i primi rami e mangia la corteccia. Poi sale ancora, ma i rami superiori si spezzano e torna a terra ...".

*Note alla quindicesima seduta*
Queste sono ancora immagini di morte iniziatica, di nigredo, di aspetti della personalità in via di profonda trasformazione. Ci sono immagini riguardanti la sessualità (testa dello scimmione infilata nella terra) ecc. L'animus istintuale-animale, il corpo, si immerge nella terra per morire e rinascere, nonostante la paura e lo schifo. I vermi sono le forze vitali primordiali, bianchi, cioè sacri, sono una rappresentazione del ch'i a livello corporeo e del ritorno della vita neurovegetativa-profonda nel corpo. Si vede bene l'oscillare alto-basso dell'energia lungo l'albero-asse cosmico-colonna vertebrale. Movimento di ricircolo dell'energia lungo i meridiani.
Mangiare è integrare in se stessi qualcosa.

## Conclusione sedute

Dopo la quattordicesima seduta i dolori, a qualunque livello del corpo, sono scomparsi del tutto e non si sono più ripresentati.

## Bibliografia di riferimento


Per il rituale iniziatico del sacrificio v. Sir Gawain e il Cavaliere Verde, Adelphi ed. 1986, in particolare la nota finale di Coomaraswamy. Per l'analogia di queste immagini con altre legate alla situazione di rinascita dopo la morte iniziatica v. Heinrich Zimmer, Miti e simboli dell'India, ed. Adelphi, pag. 156-7.

Borsarello JF, Robert A. Le psychisme et la musicotherapie des Chinois, Guy Trédaniel ed. Paris, 1983.

Chevalier J, Gheerbrant A. Dictionnaire des symboles, Seghers ed, 1974.

De la Rocheterie J. La natura dei sogni. Milano: Red ed, 2004.

De la Rocheterie J. Il corpo nei sogni. Milano: Bompiani, 2001.

Jung CG. Psicologia dell'inconscio e L'io e l'inconscio. In: Opere, Vol. 7. Torino: Boringhieri, 1983.

Jung CG. Gli archetipi dell'inconscio collettivo. In: Opere, Vol. 9. Torino: Boringhieri, 1980.

Nguyen Van Nghi. Patogenesi e patologie energetiche in medicina cinese. Milano: UNICOPLI, 1983.

Quirico PE. Agopuntura clinica nella patologia muscolo-scheletrica. Torino: UTET, 1998.

Requena Y. Agopuntura e psicologia. Palermo: IPSA ed. 1988.

Rochat de la Vallée E. La medicina cinese. Spiriti, cuore, emozioni. Milano: Jaca Book, 2008.

Rochat de la Vallée E, Larre C. Dal "Huangdi Neijing Lingshu". La psiche nella tradizione cinese. Milano: Jaca Book 1994.



SEI SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE?

HAI DIRITTO
ALL'ABBONAMENTO ONLINE GRATUITO
all'European Journal of Pain

www.efic.org

Pain Nursing Magazine Italian Online Journal

# Valutazione del dolore oncologico da metastasi ossee in radioterapia: una revisione della letteratura

## *Evaluation of cancer pain in bone metastases in radiotherapy: a review of literature*

**Fiorenza Misale**[1], **Alessandra Falcioni**[2], **Maurizio Giordano**[2]

[1] Università Roma Tre, Ospedale Santo Spirito in Saxia, Roma
[2] Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma

**RIASSUNTO**

**Razionale dello studio:** il trattamento del dolore in radioterapia palliativa è uno degli aspetti primari nei pazienti affetti da neoplasie con metastasi ossee in ogni fase del trattamento. Questo tipo di dolore è caratterizzato prevalentemente dalla presenza di dolore intenso durante il movimento, che può essere cronico e/o acuto, spesso episodico intenso, dovuto a diverse cause o come conseguenza dei trattamenti terapeutici. Lo scopo di questa revisione è descrivere gli aspetti peculiari della valutazione della gestione del dolore post trattamento radioterapico in pazienti con metastasi ossee.
**Metodi**: è stata condotta una revisione della letteratura nel periodo tra novembre 2016 e febbraio 2017 su banche dati quali Pubmed, Cinahl, ILISI e siti governativi, relativa agli ultimi 10 anni.
**Risultati**: la ricerca bibliografica ha individuato un totale di 1330 articoli scientifici, di cui 20 articoli pertinenti allo scopo della nostra revisione. Dagli articoli analizzati si evince come la riduzione del dolore viene valutata in base ai siti del tumore primario, la localizzazione delle metastasi, la tipologia di trattamento radioterapico adottato e la valutazione del dolore. Non risultano differenze significative tra i due schemi di trattamento, sia in termini di risposta parziale che di risposta completa. La valutazione del dolore è stata misurata attraverso la scala VAS, il questionario BPI e all'interno del questionario sulla salute correlato alla Qualità di Vita, analizzandolo prevalentemente per verificare l'efficacia del trattamento.
**Conclusioni**: la gestione del dolore oncologico in pazienti affetti da neoplasie con metastasi ossee è una tematica complessa e necessita di essere adeguatamente valutata. L'approccio multidisciplinare e un'adeguata formazione continua sono necessari per una corretta valutazione del sintomo e appropriatezza terapeutica. Bisogna approfondire le ripercussioni psicologiche e sociali, per alleviare le sofferenze con adeguato sostegno psicologico. Sarebbe inoltre opportuno individuare e implementare in futuri studi una scala di misurazione specifica nell'ambito del dolore oncologico.

*PAROLE CHIAVE: dolore oncologico, metastasi ossee, radioterapia*

**ABSTRACT**

**Rationale of the study**: treatment of pain in palliative radiotherapy is one of the primary aspects in patients with bone metastasis of neoplasms, at each stage of treatment. This type of pain is mainly characterized by intense pain during the movement and can be chronic and / or acute, often episodic, due to various causes or as a result of therapeutic treatments. The purpose of this review is to evaluate the peculiar characteristics of the evaluation of post radiotherapy pain management in patients with bone metastases.
**Methods**: a review of the literature of the last 10 years was conducted between November 2016 and February 2017 on databases such as Pubmed, Cinahl, ILISI and governmental websites.
**Results**: the systematic review has identified a total of 1330 scientific articles, of which 20 were relevant articles for the purpose of our review. From the analysis of these articles we deduced how pain reduction is assessed by primary tumor sites, localization of metastases, type of radiotherapy used and by pain assessment. There are no significant differences between the two treatment schemes, both in terms of partial response and full response. Pain assessment was measured through the VAS scale, the BPI questionnaire, and within the health questionnaire related to quality of life, primarily verifying the effectiveness of the treatment.
**Conclusion**: treatment of cancer pain in patients with bone metastasis of neoplasms is a complex issue and needs to be adequately evaluated. Multidisciplinary approaches and adequate continuing training are necessary for a proper assessment of the symptom and a therapeutic appropriateness. We need to examine in depth the psychological and social consequences, to alleviate the suffering with adequate psychological support. It would also be appropriate to identify and implement in future studies a specific measurement scale for cancer pain.

*KEY WORDS: bone metastases, cancer pain, radiotherapy*

## Introduzione

Il tumore metastatico osseo è una patologia che non si origina nell'osso stesso, ma è causata da cellule tumorali che migrano in questa nuova sede da organi diversi, i più comuni dei quali sono seno, prostata, polmone, rene, dove si è sviluppato il tumore primario (1). Nel 75% dei casi le localizzazioni ossee sono responsabili di una serie di complicanze dette eventi scheletrici corre-

**Autore corrispondente:**
Alessandra Falcioni
falessandra84@gmail.com

*Ricevuto il 9 luglio 2017*
*Accettato dopo revisione il 22 febbraio 2018*
*DOI: 10.19190/PNM2017.2_3ra51*
*©2017 Fondazione Paolo Procacci Onlus*

lati (SRE), dove il sintomo più frequente è il dolore (2). Il dolore da metastasi ossee è caratterizzato dalla presenza prevalente di dolore intenso durante il movimento o a seguito di azioni di modesta entità come il tossire, il girarsi nel letto, il muovere gli arti (3). È stimato che si presenti nel 50% delle persone affette da neoplasia; nel 50-75% dei casi la maggior frequenza di localizzazione delle metastasi è ossea (4).
Il dolore da metastasi ossee può essere cronico e/o acuto, dovuto a diverse cause, quali l'azione diretta per l'infiltrazione tessutale, l'interessamento viscerale, l'ulcerazione e l'infezione, o come conseguenza dei trattamenti terapeutici quali la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia (5). La radioterapia trova indicazione a scopo palliativo per ridurre il dolore dovuto dalle metastasi ossee con il controllo del sintomo, perciò il trattamento delle metastasi ossee ha in genere lo scopo di rallentare o di bloccare la crescita delle cellule metastatiche e di ridurre i sintomi, portando spesso a un miglioramento della Qualità di Vita (6). La rapidità e l'entità dell'effetto antalgico sono indipendenti dalla severità del dolore, dalle dimensioni della massa tumorale e dalla radiosensibilità del tumore primitivo (7). Lo scopo di questa revisione è di descrivere l'approccio valutativo riservato ai soggetti affetti da patologia cancerosa sottoposti a trattamento radioterapico nella riduzione del dolore da metastasi ossee.

## Metodi e strumenti

È stata condotta una revisione bibliografica, relativa agli ultimi 10 anni, nel periodo tra novembre 2016 e febbraio 2017 su banche dati quali Pubmed, ILISI, CINAHL e su siti governativi. Le parole chiave utilizzate per la costruzione dei quesiti di ricerca sono state: bone metastases, radiotherapy, Quality of Life, cancer pain e utilizzando l'operatore booleano AND per restringere il campo della ricerca.
I criteri di eleggibilità in base ai quali si è stabilita l'inclusione o l'esclusione degli articoli nella revisione sono descritti nella Tabella 1.
La strategia di ricerca bibliografica adottata è illustrata nella Tabella 2
Gli obiettivi della revisione della letteratura sono stati espressi quali quesiti di ricerca ed elencati nella Tabella 3.

## Risultati

La ricerca bibliografica ha individuato un totale di 1330 articoli scientifici, di cui 20 articoli pertinenti allo scopo e agli obiettivi della revisione. In base ai risultati emersi sono state individuate quattro aree di interesse relative all'argomento trattato: i siti del tumore primario, la localizzazione delle metastasi, la tipologia di trattamento radioterapico adottato e la valutazione del dolore. I siti dei tumori primitivi riscontrati sono caratterizzati dalla tipologia e dalla localizzazione delle metastasi, più comuni a

| Criteri di ammissione | Criteri di esclusione |
|---|---|
| • Articoli in lingua inglese e in italiano | • Articoli in altre lingue |
| • Articoli pubblicati dopo l'anno 2007 | • Articoli antecedenti al 2007 |
| • Articoli che trattano di pazienti oncologici in radioterapia | • Articoli che trattano di tecniche invasive |
| • Articoli che indagano valutazione e gestione del dolore oncologico | • Articoli che confrontano trattamenti farmacologici |
| | • Articoli che trattano di pazienti non oncologici |
| | • Articoli che trattano di metodi alternativi |

Tabella 1 - Criteri di eleggibilità

| Banche dati | Parole chiave |
|---|---|
| • Pubmed (consultato il 20/11/2016 e il 4/12/2017) | • "Bone metastases" AND "radiotherapy" "Quality of Life" AND "cancer pain" |
| • CINAHL (consultato il 9/2/2017) | • "Cancer pain" AND "Quality of Life" |
| • LISI (consultato il 2/2/2017) | • "Metastasi ossee" e "radioterapia" |
| • Siti governativi (Ministero della Salute, Parlamento, Istituto Superiore Sanità (ISS)) (consultati il 23/2/2017) | • "Dolore" "Dolore oncologico" "Radioterapia palliativa"e "metastasi ossee" |

Tabella 2 – Parole chiave utilizzate nella ricerca bibliografica

| Obiettivi della revisione della letteratura-quesiti di ricerca |
|---|
| 1. Individuare quali siano le maggiori sedi di presentazione del dolore da metastasi ossee |
| 2. Quale tipologia di radioterapia oncologica è più efficace per dare sollievo al dolore al paziente con metastasi ossee? |
| 3. Quali sono gli strumenti di valutazione del dolore oncologico utilizzati in radioterapia? |
| 4. Ci sono miglioramenti significativi nella qualità di vita post trattamento? |

Tabella 3 - Obiettivi della revisione della letteratura-quesiti di ricerca

livello osseo, in particolare in sede vertebrale e bacino, seguiti da arti superiori e inferiori, coste, sterno, clavicola e cranio; infatti l'80% dei pazienti con tumori solidi svilupperà metastasi ossee in sede vertebrale dorsale, del bacino e degli arti superiori e inferiori durante il corso della malattia (8, 9). Il trattamento radioterapico a frazionamento singolo risulta efficace come quello in regime di multifrazionamento per il sollievo dal dolore e per il dolore neuropatico da metastasi ossee, tuttavia, il tempo al fallimento del trattamento sembra essere più breve dopo il trattamento in singola frazione (2,4 vs 3,7 mesi), quindi non risultano differenze significative tra i due schemi di trattamento neanche in termini di risposta parziale e di risposta completa (10-20). Nella valutazione del dolore oncologico sono stati maggiormente somministrati strumenti sia di tipo monodimensionali e multidimensionali, nella misurazione e nella valutazione della qualità di vita, quali rispettivamente la Scala Visiva Analogica (VAS), il questionario Brief Pain Inventory (BPI) e il questionario EORCT QLQ-C15-PAL. Negli studi analizzati si è osservato un miglioramento post trattamento con un punteggio del dolore da 6.1/10 e 6.08/10 rispetto al basale a 2.6/10 e 2.96/10 post trattamento; in termini di impatto del dolore sulle attività di vita quotidiane è emerso un decremento medio di 4 punti rispetto al pre-trattamento nelle categorie "peggior dolore", "attività", "umore", "abilità di camminare" e "attività lavorativa" ; mentre in relazione alla percezione della Qualità di Vita è stato rilevato un miglioramento post trattamento sul piano emotivo e funzionale, relativo alla sensazione di stanchezza, all'insonnia, alla costipazione e al dolore (21-24). Studi osservazionali prospettici multisito dimostrano che il dolore infiammatorio, descritto come un aumento temporaneo del dolore osseo nel sito metastatico trattato, è un evento comune durante o subito dopo la conclusione del trattamento radioterapico (22, 25, 26).

## Discussione

Nel 1979 l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP®) ha definito il dolore come un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata a un effettivo o potenziale danno tessutale o comunque descritta come tale (27). In ambito oncologico, il dolore rappresenta uno dei sintomi principali delle neoplasie per l'elevata frequenza, sull'impatto sulla qualità della vita e nelle principali attività di vita quotidiane (28). Recentemente è migliorata la capacità di misurare il dolore oncologico con approcci validi e standardizzati, quantificando l'impatto in termini di outcomes sia soggettivi che oggettivi (29). Le neoplasie con metastasi ossee spesso sono causa di dolore, sofferenze emotive e psicologiche, dovute alla riduzione della mobilità e interferenza nel funzionamento fisico, con una conseguente incapacità di cercare sostegno dalla rete sociale, rendendo difficile la definizione e valutazione della qualità di vita in questo tipo di soggetti (30).
In Italia con la Legge n. 38 del 2010 è stato riconosciuto il dolore come quinto parametro vitale; per questo motivo, sono state individuate figure professionali competenti, con capacità di scelta e abilità relazionali per individuare strumenti di valutazione validati e momenti idonei, in grado di sviluppare una capacità di ascolto attivo ed educare la persona assistita, in quanto l'autovalutazione rappresenta l'indicatore più attendibile per l'intensità del dolore. (31, 32).
Ma il percorso terapeutico-assistenziale spesso risulta essere frammentario, con lunghe liste di attesa per le visite mediche specialistiche che, considerando la molteplicità di presentazione e degli stadi di malattia, localizzata frequentemente a livello osseo o in strutture nobili quali nervi, midollo e vasi, porta notevoli disagi psicofisici per il paziente; questo rende necessaria una gestione complessa e multidisciplinare, con un coordinamento tra le diverse specialità, attualmente carente (33). È stato a tal fine attivato un percorso dedicato per i pazienti con metastasi ossee e ridotta performance status, con un trattamento radiante in singola frazione a scopo antalgico che, anche se con dolore non facilmente controllato, mostra l'efficacia e l'efficienza nella presa in carico, soprattutto nella pianificazione in termini di riduzione dei disagi per i pazienti e i suoi familiari, con risultati simili a quelli ottenuti con un trattamento a dosi più elevate e maggior numero di frazioni per questo tipo di patologie (34).

## Conclusioni

La gestione del dolore oncologico in pazienti affetti da neoplasie con metastasi ossee è una tematica complessa e necessita di essere adeguatamente valutata. Nella pratica clinica quotidiana e nell'ambito della ricerca scientifica l'uso di strumenti standardizzati costituiti prevalentemente da scale di valutazione e da questionari mono e multidimensionali, spesso utilizzati simultaneamente, sono orientati agli esiti di tipo gestionale e in termini di risorse, per valutare l'impatto globale del dolore sulla salute e nelle comuni attività di vita quotidiana.
Dalla revisione della letteratura

scientifica effettuata si evince una settorializzazione degli studi, dove in ambito infermieristico la valutazione del dolore da metastasi ossee viene maggiormente analizzato in termini di impatto sulla qualità di vita, in ambito medico si predilige la valutazione clinica e in ambito radioterapico in termini di beneficio e di risposta al trattamento.
L'approccio multidisciplinare e una formazione continua si presentano pertanto necessari e implicano la partecipazione coordinata dallo specialista oncologo e delle figure professionali coinvolte e a tutti andrebbe richiesta la massima disponibilità al confronto, allo scambio delle opinioni e alla collaborazione reciproca, coinvolgendo il radioterapista, il radiologo, il tecnico di radioterapia e l'infermiere con le loro competenze specifiche e tecniche, sono necessari per una corretta valutazione del sintomo e un'appropriatezza terapeutica. Bisogna perciò approfondire le ripercussioni psicologiche e sociali, per alleviare le sofferenze con un adeguato sostegno psicologico. Sarebbe inoltre opportuno individuare e implementare in futuri studi una scala di misurazione specifica del dolore oncologico.

## Bibliografia


1. Margaria E, Gollo E. Atti 23° Congresso Nazionale Associazione Italiana per lo studio del dolore. Torino: Springer, 2001.
2. Pagella S, Vicario F, Piazza S, Alabiso O, Loi G, Valle A. Il ruolo della radioterapia palliativa nel controllo del dolore nel paziente oncologico affetto da metastasi ossee. La rivista italiana di cure palliative 2013; 15(3): 13-19.
3. Ripamonti C. Il trattamento farmacologico da metastasi ossee. In: Linee guida AIOM trattamento delle metastasi ossee. 2015:. 71-73.
4. Ramella S, Greco C, Rinaldi CG, Trippa F. Il ruolo della radioterapia nel trattamento delle metastasi ossee. In: Linee guida AIOM trattamento delle metastasi ossee. 2015: 103-129.
5. AIOM. Linee guida: Trattamento delle metastasi ossee. 2015.
6. Degli Esposti C, Balestrini D, Donini E et al. Risposta rapida in radioterapia: un percorso dedicato per il paziente con metastasi ossee. Evidence. 2014;6 (3): 1-5.
7. Prandi C. Infermieristica in cure pallative. Milano: Edra, 2015.
8. Lechner B, Chow S, Chow R, Zhang L, Tsao M, Danjoux M et al. The incidence of neuropathic pain in bone metastases patients referred for palliative radiotherapy. Radiotherapy and Oncology 2016; 118: 557-561.
9. Gutiérrez Bayard L, Salas Buzón Mdel C, Angulo Paín E, de Ingunza Barón L. Radiation therapy for the management of painful bone metastases: Results from a randomized trial. Reports of practical oncology and radiotherapy 2014;19, 405-411.
10. Foro Arnalot P, Valls Fontanals A, Galceran JC, Lynd F, Lathiesas XS, Rodriguez de Dios N et al. Randomized clinical trial with two palliative radiotherapy regimens in painful bone metastases: 30 Gy in 10 fractions compared with 8 Gy in single fraction. Radiotherapy and Oncology 2008; 89: 150–155.
11. Chow E, Harris k, Fan G, Tsao M, Sze MW. Palliative Radiotherapy Trials for Bone Metastases: A Systematic Review. Journal of Clinical Oncology. 2007; 11:1423-1436.
12. Yoon F, Morton GC. Single fraction radiotherapy versus multiple fraction radiotherapy for bone metastases in prostate cancer patients: comparative effectiveness. Cancer Management and research 2014; 6:451–457.

il Mio dolore

Dialoghi, riflessioni tra medico e paziente, approfondimenti su esperienze vissute

**Scaricalo gratuitamente dai siti**
www.painnursing.it
www.fondazioneprocacci.org

13. Fairchild A. Palliative radiotherapy for bone metastases from lung cancer: Evidence-based medicine? World Journal of Clinical Oncology. 2014; 5: 845-857.
14. Roos DE. Radiotherapy for neuropathic pain due to bone metastases. Annals of Palliative Medicine 2015; 4: 220:224.
15. Lutz S, Berk L, Chang E, Chow E, Hahn R, Hoskin P et al. Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. International Journal Radiation Oncology Biology Physics. 2011; 79: 965–976.
16. Dennis K. Makhani L, Zeng L, Lam H, Chow E. Single fraction conventional external beam radiation therapy for bone metastases:a systematic review of randomised controlled trials. Journal of the European Society for therapeutic Radiology and Oncology. 2013;106: 5-14.
17. Kaasa S, Brenne E, Lund JA, Fayers P, Falkmer V, Homberg V et al. Prospective randomised multicenter trial on single fraction radiotherapy (8 GyX1) versus multiple fractions (3 GyX10) in the treatment of painful bone metastases. Journal of the European Society for therapeutic Radiology and Oncology. 2006; 79: 278–284.
18. Kerba M, Wu JS, Duan Q, Hagen NA, Bennett MI. Neuropathic Pain features in patients with bone metastases referred for palliative radiotherapy. Journal of clinical oncology. 2010; 28: 4892-4897.
19. Harald R, Katayama S, Bruckner T, Rieken S, Bostel T, Förster R et al. High-dose single-fraction IMRT versus fractionated external beam radiotherapy for patients with spinal bone metastases: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015; 16: 264.
20. Hamouda WE, Roshdy W, Teema M. Single versus conventional fractionated radiotherapy in the palliation of painful bone metastases. Gulf Journal of Oncology. 2007; 1: 35-41.
21. Pituskin E, Fairchild A, Dutkaj, Gagnol L, Driga A, Tachynsky P et al. Multidisciplinary team contributions within a dedicated outpatient palliative radiotherapy clinic: a prospective descriptive study. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. 2010; 78: 527-532.
22. Gomez-Iturriaga A, Cacicedo J, Navarro A, Morillo V, Willisch P, Carvajal C et al. Incidence of pain flare following palliativeradiotherapy for symptomatic bone metastases: multicenter prospective observational study. Bio Medical Central Palliative Care. 2015; 1: 14-48.
23. Caissie A, Zeng L, Nguyen J, Zhang L, Jon F, Dennis K et al. Assessment of Health-related Quality of Life with the European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C15-PAL after Palliative Radiotherapy of bone metastases. Clinical Oncology. 2012; 24: 125-133.
24. Valesin Filho ES, De Able LC, Lima GH, De Cubero DI, Veno FH, Figueiredo GS et al. Pain and quality of life in patients undergoing radiotherapy for spinal metastatic disease treatment. International Archives of Medicine 2013; 6: 1-8.
25 De Felice F, Piccioli A, Musio D, Tombolini V. The role of radiation therapy in bone metastases management. Oncotarget. 2017; 8: 25691-25699.
26. Hird A, Chow E. Determining the Incidence of Pain Flare Following Palliative Radiotherapy for Symptomatic Bone Metastases: Results From Three Canadian Cancer Centers. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics I 2009;75(1):193-7.
27. Ministero della Salute. Definire e valutare il dolore. 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3769&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=terapia (modificato il 28/06/2013 , consultato il 23/02/2017).
28. Cipolla C, Schittulli F. L'esperienza del dolore nei malati oncologici. Una ricerca nazionale. Salute e società. Milano: Franco Angeli, 2014: 111.
29. Apolone G, Mosconi P, Colombo C, Tamburini M. Il dolore nel paziente con cancro: un progetto di ricerca. Ricerca e Pratica 2004; 20:137-145.
30. Mc Donald R, Chow, Rowbottom L, Bedard G, Lam H, Wang E et al. Quality of life after palliative radiotherapy in bone metastases: a literature review. Journal of Bone Oncology 2015; 4: 24–31.
31. Legge 15 marzo 2010, n. 38. "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.parlamento.it/parlam/leggi/10038l.htm (modificato il 15/03/2010, consultato il 23/02/2017)
32. Schiavon M. Assistenza infermieristica e dolore. Feedback. 2010; 3: 3.
33. Liverani S. Metastasi ossee: miglioramento della qualità di vita e di assistenza. In: Belardelli F, Romero M, Moretti F. Programma straordinario oncologia 2006 Art. 3 "Rete nazionale solidale e collaborazioni internazionali (ISS per ACC)" Consuntivo dell'attività scientifica (2007-2008). Rapporti ISTISAN 09/1.
Disponibile all'indirizzo: http://www.iss.it/binary/publ/cont/09-1%20web.1233140195.pdf (modificato il 09/02/2009, consultato il 23/02/2017).
34. Degli Esposti C, Balestrini D, Donini E, Baldissera A, Wong E et al. Risposta rapida in radioterapia: un percorso dedicato per il paziente con metastasi ossee. Evidence 2014; 6: 1-5.

ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE AISD

www.facebook.com/MedicinaDolore/

Seguici su: facebook®

# Il self-reporting nel dolore acuto in emergenza: modelli e scale di valutazione nel paziente adulto verbalizzante

## *Self-reporting in acute pain in emergencies: models and evaluation scales in adult verbalising patient*

**Fiorina Zanni[1], Valentina Viale[2], Flavio Marti[3], Loredana Fabriani[4], Latina Roberto Roberto[5]**

[1] Infermiere, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, presidio ospedaliero San Donato, Azienda Usl Toscana sud est
[2] Infermiere, Libero Professionista
[3] Infermiere, U.O.C Neurochirurgia, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma
[4] Infermiere, Direttore del corso di Laurea Triennale in Infermieristica, Sapienza Università di Roma, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma
[5] Infermiere, Direttore del corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Sapienza Università di Roma, A.O. San Camillo-Forlanini, Roma

**RIASSUNTO**

Il dolore rappresenta il sintomo più comune e importante per cui le persone si recano al pronto soccorso. Risulta quindi importante descrivere strumenti semplici e affidabili che possano valutare il dolore in modo tempestivo ed efficace da parte del personale sanitario. È stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando la ricerca libera e le banche dati biomediche includendo articoli che riportano l'utilizzo di strumenti di valutazione oggettivi applicabili in pazienti verbalizzanti. Sono stati inclusi 22 articoli che fanno riferimento a quattro strumenti monodimensionali per la valutazione del dolore acuto in emergenza nei pazienti verbalizzanti. I risultati hanno dimostrato che la Verbal Rating Scale (VRS) è la preferita dai meno istruiti e dagli anziani, la Numerical Rating Scale (NRS) è la preferita da una popolazione di età mista, la Iowa Pain Thermometer (IPT) è la preferita dei pazienti affetti da sordità. Risulta quindi fondamentale misurare, valutare e quantificare il dolore scegliendo lo strumento adatto ad ogni persona al fine di rilevare il danno, individuare strategie di intervento personalizzate e verificarne l'efficacia.

*PAROLE CHIAVE: emergenza, paziente verbalizzante, self-report, valutazione dolore acuto*

**ABSTRACT**

Pain is the most common and important reason for the emergency room visit. It is important to describe simple and reliable tools that can assess pain by health professionals. A literature review was performed using free research and biomedical databases including articles reporting the use of objective assessment tools applicable in verbalizing patients. Twenty-two articles that refer to four one-dimensional tools for the assessment of acute emergency pain in verbalizing patients were included. The results showed that the Verbal Rating Scale (VRS) is preferred by the less educated and by the elderly, the Numerical Rating Scale (NRS) is preferred by a mixed age population, the Iowa Pain Thermometer (IPT) is the favorite of patients with deafness. It is therefore essential to measure, evaluate and quantify pain by choosing the appropriate tool for each person in order to detect the damage, identify personalized intervention strategies and verify their effectiveness.

*KEY WORDS: acute pain measurement, emergency, self-report, verbalizing patient*

## Introduzione

Il dolore rappresenta il sintomo e la causa più comune per cui le persone richiedono cure sanitarie presso il dipartimento di emergenza e urgenza (DEA) (1), rappresentandone circa il 78% degli accessi (2,3). Ciò implica che il personale sanitario che opera all'interno del DEA debba essere in grado di far fronte alle esigenze della popolazione attraverso competenze specifiche necessarie sia a valutare che a gestire efficacemente il dolore (4-6). In Italia il 70% degli accessi che avvengono in pronto soccorso sono correlati al dolore acuto (7). Il dolore acuto è quel sintomo che deriva dall'attivazione di un sistema sensoriale che segnala un danno tessutale, potenziale o reale, ad esordio recente e di probabile durata limitata, di solito posto in relazione di causalità con una lesione, un trauma o una malattia attuale o incombente (8). Dal punto di vista clinico il dolore è un sintomo trasversale e frequente; spesso segnale importante per la diagnosi inizia-

**Autore corrispondente:**
Flavio Marti
*f.marti@scf.gov.it*

*Ricevuto il 15 dicembre 2017*
*Accettato dopo revisione il 15 gennaio 2018*
*DOI: 10.19190/PNM2017.2_3ra56*
*©2017 Fondazione Paolo Procacci Onlus*

le di malattia, può rappresentare un fattore indicativo dell'evoluzione positiva o negativa del decorso della stessa; è inoltre spesso correlato a procedure diagnostiche e/o terapeutiche generando nella popolazione ansia e paura (9) ciò compromette l'integrità fisica e psichica della persona e dei propri familiari influenzandone notevolmente la qualità della vita percepita (5, 8). Il dolore, in seguito alle risposte fisiologiche correlate all'attivazione del sistema nervoso, determina cambiamenti dei parametri vitali, quali la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la pressione arteriosa e può essere accompagnato, in risposta a uno stimolo nocicettivo, da pallore e sudorazione (2).
Il sollievo dal dolore è considerato un diritto fondamentale della persona come evidenziato dalla legge 38/2010 (9) dalla Dichiarazione di Montreal (10) e dal Codice Deontologico dell'infermiere negli artt. 34-35 (11). Nonostante ciò il dolore continua ad essere un problema di salute spesso sottotrattato (7) e mal gestito spesso a causa di una valutazione non corretta o assente (6,12). Una non corretta valutazione del dolore acuto può portare a un trattamento non adeguato favorendo l'insorgenza di gravi complicazioni (13). Molti sono i fattori che possono influenzare la percezione e la reazione di una persona al dolore tra cui i valori personali, le credenze etniche e culturali, i tratti emotivi e di sviluppo e non ultime le precedenti esperienze dolorose vissute dall'individuo (3,5,6,14,15). Tali aspetti risultano essere fondamentali per una corretta valutazione del dolore tanto quanto l'esordio, i fattori scatenanti e allevianti nonché le caratteristiche qualitative dello stesso (15). All'interno del DEA il processo di valutazione del dolore deve essere intrapreso già durante il triage affinché i pazienti possano essere sottoposti a terapia analgesica attraverso trattamenti appropriati e rapidi fin dal loro arrivo in pronto soccorso (5,6,16). L'uso di strumenti semplici in grado di potere misurare velocemente la severità e le altre caratteristiche del dolore consentono al personale sanitario di valutarlo e gestirlo efficacemente, di identificarne la causa, di ridurre la sofferenza dei pazienti, garantendo un miglior esito delle cure e una risposta adeguata alle necessità del paziente (4).

## Metodi

La revisione della letteratura è stata condotta utilizzando tre database: CINAHL Plus, Pubmed e Cochrane utilizzando le seguenti parole chiave: pain measurement, acute pain, self-report, verbalizing ed emergency. Sono stati selezionati tutti gli articoli pubblicati da gennaio 1970 a novembre 2017. Successivamente i risultati sono stati filtrati includendo pazienti di età compresa tra 18 e 65 anni ed escludendo gli articoli pubblicati in una lingua diversa dall'inglese e dall'italiano. La tecnica dello snowballing è stata utilizzata per reperire ulteriori documenti eleggibili.
È stata inoltre condotta una ricerca libera per reperire documenti e linee guida prodotti da società scientifiche.

## Risultati

La ricerca ha prodotto 276 articoli di cui solamente 22 hanno rispettato i criteri di inclusione ed esclusione.
Dalla revisione della letteratura si sono evidenziati quattro strumenti monodimensionali per la valutazione del dolore acuto nei pazienti verbalizzanti in emergenza: la Visual Analogue Scale (VAS), la Numerical Rating Scale (NRS), la Verbal Rating Scale (VRS) e la Iowa Pain Thermometer Scale (IPT). Tutte le scale del dolore sono risultate valide, affidabili e appropriate nella pratica clinica (17).

### •Visual Analogue Scale (VAS)

La VAS si presenta come una linea di 10 cm, supportata ai due lati da descrittori verbali: di solito "nessun dolore", e "il peggior dolore immaginabile"; al paziente viene chiesto di indicare un punto sulla linea corrispondente all'intensità del proprio dolore così come viene percepito in quel momento. L'utilizzo di una scala decimale rende questo strumento molto sensibile permettendo una misurazione del dolore che va da 0 a 100. La VAS necessita tuttavia di un supporto cartaceo e non può essere utilizzata con pazienti che hanno disturbi visivi, difficoltà motorie e deficit cognitivi (13,18,19); molti pazienti non riescono a comprendere le istruzioni di compilazione della VAS compromettendone l'utilizzo (14). La VAS si è rivelata uno strumento valido e affidabile per la valutazione del dolore acuto (17,18) anche per patologie specifiche quale il dolore addominale acuto in emergenza (20).

### •Numerical Rating Scale (NRS)

La NRS è lo strumento per la valutazione del dolore più comunemente usato e consiste in una scala a punti in cui il paziente sceglie un valore che va da 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo dolore). Da 1-3 è considerato dolore lieve, da 4–7 moderato, da 8-10 severo (19). La NRS può essere somministrata sia in forma scritta che verbale o utilizzando le dita delle mani; i pazienti sono invitati a segnalare o a dise-

gnare intorno al numero che meglio descrive il proprio dolore sulla scala dell'intensità, oppure a verbalizzare il numero che corrisponde al proprio dolore. Ciò la rende facile da usare e fornisce un'interpretazione coerente del dolore nel self-reporting. La NRS il vantaggio di essere semplice e di veloce somministrazione, non necessita di un supporto cartaceo e può essere utilizzata per via telefonica (p.es., triage telefonico, assistenza domiciliare). Lo svantaggio di questa scala, che non può essere somministrata a chi non conosce i numeri o non sa contare, sta nella difficoltà del ridurre la sensazione dolorosa ad un numero risultando perciò non sempre precisa. In letteratura studi suggeriscono che la NRS, somministrata nella sua forma verbale può sostituire la VAS nella misurazione del dolore acuto in emergenza (18).

•Verbal Rating Scale (VRS)
La VRS comprende un elenco di descrittori e numeri utilizzati per denotare la crescente intensità del dolore dal più debole al più intenso. Il punteggio di 0 è assegnato al descrittore di minore intensità ovvero "nessun dolore", 1 "dolore lieve", 2 "dolore moderato", 3 "dolore forte", 4 "dolore insopportabile". Il paziente sceglie il descrittore che più si avvicina alla sua sensazione dolorosa tramite il valore semantico dello stesso. La VRS risulta essere una scala di semplice somministrazione che non necessita di un supporto cartaceo e che fornisce una descrizione qualitativa del dolore. Lo svantaggio principale è determinato da un uso soggettivo delle parole influenzato anche da fattori linguistici e culturali (17).

•Iowa Pain Thermometer Scale (IPT)
L'IPT è una scala a descrittore verbale modificata composta da sette parole che descrivono il dolore associato a sette diversi livelli di intensità del dolore (21) sulla base della Scala a Descrizione Verbale (VDS) (8). Può essere usata a livello pittografico per descrivere la sintomatologia dolorosa e per aiutare a concettualizzare lo stesso (21). Ai pazienti viene chiesto di visualizzare l'immagine di un termometro la cui temperatura aumenta con l'aumentare della sintomatologia dolorosa attraverso sette livelli di dolore corrispondenti a diverse intensità di dolore. Questi livelli di dolore includono nessun dolore, lieve dolore, dolore moderato, grave dolore, dolore molto intenso, e il dolore più grave che si possa immaginare (22). La scala per poter essere somministrata necessita di circa 5 minuti.

Oltre all'intensità del dolore si rende necessario valutare altre caratteristiche dello stesso, al fine di garantire un approccio coerente e sistematico (15).
La revisione della letteratura ha evidenziato due modelli di valutazione qualitativa del dolore (Tabelle 1 e 2).

## Discussione

Il dolore è il motivo individuale più importante per cui le persone si recano in pronto soccorso per essere valutate e curate al fine di migliorare la propria qualità di vita, e questo, implica che il personale sanitario dovrebbe essere esperto nella gestione delle condizioni dolorose acute (23). Alcuni studi hanno concluso che il dolore acuto è sottostimato e sottotrattato nel setting dell'emergenza (13, 24). La gestione del dolore risulta spesso incoerente e problematica (8,14) anche a causa di problematiche fisiche dei pazienti per le quale sono state validate scale quali la Iowa Pain Termometre (IPT) che è risultata essere meglio accettata da pazienti affetti da sordità (21) comportando un allungamento dei tempi per una corretto approccio alla sintomatologia dolorosa (16). La cultura del paziente, l'istruzione e l'etnia ne influenzano la percezione dolorosa (19), allo stesso modo i fattori culturali influenzano notevolmente anche il personale sanitario che si trova a valutare e gestire la sintomatologia dolorosa (8,13). Studi hanno dimostrato che la misurazione convenzionale migliora la gestione del dolore se associata ad un adeguato controllo prima e dopo la somministrazione del farmaco (25). La Verbal Rating Scale (VRS) è stata preferita dai meno istruiti e dagli anziani, e la NRS è stata strumento di scelta di una popolazione di età mista; viene inoltre evidenziata una forte correlazione tra la NRS, VAS e CAS che possono essere interscambiabili nella valutazione del dolore in emergenza nei soggetti adulti (7), l'utilizzo di una determinata scala deve però essere mantenuto per l'intera durata della presa in carico del paziente al fine di poter valutare i cambiamenti del dolore oltre che per non indurre confusione nel paziente stesso (26). La sovrapponibilità di scale monodimensionali per la valutazione dell'intensità del dolore (NRS, VRS, VAS) dimostrano che non è così importante la scelta dello strumento ma le condizioni relative al suo uso in relazione al contesto, al tempo a disposizione alle caratteristiche soggettive del paziente (24). Purtroppo la soggettività del dolore rende difficile una sua valutazione anche perché lo stesso è un'esperienza intrinsecamente soggettiva che coinvolge fattori sensoriali ed emozionali che possono portare a problemi di comunicazione, incomprensioni con

**Tabella 1 - Modello OPQRSTUV per la valutazione qualitativa del dolore**

| | | |
|---|---|---|
| **O** Onset | Inizio esordio del dolore | Quando è iniziato il dolore? Quanto dura? Con quale frequenza si manifesta? |
| **P** Provoking/ palliation | Provocato/alleviato | Cosa lo provoca? Cosa lo rende più intenso? Cosa lo fa aumentare? |
| **Q** Quality | Caratteristiche | Cosa sente? Può descrivermelo? |
| **R** Region/ Radiation | Regione interessata/ irradiazione | Dove è localizzato? Dove si irradia? |
| **S** Severity | Gravità / Quanto? Scala di valutazio e | Qual è l'intensità del dolore (su una scala da o a 10 dove 0 corrisponde a nessuno e 10 è il peggiore possibile) Adesso? Nella migliore delle ipotesi? Nel Peggiore dei casi? In media? |
| **T** Timing/ Treatment | Tempo/ Trattamenti | È costante? Va e viene? Quando è peggio? In qualche momento particolare? Quali farmaci e trattamenti sta utilizzando? Quanto sono efficaci? Ha effetti collaterali a farmaci e trattamenti? |
| **U** Understanding/Impact on you | Capire l'impatto | Cosa crede stia causando il dolore? Ci sono altri sintomi con questo dolore? Com'è questo dolore e che impatto ha sulla sua famiglia? |
| **V** Values | Valutazione | Qual è il su obiettivo o livello di confort accettabile per questo dolore? (in una scala da 0 a 10 dove 0 corrisponde a nessuno e 10 è il peggiore possibile)? Ci sono altre opinioni o sentimenti su questo dolore che è importante per lei o la sua famiglia? C'è qualcos'altro che vorrebbe dire sul suo dolore che non è stato discusso o chiesto? |

conseguente compromissione della gestione del dolore. Chiaramente la sensibilità al dolore varia tra gli individui, ma non è ben chiaro come e fino a che punto la valutazione del dolore differisca tra i pazienti o tra i vari stimoli dolorosi (27). Garantire un'accurata valutazione del dolore è l'obiettivo dei sanitari tenendo conto che numerose sono le caratteristiche del dolore e che quindi sarebbe necessario utilizzare modelli validati per analizzare tutte le sfaccettature della sintomatologia dolorosa (28, 29).

## Conclusioni

Questo studio nasce con l'intento di sensibilizzare gli infermieri ad un corretto approccio sulla valutazione del dolore che è il motivo per cui le persone si recano in pronto soccorso senza ricevere spesso una giusta ed appropriata valutazione

**Tabella 2 - Modello SOCRATES per la valutazione qualitativa del dolore**

| | | |
|---|---|---|
| **S** Site | Sito | Dov'è il dolore? |
| **O** Onset | Inizio | Quando è iniziato il suo dolore? È stato improvviso o graduale? Il dolore è progressivo o regressivo? |
| **C** Character | Caratteristica | Come è il dolore? |
| **R** Ir-Radiation | Irradiazione | Dove si irradia il dolore? |
| **A** Associations | Associazione | Altri segni o sintomi |
| **T** Time coure | Stabilire una via giusta | Il dolore segue degli schemi? |
| **E** Exacerbating relieving factor | Aggravamento/ Fattori rilevanti | Qualcosa cambia il suo dolore? |
| **S** Severity | Gravità/Intensità | Quanto è grave/ intenso il suo dolore? |

e, di conseguenza, un giusto e corretto trattamento. La tendenza attuale in letteratura dimostra, anche se la revisione non è stata condotta in maniera sistematica rappresentando quindi il principale limite di questo studio, che i sanitari non sempre sono in possesso di conoscenze sufficienti e a volte mancano di formazione per la gestione del dolore acuto (1, 19). Le caratteristiche del dolore aiutano a fare diagnosi, e a reperire notizie importanti sullo stato di salute del paziente (8, 15); risulta quindi fondamentale misurare, valutare e quantificare il dolore per rilevare il danno, individuare strategie di intervento personalizzate e verificarne l'efficacia (25). Non esiste superiorità di una scala rispetto ad un'altra: l'importante è che sia comprensibile al paziente e che venga utilizzato sempre lo stesso strumento (26). Sarebbe opportuno che presso la postazione del triage fossero disponibili scale di valutazione del dolore in più lingue ricordando che il dolore è del tutto soggettivo e i suoi legami con la patologia sono indiretti, l'unico modo per valutare con successo il dolore è quello di credere al paziente. Il dolore è quello che il paziente dice che è (30).

## Bibliografia


1. Tamchès E, Buclin T, Hugli O, Decosterd I, Blanc C, Mouhsine E et al. Acute pain in adults admitted to the emergency room: development and implementation of abbreviated guidelines. Swiss Med Wkly 2007; 137(15-16): 223-7.
2. Body R, Foex BA. Optimising well-being: is it the pain or the hurt that matters? Emerg Med J 2012; 29 (2): 91-4.
3. Bahreini M, Jalili M, Moradi-Lakeh M. A comparison of three self-report pain scales in adults with acute pain. J Emerg Med 2015; 48 (1): 10-8.
4. Rahman NHN, Ananthanosamy C. The display effects of patients' self-assessment on traumatic acute pain on the proportion and timing of analgesics administration in the emergency department. Int J Emerg Med 2014; 7: 36.
5. Colombo GL, Caruggi, Mauro, Serra, Giulio, Vinci. La gestione del dolore acuto in Italia: aspetti economici e qualità di vita. Recenti Progressi in Medicina 2005; 96(1): 7-15.
6. Marianne Gausche-Hill, Brown KM, Oliver ZJ, Sasson C, Dayan PS, Eschmann NM, et al. An Evidence-based Guideline for prehospital analgesia in trauma. Prehosp Emerg Car 2014;18 Suppl 1: 25-34.
7. SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, et al. Raccomandazioni Intersocietarie Italiane sulla gestione del dolore in emergenza [Internet]. 2014 [citato 13 dicembre 2017]. Available at: goo.gl/NUhBeP
8. Marmo L, D'Arcy YM. Compact clinical guide to critical care, trauma, and emergency pain management: an evidence-based approach for nurses. New York: Springer Pub; 2013.
9. Repubblica Italiana. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. 38 mar 15, 2010.
10. IASP. Declaration of Montreal [Internet]. 2010 [citato 10 gennaio 2017]. Available at: https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal?navItemNumber=582
11. Federazione Nazionale Collegi Infermieri. Il Codice deontologico dell'Infermiere [Internet]. 2009 [citato 11 gennaio 2017]. Available at: http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm
12. Deltito JA. Hypnosis in the treatment of acute pain in the emergency department setting. Postgrad Med J 1984; 60 (702): 263-6.
13. Stalnikowicz R, Mahamid R, Kaspi S, Brezis M. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. Int J Qual Health Care 2005; 17(2): 173-6.
14. Rampanjato RM, Florence M, Patrick NC, Finucane BT. Factors influencing pain management by nurses in emergency departments in Central Africa. Emerg Med J 2007; 24 (7): 475-6.
15. RNAO. Assessment and Management of Pain. Third Edition. 2013.
16. Wheeler E, Hardie T, Klemm P, Akanji I, Schonewolf E, Scott J, et al. Level of pain and waiting time in the emergency department. Pain Manag Nurs 2010; 11(2): 108-14.
17. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005; 14(7): 798–804.
18. Bijur PE, Latimer CT, Gallagher EJ. Validation of a verbally administered numerical rating scale of acute pain for use in the emergency department. Acad Emerg Med 2003; 10(4): 390-2.
19. Handeline M, Cooperstein R. Tools for the assessment of pain in chiropractic practice. Journal of the American Chiropractic Association 2007; 18-22.
20. Gallagher EJ, Bijur PE, Latimer C, Silver W. Reliability and validity of a visual analog scale for acute abdominal pain in the ED. Am J Emerg Med 2002; 20(4): 287-90.
21. Palese A, Salvador L, Cozzi D. One-dimensional scales for pain evaluation adopted in Italian nursing practice: giving preference to deaf patients. J Nurs Meas 2011; 19(2): 91-104.
22. Ware LJ, Epps CD, Clark J, Chatterjee A. Do ethnic differences still exist in pain assessment and treatment in the emergency department? Pain Manag Nurs 2012; 13(4): 194-201.
23. Motov SM, Marshall JP. Acute pain management curriculum for emergency medicine residency programs. Acad Emerg Med 2011; 18 Suppl 2: S87-91.
24. Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF, Caraceni A, Hanks GW, Loge JH, et al. Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. J Pain Symptom Manage 2011; 41(6): 1073-93.
25. Lee JS, Hobden E, Stiell IG, Wells GA. Clinically important change in the visual analog scale after adequate pain control. Acad Emerg Med 2003; 10(10): 1128-30.
26. Mohan H, Ryan J, Whelan B, Wakai A. The end of the line? The Visual Analogue Scale and Verbal Numerical Rating Scale as pain assessment tools in the emergency department. Emerg Med J 2010;27(5):372-5.
27. Frey-Law LA, Lee JE, Wittry AM, Melyon M. Pain rating schema: three distinct subgroups of individuals emerge when rating mild, moderate, and severe pain. J Pain Res 2013; 7:13-23.
28. Macaluso CR, McNamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. Int J Gen Med 2012; 5:789-97.
29. Gilligan P, Kitching G, Taylor A, Law H, Brenchley J, Jones J, et al. SOCRATES 7 (synopsis of Cochrane Reviews applicable to emergency services). Emerg Med J 2005; 22(5): 368-9.
30. McCaffery M, Beebe A. Pain: clinical manual for nursing practice. St. Louis: Mosby; 1989.

# La gestione del dolore da mucosite

## *Mucositis pain management*

**Marco Alfredo Arcidiacono**

U.O. Oncologia Degenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica
Professore a contratto, Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi di Parma

**RIASSUNTO**

Controllare il dolore dovuto alla mucosite assume un ruolo cruciale sulla qualità di vita del paziente e sulla buona riuscita del trattamento chemio-radioterapico; la terapia della mucosite è diretta prevalentemente alla cura del dolore e l'infermiere può svolgere un ruolo di fondamentale importanza nella gestione di questo sintomo basando il suo operato sulle evidenze scientifiche.

*PAROLE CHIAVE: paziente oncologico , mucosite, dolore, linee guida, trattamenti.*

**ABSTRACT**

Mucositis pain management has a great importance to ensure better patient quality of life and to make radiation and chemotherapy more effective.
Mucositis treatment mainly aims to control pain, nursing management of this symptom can play a major role when it is appropriately based on scientific evidence.

*KEY WORDS: cancer patient, mucositis, pain, guidelines, treatment.*

La mucosite orale può essere un problema significativo per i malati di cancro. Il dolore e il disagio influenzano fortemente la qualità della vita dei pazienti, perché un buon numero di loro ha difficoltà nell'assumere cibo. Questo contributo mira a contribuire alla gestione e al trattamento del dolore nella mucosite orale, che implica anche un grave impatto fisico e sociale sulla vita del paziente, spesso costretto ad avere meno contatti sociali. Il dolore è il sintomo più rilevante e debilitante associato alla mucosite orale. Il suo trattamento deve essere associato a monitoraggio continuo, poiché la sua intensità può apparire dapprima come una leggera puntura, fino a casi più gravi che potrebbero compromettere la qualità della vita e le esigenze primarie.
Il dolore causato dalla mucosite orale trova la sua particolarità nel fatto che è il risultato sinergico di due componenti. Un sintomo è segnalato come "nocicettivo" (dolore basale), l'altro come "dolore accidentale", causato dal movimento e dal contatto del cibo con le mucose (1). Lo studio citato è molto importante per definire un trattamento specifico contro il dolore. Infatti, mentre il dolore basale (modulato da fibre C a bassa velocità conduttiva e bassa soglia di discriminazione) può essere gestito da normali antidolorifici, il dolore accidentale (trasmesso da fibre delta ad alta velocità di conduzione) è meno influenzato dagli analgesici, inclusi gli oppioidi. Pertanto, questo tipo di dolore può essere risolto solo con un trattamento esterno come la nutrizione parenterale (PTN), che esclude completamente l'alimentazione attraverso la cavità orale.
Indicazioni più appropriate e corrette sul trattamento del dolore provengono dalle linee guida MASCC / ISOO (2): questo è un valido strumento elaborato da un gruppo multidisciplinare di esperti, a partire da una revisione sistematica delle prove relative a vari interventi nel campo della mucosite orale.
Riguardo ai sintomi del dolore, queste linee guida raccomandano i seguenti trattamenti e approcci preventivi:

- si raccomanda l'utilizzo di un trattamento analgesico con morfina controllata dal paziente per il trattamento del dolore causato da mucosite orale nei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali (livello di evidenza II)
- si suggerisce che l'applicazione di fentanyl transdermico può essere efficace per il trattamento del dolore indotto da mucosite orale in pa-

**Autore corrispondente:**
Marco Alfredo Arcidiacono
*marcoalfredo.arcidiacono@unipr.it*

*Ricevuto il 18 settembre 2017*
*Accettato dopo revisione il 27 settembre 2017*
*DOI: 0.19190/PNM2017.2_3instr61*
*©2017 Fondazione Paolo Procacci Onlus*

zienti sottoposti a chemioterapia convenzionale o ad alte dosi, con o senza irradiazione totale del corpo (TBI) (livello di evidenza III)

• si suggerisce che il collutorio con morfina allo 0,2% potrebbe essere efficace nel trattamento del dolore causato dalla mucosite orale nei pazienti sottoposti a chemioterapia per neoplasia del distretto del collo-testa (livello di evidenza III)

• il collutorio con doxepin allo 0,5% potrebbe essere efficace nel trattamento del dolore dovuto alla mucosite orale (livello di evidenza IV)

In sintesi, il trattamento con analgesici topici o oppioidi mediante infusione endovenosa continua, o con analgesia controllata dal paziente (PCA) potrebbe garantire un sollievo dal dolore continuo in determinate condizioni patologiche e di trattamento e migliorare la qualità della vita del paziente.

## Bibliografia


1. Niscola P, Tendas A , De Sanctis V, Keefe D. La mucosite del cavo orale nel trattamento delle malattie neoplastiche. Napoli: Merqurio editore, 2010.
2. Rajesh V Lalla et al. MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy. Cancer 2014; 120(10) 1453-61.

# Quanto è valutato il dolore nel mondo del Wound care?

## *How much is pain assessed in the world of wound care?*

**Ivan Santoro**[1], **Alessandra Vernacchia**[2]

[1] Infermiere coordinatore, Segretario AIORSA (Associazione Italiana Operatori di RSA), Bergamo
[2] Specializzata in Wound Care e in infermieristica forense, Bari

**RIASSUNTO**

Dall'osservazione della pratica quotidiana si rileva una sensibile disomogeneità di intervento da parte degli operatori sanitari per quel che concerne la prevenzione e il trattamento delle LDP (lesione da pressione), che sfocia talvolta in risultati poco soddisfacenti. Tale difformità varia non solo da nosocomio a nosocomio, ma anche da RSA a Hospice e a Casa Protetta. Per ovviare a ciò si suggerisce sempre di agire basandosi su percorsi assistenziali comprovati e validati e, in particolare, di fare riferimento alle Linee Guida pubblicate sul sito PNLG (Piano Nazionale Line Guida) così come evidenziato dalla Leggi Gelli Bianco n. 24 dell'8/3/2017. L'articolo sintetizza l'applicazione di linee guida e scale di valutazione nella medicazione delle lesioni cutanee per evitare l'apporto di dolore inutile, suggerendo tecniche e procedure pratiche.

*PAROLE CHIAVE: lesione cutanea, medicazione, RSA*

**ABSTRACT**

Observing nursing daily practice we notice a lack of homogeneity of intervention by health professionals regarding the prevention and treatment of pressure injuries, with unsatisfactory results. This discrepancy varies not only from hospital to hospital but also from Residence for elderly people to Hospice. The article summarizes the application of guidelines and assessment scales in the dressing of skin wounds to avoid the need for unnecessary pain, suggesting practical techniques and procedures.

*KEY WORDS: dressing, residence for elderly people, skin wounds*

Dall'osservazione della pratica quotidiana si rileva una sensibile disomogeneità di intervento da parte degli Operatori Sanitari per quel che concerne la prevenzione e il trattamento delle LDP (lesione da pressione), che sfocia talvolta in risultati poco soddisfacenti. Tale difformità varia non solo da nosocomio a nosocomio, ma anche da RSA a Hospice e a Casa Protetta. Per ovviare a ciò si suggerisce sempre di agire basandosi su percorsi assistenziali comprovati e validati (1) e, in particolare, di fare riferimento alle Linee Guida pubblicate sul sito PNLG (Piano Nazionale Line Guida), così come evidenziato dalla Leggi Gelli Bianco n. 2 dell'8/3/2017.

Resta di fondamentale importanza eseguire un'anamnesi medica completa, la valutazione del rischio di sviluppare LDP utilizzando una scala del rischio validata, un esame obiettivo della cute e la valutazione del dolore. Queste ultime attività rientrano nella pianificazione assistenziale di cui l'Infermiere è responsabile, ma che può anche essere effettuata in collaborazione con l'operatore socio sanitario se debitamente addestrato, Bisogna sempre ricordarsi che dietro ogni lesione c'è un paziente con il proprio vissuto (2).

È definita LDP una lesione tessutale, con evoluzione necrotica, che interessa: la cute, il derma e gli strati sottocutanei, fino a giungere nei casi più gravi la muscolatura e le strutture ossee. Essa è la conseguenza diretta di un'elevata e/o prolungata: compressione, o forze di taglio (o stiramento), causanti uno stress meccanico ai tessuti e lo strozzamento dei vasi sanguinei. Alla formazione di una LDP concorrono fattori che agiscono localmente (compressione, forze di taglio, attrito, umidità), che interagiscono con le caratteristiche proprie del distretto cutaneo interessato e con le caratteristiche del soggetto (età in primo luogo), e/o particolari condizioni (immobilità, malnutrizione ecc.) in cui il soggetto si viene a trovare (fattori sistemici) (3).

La qualità assistenziale valutata con

**Autore corrispondente:**
Ivan Santoro
*postmaster@ilditonellapiaga.it*

*Ricevuto il 19 febbraio 2018*
*Accettato dopo revisione il 28 febbraio 2018*
*DOI: 10.19190/PNM2017.2_3instr63*
*©2017 Fondazione Paolo Procacci Onlus*

una metodologia "relativamente" ben definita, appare negli USA alla fine degli anni '50. Nei decenni successivi si assiste ad uno sviluppo di programmi di promozione di qualità secondo il modello della VRQ (verifica e revisione della qualità), promosse soprattutto dalle compagnie assicuratrici. Nel 1992 l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCP, attualmente rinominata Agency for Health Care Researchand Quality AHRQ) attraverso la revisione critica della letteratura disponibile, redige le proprie Linee guida per la prevenzione delle LDP, cura della cute e trattamento precoce, carico meccanico e superfici di appoggio, educazione professionale. In tali linee Guida viene considerata la valutazione del dolore (4).

Secondo l'International Association for the Study of Pain (IASP, 1986) il dolore è definito come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. È un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito".

La legislazione italiana (Legge n. 38/2010, art. 7) richiede di registrare nella documentazione sanitaria le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione, la tecnica antalgica, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito proprio in virtù dell'importanza della tematica. Anche il Codice deontologico dell'Infermiere (IPASVI 2009), così come definito all'Art. n. 34, prevede che il professionista si attivi per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza adoperandosi affinché l'assistito riceva i trattamenti necessari (5).

Gli infermieri hanno un ruolo determinante nella valutazione del dolore, in quanto maggiormente a contatto con i pazienti. La valutazione è necessario effettuarla rivolgendosi direttamente alla persona assistita, poiché il dolore è un'esperienza multidimensionale e soggettiva. La valutazione deve avvenire utilizzando come fonte primaria il self report (4). Per i soggetti non in grado di esprimersi verbalmente, la valutazione del dolore dovrebbe includere l'osservazione del comportamento (smorfie, irrequietezza, vocalizzazione).

Il dolore è considerato il quinto parametro vitale ed è proprio per questo motivo che si richiede un approccio individualizzato, sistematico e documentato (6)

Le linee guida dell'AHRQ definiscono che lo scopo dell'eliminazione del dolore nei pazienti portatori di LDP è di rimuovere la causa che lo provoca. Infatti tutte le evidenze che vengono riportate all'interno delle Linee Guida relative al Wound Care sono di tipo "C" a dimostrazione che molta poca ricerca è effettuato in merito. Gli interventi che si possono programmare per alleviare il dolore dal LDP devono essere combinati dalla contemporanea mobilizzazione del paziente, dalla copertura della ferita e da una analgesia sistemica (4-6).

Le Linee Guida dell'EPUAP/NPUAP 2016 definiscono con più enfasi il dolore e la sua soggettività alla patologia. Definendo il dolore correlato alla lesione dal dolore di altre concomitanti patologie (7).

Inoltre tali Linee Guida non solo indicano l'uso di una scala per la valutazione del dolore adeguata alla capacità cognitiva del soggetto ammalato ma eseguono una differenziazione a seconda se il si tratta di un paziente pediatrico, di un paziente neonato o di un prematuro, indicando differenti scale di valutazione (7).

Usare l'indice FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability [viso, gambe, attività, pianto e consolabilità]) per bambini da 2 mesi a 7 anni di età.

Usare l'Indice CRIES (Crying; Requires O2 for Saturation>95%; Increasing vital signs; Expression; Sleepless [Pianto; necessità di O2 per ottenere una saturazione >95%; aumento dei segni vitali; espressione; mancanza di sonno] per neonati fino a 6 mesi.

Il dolore infatti rappresenta un fenomeno complesso, polimorfo, multifattoriale e multidimensionale e quindi difficilmente quantificabile da misurazioni oggettive; ciascun paziente risulta così essere l'unico vero testimone di se stesso. Per questo motivo viene individuato un dolore correlato all'ulcera, un dolore procedurale ed un dolore cronico.

Il dolore può considerarsi acuto e sintomatico, quando rappresenta un segno di effettivo di allarme ed è estremamente utile per orientare il medico verso la diagnosi patogenetica: tali risultano, ad esempio, il dolore post-traumatico, il dolore post-operatorio come pure i segni utili per la diagnosi di alcune malattie (appendicite, colite, calcolosi renale, ecc.). In questo caso il dolore deve quindi scomparire con la rimozione della causa scatenante e risponde in modo egregio a un classico trattamento farmacologico antalgico.

Al contrario, invece, potremmo confrontarci con un dolore cronico, in cui il dolore stesso non è più sintomo, ma un segno che sottintende l'essenza stessa della malattia: il dolore cioè presuppone la presenza di postumi (lesione neurologica peri-

ferica o centrale) oppure rappresenta la conseguenza di un insuccesso terapeutico (malattia evolutiva incurabile come nel caso di cancro in stadio avanzato o nelle lesioni da decubito utilizzando medicazioni errate).
Il dolore nocicettivo è il dolore causato dall'attivazione di fibre nervose libere (i nocicettori) presenti a livello di organi interni (viscerali) o somatici (cute, apparato muscoloscheletrico) ed è causato da una lesione tissutale definita. A livello somatico, il dolore nocicettivo è ben localizzato; a livello viscerale la localizzazione risulta più sfumata. Il dolore somatico può essere un dolore riferito, dove il danno non è localizzato nella zona in cui si sente dolore ma altrove (es. il dolore al braccio sinistro in caso di infarto miocardico). Il dolore viscerale può essere associato a nausea e vomito, ad alterazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. A seconda poi della causa scatenante, è possibile distinguere un dolore nocicettivo non infiammatorio e un dolore nocicettivo infiammatorio. Il trattamento del dolore nocicettivo è focalizzato sulla rimozione della causa scatenante. Per alleviare il dolore nocicettivo non infiammatorio si utilizzano farmaci analgesici puri, per il dolore nocicettivo infiammatorio i FANS in mono terapia o in associazione a oppioidi (8).
Il dolore neuropatico è ogni dolore acuto o cronico che si suppone sia sostenuto da un processo somatosensoriale aberrante, nel sistema nervoso periferico o centrale. Le patologie che portano al dolore neuropatico sono neuropatie post infettive (herpes zoster o HIV), nevralgie del trigemino, neuropatie diabetiche, neuropatie tossiche da chemioterapici. I sintomi sono dolore urente o pungente e sensazione di scossa elettrica, parestesie, disestesie, allodinia, iperalgesia (9).
Si parla invece di dolore misto quando abbiamo la somma del dolore neuropatico con il dolore nocicettivo (10).
Nei pazienti con dolore diventa utile documentare la storia del dolore, ma in realtà è un obbligo di legge farlo. E quindi devono essere indicati i seguenti parametri: la sua intensità, la qualità, le caratteristiche temporali, ciò che migliora o peggiora il dolore, il suo impatto sulle attività quotidiane, impatti psicosociali, credenze culturali e gli interventi efficaci utilizzati per gestire il dolore (2).
Per ovviare ad approcci errati, esistono delle scale di valutazione così come già evidenziato in precedenza per la valutazione dei neonati e dei pazienti pediatrici. Tra le più importanti che possono essere utilizzate sugli adulti abbiamo:
La NRS o scala di valutazione numerica, è una scala di misurazione in cui la persona assistita indica l'intensità del proprio dolore verbalmente o disegnando un cerchio sul numero che meglio la descrive. Nella maggioranza dei casi lo strumento è rappresentato da una linea o barra orizzontale su cui è indicato un intervallo compreso tra i valori 0 e 10, corrispondenti rispettivamente a "nessun dolore" e "peggior dolore immaginabile".
La Visual Analogue Scale (VAS) La scala VAS è costituita da una linea predeterminata lunga 10 cm; alla persona assistita viene chiesto di marcare sulla linea il punto che indica l'intensità del proprio dolore. L'estremità sinistra della scala corrisponde a "nessun dolore", mentre la destra al "peggior dolore immaginabile". Questa scala può assumere diverse forme, sia come scala del dolore che come scala di sollievo del dolore.
La scala VRS comprende una lista di descrittori che identificano il grado di intensità del dolore: nessuno, lieve, moderato e grave. Esiste anche una versione con 5 descrittori del dolore: lieve, fastidioso, angosciante, terribile e atroce. La VRS è applicabile nella popolazione anziana, in pazienti con un basso livello culturale.
Se il paziente lamenta dolore prima ancora del cambio della medicazione, tale dolore deve essere valutato e identificato in modo da poter intervenire correttamente per cercare di ridurlo. Studi recenti introducono la possibilità di inserire degli anestetici locali per agevolare il cambio della medicazione.
In alcuni casi, il paziente fragile potrà presentare difficoltà verbale, pertanto si dovrà insistere nel capire i comandi e per individuare la sede di qualsiasi dolore. In casi estremi, presenterà sia difficoltà verbale che nel comunicare anche con semplici gesti, sarà quindi necessario valutare eventuali smorfie facciali che le rigidità diffuse (6).
Infatti non bisogna sottovalutare anche l'ansia di sottoporsi alla procedura della medicazione, in quanto la stessa è influenzata da fattori fisiologici e psicologici e genera una reazione automatica. Importante è anche l'uso di medicazioni che riducono lo stress tessutale locale producendo il minor dolore possibile in quanto sono atraumatiche alla rimozione (11).
La scheda NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument) viene somministrata ai pazienti anziani con degenerazioni neurovegetative dall'operatore sanitario (OSS debitamente formato dal team) che effettua almeno 5 minuti di assistenza quotidiana all'ospite osservando i comportamenti che suggeriscono il dolore, compilando una check-list

con diversi items suddiviso in due parti:
1. mettere a letto l'ospite oppure osservarlo mentre si sdraia, girare l'ospite nel letto
passaggi posturali (letto-sedia;sedia-wc-,sedia-in piedi), mettere seduto l'ospite oppure osservare l'ospite che si siede, vestire l'ospite, alimentare l'ospite, aiutare l'ospite a stare in piedi oppure osservare l'ospite mentre è in piedi, aiutare l'ospite a camminare oppure osservare l'ospite che cammina, fare il bagno all'ospite oppure fare una spugnatura a letto, l'operatore osserverà se il paziente ha svolto le attività o meno e se ha rilevato dolore durante lo svolgimento chiedendo al paziente: - " sente dolore o le faccio male?"
L'operatore deve riferire ciò che vede o sente durante l'assistenza.
2. Parole che esprimono dolore (che male!-vai via!-ahi basta!), espressioni del viso che esprimono dolore (smorfie-sussulti-corrugamento della fronte), stringere una parte dolente (irrigidirsi-proteggersi-tenere fermo un arto), versi che esprimono dolore (gemiti-singhiozzi-borbottii-ansimi-pianti), sfregare o massaggiare una parte dolente), irrequietezza (frequenti cambi di posizione-impossibilità a stare fermo-opposizione alle cure. L'operatore deve indicare il livello massimo di dolore rilevato durante l'assistenza e deve indicare con una "x" la sede del dolore e con una "o" la sede della lesione cutanea.
L'accertamento sistematico del dolore è un passo fondamentale verso una migliore qualità della gestione del dolore, in quanto permette una maggiore visibilità professionale degli operatori sanitari deputati all'assistenza, una maggiore aderenza alle normative di riferimento e alla personalizzazione delle cure. L'esistenza di protocolli integrati agevola il lavoro dell'Infermiere che deve anche essere in grado di stabilire l'efficacia della terapia analgesica impostata (12).

## Bibliografia


1. Santoro I. Curare la lesione. Opuscolo J&J Wound Management, Settembre 2004.
2. Assessment and management of pain. Linee Guida ARNAO tradotte dal centro di EBN Sant'Orsola Malpighi di Bologna, disponibili all'indirizzo: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain2014.pdf
3. Santoro I. Ulcere e dolore. Assocarenews.it, testo online, 24 gennaio 2018. Link: goo.gl/gJLQ6t
4. Calosso A, Zanetti E (ed). Linee Guida Integrali dell'AHQR per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito. III edizione della versione italiana integrata con fisiopatologia e profilassi. AISLEC news, I edizione marzo 2002, II edizione novembre 2002.
5. Codice deontologico dell'Infermiere. Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009.
6. Cosmai S, Ghidini M, Casat M, Caldara C et al. Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura. L'infermiere 2017; 54: 3:e34-e46. Disponibile anche online: goo.gl/GN6Ngk
7. Linee guida Epuap 2016 disponibile all'indirizzo goo.gl/wTMFHm
8. Lo Burgio I, Rapetti R, Bertoncini F, Di Berardino S, Tesei L. Il dolore cronico: principali evidenze scientifiche. L'infermiere 2017; 61:9-14 disponibile online goo.gl/GN6Ngk
9. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Assessment and management of venous and leg ulcers (traduzione a cura di Claudia Caula), 2010. Disponibile all'indirizzo goo.gl/GaKiCB
10. Calosso A. Le lesioni cutanee. Roma: Carocci, 2004.
11. Giacinto F, Germano M, Ciuffoletti D. Applicazione dell'Ortodermina pomata per la preparazione dell'ulcera al debridement ad ultrasuoni. Acta Vulnologica: 2016; 14 (1): 16-23.
12. Novello C, Ferrari R, Scacco C, Visentin M. La versione italiana della scala NOPPAIN: validazione in un contesto di formazione. Assistenza infermieristica e ricerca 2009: 28 (4): 198-205.

# Dinamiche e variabili etniche del pain management

## *Ethnic differences and developments in pain management*

**Maicol Carvello**[1], **Essi Gladys Florence Homedje**[2]

[1] Professore a contratto, Università di Bologna; Segretario Collegio IPASVI di Ravenna; Infermiere Azienda USL della Romagna
[2] Infermiera, Azienda USL della Romagna

**RIASSUNTO**

Il multiculturalismo rappresenta per gli operatori della salute una sfida importante, ancor più quando si tratta di interpretare e trattare fenomeni come quello del dolore, che rappresenta forse il sintomo più influenzato dalle dinamiche culturali. Numerosi studi hanno infatti evidenziato la sussistenza di forti differenze etniche nella percezione e nell'espressione del dolore. Queste spesso possono indurre errate valutazioni e trattamenti, suggerendo la necessità di approfondire la correlazione tra dolore e variabili culturali. L'obiettivo è favorire lo sviluppo di una reale "cultural competence" per rispondere alle nuove e complesse richieste di salute della popolazione.

*PAROLE CHIAVE: competenza culturale, differenze etniche, dolore*

**ABSTRACT**

Multiculturalism represents an important challenge for health practitioners, even more when it comes to understanding and dealing with a such phenomena as pain, which is perhaps the most influenced symptom by cultural dynamics. A lot of evidences have shown that there are strong ethnic differences in the perception and expression of pain. These differences can often lead to wrong evaluations and treatments, suggesting the need to deepen the correlation between pain and cultural variables. The goal is to develop a real "cultural competence" to meet the new and complex demands of the public's health.

*KEY WORDS: cultural competence, ethnic differences, pain.*

Una delle sfide globali più rilevanti degli ultimi decenni, che coinvolge la dimensione politica, sociale, culturale e sanitaria della società occidentale, è sicuramente rappresentata dal fenomeno migratorio: i dati EUROSTAT 2016, relativi ai flussi migratori del 2014, dimostrano come l'Italia sia uno dei Paesi europei maggiormente coinvolti, collocandosi al settimo posto nella classifica europea degli Stati ospitanti, dopo Germania, Regno Unito, Francia e Spagna. Il numero più elevato di stranieri residenti nell'UE al 1° gennaio 2015 si registrava infatti in Germania (7,5 milioni), Regno Unito (5,4 milioni), Italia (5,0 milioni), Spagna (4,5 milioni) e Francia (4,4 milioni) (1).

L'ultima analisi demografica, risalente al 1° gennaio 2016, ha quantificato in oltre 5 milioni gli stranieri residenti in Italia (l'8.3% della popolazione residente totale) e all'interno di questa comunità si contano circa 130 diverse rappresentanze culturali, delle quali la più numerosa risulta quella proveniente dalla Romania (22,9%), seguita da Albania (9,3%) e Marocco (8,7%) (2).

Il fenomeno migratorio e la conseguente convivenza multiculturale rappresentano certamente una variabile importante rispetto alla quale occorre saper offrire risposte efficaci anche in termini di salute; i professionisti sanitari sono perciò direttamente coinvolti in questo processo, essendo spesso i primi a confrontarsi quotidianamente con persone o gruppi con un patrimonio culturale che influenza la loro percezione di salute e le manifestazioni dei bisogni (3, 4). Numerosi sono gli studi che negli ultimi anni hanno messo in evidenza la correlazione tra cultura ed etnia del paziente rispetto alla percezione del proprio stato di salute e la risposta alle cure (5).

L'infermiere nel prendersi cura della persona di etnia diversa si confronta con i suoi bisogni, che si manifestano attraverso vari segni e sintomi (chiaramente espressi o anche percepiti) e tra questi uno dei più frequenti è certamente quello del dolore, che non rappresenta semplicemente la risposta a un danno tessutale, ma include risposte emotive aspettate e accettate da un particolare gruppo culturale che potrebbero influenzarne la percezione (6). La cultura ha infatti, molto spesso, un'influenza vitale nella per-

**Autore corrispondente:**
Maicol Carvello
*maicol.carvello2@unibo.it*

*Ricevuto il 21 novembre 2017*
*Accettato dopo revisione l'8 gennaio 2017*
*DOI: 10.19190/PNM2017.2_3co67*
*©2017 Fondazione Paolo Procacci Onlus*

cezione del benessere, nelle pratiche di cura e nella capacità di ricevere interventi di cura (7) determinando, tra le altre cose, le modalità con cui il dolore viene percepito ed espresso, nonché le reazioni ed il significato che ad esso viene attribuito. È dunque importante essere consapevoli dell'impatto che il retaggio culturale può avere sulla percezione, espressione e sulle conseguenti aspettative nel trattamento del dolore (8).

A fronte della somministrazione di stimoli dolorifici sperimentali (meccanici, termici, elettrici), si riscontrano sostanziali differenze in termini di soglia e tolleranza del dolore: diversi studi sembrano ad esempio essere concordi nell'affermare che l'etnia afro-americana presenti in linea generale una ridotta tolleranza rispetto a quella dei bianchi caucasici (9-13) e tale tendenza sembra essere confermarsi anche per il paziente pediatrico (14).

Hoffamn inoltre sottolinea non solo che alla differente etnia di provenienza corrispondano differenti percezioni del dolore, ma anche che ciò può in alcuni casi tradursi in pregiudizi e "stereotipi" da parte degli operatori della salute i quali, sovra o sottostimandone la corretta intensità, forniscono risposte non sempre appropriate (15). Le credenze di medici e infermieri rispetto ai livelli di tolleranza del dolore in determinate culture sembrano infatti giocare un ruolo determinante nella somministrazione delle terapie antalgiche: uno studio retrospettivo in cui sono stati osservati i trattamenti analgesici nella gestione delle fratture degli arti ha evidenziato che, sebbene il dolore riferito fosse il medesimo, il dosaggio degli antidolorifici somministrati è risultato differente in base all'etnia dei pazienti (57% neri afroamericani, 74% bianchi caucasici) (16). Tale fenomeno sembra essere correlato a quello che potrebbe essere definito "racial bias", ovvero una percezione errata del dolore nei confronti di persone etnicamente appartenenti a culture diverse (nel caso dello studio sopra citato, la credenza che il corpo dei soggetti afroamericani fosse più forte e quindi più resistente agli stimoli dolorifici).

Il preconcetto di natura etnica sembra influenzare non solo le risposte degli operatori, ma anche le percezioni degli assistiti stessi; infatti, gli individui appartenenti a una minoranza etnica tendono a riferire una aumentata sensibilità al dolore secondaria al timore che tale sintomo non venga correttamente riconosciuto, interpretato e trattato a causa delle barriere linguistiche e culturali (12).

Tra i fattori che modificano le risposte nocicettive, emergono anche differenze biologiche esistenti fra le diverse etnie: Rahim-Williams (13) fa ad esempio riferimento all'ormone OPRM1A118G il quale, associato alla riduzione della sensibilità al dolore, risulta essere maggiormente presente nell'etnia bianco caucasica rispetto all'etnia nero-africana.

Come fornire perciò un'assistenza al dolore culturalmente adatta e confortevole? Narayan propone in tal senso di orientare l'operato dei professionisti sanitari verso una cura quanto più incentrata sulla persona (Person-centred Care) basata su alcuni principi fondamentali, quali considerare il paziente come un unicum nella sua integrità, esplorarne l'esperienza individuale, elaborare la gestione del dolore anche dalla sua prospettiva al fine di prendere decisioni condivise.

Questo approccio viene sintetizzato e descritto con l'acronimo "LEARN" attraverso il quale l'infermiere potrebbe cercare la collaborazione della persona coinvolta nella gestione del dolore attraverso alcuni passaggi: Listen (ascoltare attivamente e recepire le esigenze di natura etnica), Explain (spiegare empaticamente le strategie di pain management), Acknowledge (possedere quelle conoscenze culturali di base utili ad orientare le decisioni), Recommend (formulare un piano di trattamento in grado di includere sia gli obiettivi della persona che dell'infermiere) e Negotiate (negoziare con la persona rispetto ad eventuali criticità) (17).

Il fenomeno delle variabili culturali ed etniche correlate al pain management sembra essere così affermato che anche i più autorevoli organismi internazionali in materia di salute, come la JCHAO, sono concordi nell'asserire che ad ogni accesso ospedaliero il personale sanitario dovrebbe raccogliere tutte le informazioni riguardanti la cultura e l'etnia del paziente, per identificarne le singole esigenze e ridurre al minimo le possibili disparità (18), parlando di una vera e propria "competenza culturale", la quale è intesa come insieme di conoscenze, capacità di comprensione e abilità che permettono al professionista della salute di fornire un'assistenza personalizzata al paziente (19).

La componente principale di questa competenza culturale secondo la Federazione Nazionale dell'Ordine degli Infermieri è la capacità di relazionarsi con persone diverse per cultura e valori: concetto sempre più discusso e affrontato all'interno della professione infermieristica a causa della necessità, non più derogabile, di fornire un'assistenza adatta a un società sempre più multietnica e che dovrebbe coinvolgere tutti i professionisti della salute, in quanto strumento essenziale per l'assistenza e la promozione della salute (20, 21).

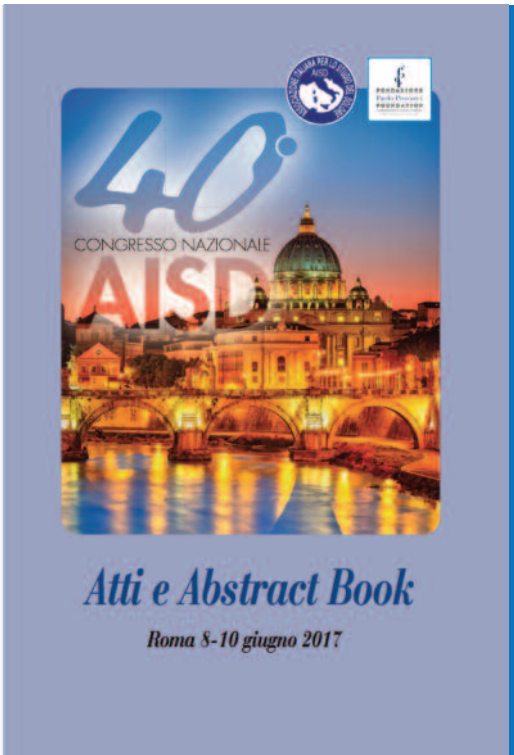
In conclusione, orientare l'assisten-

za verso modelli sempre più olistici, in cui la personalizzazione culturale e gli aspetti relazionali e comunicativi giocano un ruolo strategico, rappresenta ormai una necessità non rimandabile. Ciò è possibile solo attraverso pianificazioni assistenziali che tengano in considerazione specifiche conoscenze etniche e culturali, in grado di tener conto di tutte le varie dinamiche della persona, dalla spiritualità all'alimentazione, dagli stili di vita al pain management: per usare una espressione di Kim-Godwin, sono necessari da parte degli operatori sanitari atteggiamenti che riflettano una vera e propria "sensibilità culturale" (23).

## Bibliografia


1. Eurostat. Migration and migrant population statistics 2016, (consultato il 10 maggio 2017), Disponibile all'indirizzo: www.ec.europa.eu.
2. Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze. La salute della popolazione immigrata, metodologia di analisi (2009), (consultato il 10/09/2017), Disponibile all'indirizzo: www.assr.regione.emilia-romagna.it.
3. Williamson M, Harrison L. Providing cultural appropriate care: a literature review. Int J Nurs Stud 2010; 47: 761-769.
4. Perng SJ, Watson R. Construct validation of the nurse cultural competence scale: a hierarchy of abilities. J Clin Nurs 2012; 21: 1678-1684.
5. Peacock S, Patel S. Cultural influences on pain. Rev Pain 2008; 1(2): 6-9.
6. Melzack R. Pain, Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science 2013; 4(1), 1-15.
7. Lasch K. Culture, pain and culturally sensitive pain care. Pain Manag Nurs 2000; 1(3): 16-22.
8. Mariano D. Impact of culture on pain. Home Health Care Management & Practice 2003; 15 (3), 255-257.
9. Campbell M. Ethnic differences in responces to multiple experimental pain stimuli. Pain 2005; 113(1): 20-26.
10. Tan G, Jensen MP, Thornby J, Anderson KO. Ethnicity, control appraisal, coping, and adjustment to chronic pain among black and white Americans. Pain Med 2005; 6 (1): 18-28.
11. Boissoneault J, Bunch JR, Robison M. Roles of ethnicity, sex, and parental pain modeling in rating of experienced and imagined pain events. J Behav Med 2015; 18 (5): 809-816.
12. Campbell MC, Edwards RR. Ethnic differences in pain and pain management. Pain Manag 2012; 2(3), 219-230.
13. Rahim-Williams B, Riley JL, Williams AK, Filligim RB. A quantitative review on ethnic group differences in experimental pain response: do biology, psychology and culture matter? Pain Med 2012; 13 (4), 522-540.
14. Lu G, Zeltzer L, Tsao J. Multi-ethnic differences in responses to laborary pain stimuli among children. Health Psychol 2013; 32(8): 905-914.
15. Hoffman K, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proceedings of the National Accademy of Sciences 2016; 113 (16): 4296-4301.
16. Todd KH, Deaton C, D'Adamo AP, Goe L. Ethnicity and analgesic practice. Ann Emerg Med 2000; 35(1): 11–16.
17. Narayan M. Culture's effects on pain assessment and management. Am J Nurs 2010; 110 (4), 38-47.
18. The Joint Commission. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals; Oakbrook Terrace 2010, IL: The Joint Commission.
19. Purnell L, Davidhizar RE. A guide to developing a culturally competent organization, J Transcult Nurs 2011; 22 (1): 1-7.
20. Bressan V, Stevianin S. La competenza culturale: modelli, standard e strumenti per l'infermiere italiano. L'Infermiere 2014; 2.
21. Perocco F, Basso. Gli immigrati in Europa: disuguaglianza, razzismo e lotte. Milano: FrancoAngeli Editore, 2003: 464.
22. IPASVI. Il Codice Deontologico dell'Infermiere 2009, (consultato il 05/10/2017), Disponibile all'indirizzo: http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm.
23. Kim-Godwin Y, Clarke PN, Barton L. A model for the delivery of culturally competent community care, J Adv Nurs 2001; 35(6): 918-25.





ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL DOLORE
AISD

DISPONIBILE ONLINE

L'ABSTRACT BOOK DEL 40° CONGRESSO AISD

Associazione Italiana per lo Studio del Dolore

Collegandoti al sito www.aisd.it potrai leggere gli abstract della sessione infermieristica.

# Il "Therapeutic Touch"

Si è svolto a Roma, dal 15 al 18 gennaio 2018, il primo corso italiano sul tocco terapeutico, o Therapeutic Touch (TT). Il corso si è rivolto a diversi profili sanitari, infermieri, medici, farmacisti, ostetriche e infermieri pediatrici, ed è stato tenuto da Heike Rahn (Germania), docente qualificata e certificata dalla International Association Therapeutic Touch (QTTT), affiancata da due tutor, Roberto Latina, Therapeutic Touch Practitioner, infermiere, ed Ettore Di Bigio, Therapeutic Touch Practitioner, medico.
Il TT nasce negli anni '70, presso la Facoltà di Nursing di New York, come trattamento complementare, utile a gestire la globalità delle persone sane e malate, con l'obiettivo di modulare e riequilibrare il campo energetico delle persone attraverso l'uso delle mani. Il TT è stato applicato nei soggetti affetti da dolore acuto e cronico, nelle cure palliative, nella gestione degli effetti collaterali da chemioterapia, nella cura delle lesioni cutanee e ossee.
Il corso è stato accreditato ECM dal Ministero della Salute, e si è svolto presso Antea, Rete di Cure Palliative, in Roma.

L'entusiasmo e la novità delle cure non convenzionali, integrate ai trattamenti allopatici può rappresentare un'offerta assistenziale innovativa, ove, però, solide basi scientifiche siano in grado di testarne esiti, effetti collaterali e benessere. Il Dottor Latina, già formato precedentemente, ha espresso soddisfazione per il risultato dei due corsi realizzati, quello base e quello intermedio, perché tale approccio, che ha basi infermieristiche, può rappresentare un valido sussidio se integrato con la medicina convenzionale e se realizzato da operatori certificati dallo stesso Ente Internazionale (TTIA). La strada è ancora lunga, anche perché la sicurezza e la determinazione degli esiti sensibili all'assistenza devono essere consolidati da studi e ricerche in merito, sebbene alcune metanalisi e RCT si stiano già muovendo in tal senso. L'auspicio è quello di avviare una associazione tutta italiana, collegata alla TTIA, come punto di riferimento nazionale per la formazione e la ricerca. Molto probabilmente a fine anno sarà proposto il corso avanzato in TT, per ripetere l'esperienza con nuovi colleghi.

*Per saperne di più:*
*Latina R, Linares S, Punzo N, Bicer S, Di Biagio E.*

*Introduzione al Therapeutic Touch come trattamento complementare e infermieristico nella gestione del dolore. Pain Nursing Magazine 2017; 5:112-120.*
*DOI: 10.19190/PNM2016.3ap112*

# Adolescenti e dolore: come valutarlo?

Valutazione delle proprietà psicometriche e linguistiche delle scale italiane di valutazione nel dolore adolescenziale: una revisione sistematica della letteratura

Un piccolo aiuto per comprendere gli aspetti specifici di questa popolazione che vive come le altre l'esperienza del dolore acuto e cronico, ci viene dal gruppo di lavoro composto da Flavio Marti, Antonella Paladini, Giustino Varrassi e Roberto Latina, attraverso una recente revisione sistematica, pubblicata sulla rivista Pain and Therapy (2018), Feb 22. doi: 10.1007/s40122-018-0093-x. [Epub ahead of print], disponibile su Pub-Med: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29470789.

Il problema della valutazione del dolore rimane un nodo da sciogliere tra i vari setting clinici e tra le differenti fasce di popolazione. La valutazione rimane il processo cruciale insieme al monitoraggio degli esiti terapeutici in ospedale, nei centri di terapia del dolore, a domicilio.

Il dolore negli adolescenti è un'esperienza complessa e multidimensionale e la sua valutazione da un solo punto di vista può essere in molti casi limitante e inadeguata. Questo è il motivo per cui è di fondamentale importanza identificare gli strumenti specifici per questa fascia di età, che tengano conto dello sviluppo cognitivo e comportamentale tipico degli adolescenti. Lo scopo di questa revisione è descrivere gli strumenti disponibili in grado di valutare adeguatamente l'intensità e le caratteristiche associate al dolore acuto e cronico negli adolescenti, con particolare attenzione a quelli validati in italiano. Attraverso una revisione sistematica della letteratura sono state selezionate tutte le scale di valutazione del dolore, sia acuto che cronico utilizzabili in pazienti adolescenti di età compresa tra i 10 e 18 anni.

I risultati della revisione hanno rivelato l'esistenza di 40 strumenti idonei, 23 multidimensionali e 17 monodimensionali. Ventisei di questi strumenti erano di tipo self-report mentre i rimanenti di tipo comportamentale o misto. Solo sei strumenti risultano essere specifici per la popolazione adolescenziale, che tengono conto del processo cognitivo e comportamentale tipico di questa fascia d'età. Questo tipo di strumenti può essere ritenuto gold standard nella valutazione del dolore adolescenziale, in quanto tiene conto della componente culturale, sociale e linguistica. Da questa revisione è emerso che nessuno strumento di valutazione del dolore specifico per la popolazione adolescenziale sia mai stato validato in lingua italiana. Ciò pone seri limiti nelle nostre realtà cliniche, in particolar modo al modo in cui affrontiamo questo problema, poiché l'uso di scale validate in italiano ma non specifiche per gli adolescenti potrebbe essere causa di gestione inadeguata, con reali limiti clinici ed etici.

Evaluation of Psychometric and Linguistic Properties of the Italian Adolescent Pain Assessment Scales: A Systematic Review

ABSTRACT

*Marti F, Paladini A, Varrassi G, Latina R.*
*Evaluation of Psychometric and Linguistic Properties of the Italian Adolescent Pain Assessment Scales: A Systematic Review.*
*Pain Ther. 2018 Feb 22. doi: 10.1007/s40122-018-0093-x. [Epub ahead of print] (per consultarlo online: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40122-018-0093-x.pdf)*

# La terminologia medica

Il linguaggio medico è stato influenzato da diverse lingue, il greco, il latino, l'arabo, il francese e l'inglese. Qui di seguito qualche cenno alla presenza della lingua greca nella terminologia medica.

## Alfabeto greco

A, α: alfa
B, β: beta
Γ, γ: gamma
Δ, δ: delta
E, ε: epsilon
Z, ζ: zeta
H, η: eta
Θ, θ: theta
I ι: iota
K, κ: cappa
Λ, λ: lambda
M, μ: mi
N, ν: ni
Ξ, ξ: csi
O, ο: omicron
Π, π: pi
P, ρ: ro
Σ, ς / σ: sigma
T, τ: tau
Y, υ: upsilon
Φ, φ: f
X, χ: chi
Ψ, ψ: psi
Ω, ω: òmega

## Prefissi e suffissi di derivazione greca

a, an = non, senza
ana = all'insù, sopra, in genere elevazione
anfi= di qua e di là, da due parti
anti = contro
apo = via da, staccato
cata = giù, in basso, contro
dia = attraverso, in mezzo, per mezzo
di = due, due volte
dis = significato peggiorativo
ec, ecto = fuori, esterno
en, endo = dentro, interno
epi = sopra, accanto, fra davanti
ex, eso = via, fuori, verso l'esterno
ipo = sotto, in basso
iper = oltre, sopra, in alto
oma=rigonfiamento, complesso di oggetti
one = entità elementare
osi=modificazione, degenerazione
meta = oltre, fra, cambiamento
para = presso, simile, oltre
peri = intorno
pro, pros = davanti, verso, prima
sin = con, insieme

## Alcune radici di derivazione greca

acro = estremità
adeno = ghiandola
aero = aria
algo = dolore
allo = altro
apt- = attaccare, adattare
atmo = vapore
blasto = germe
bradi = lento
carcino = granchio, cancro
cario = nucleo
ciano = viola
ciclo = cerchio
cisti = vescica
cito = cellula
cloro = verde
cole = bile
condrio = granulo
condro = cartilagine
crin- = separare, secernere
crio = freddo
croma, cromo = colore
crono = tempo
demo = popolazione
dendro = albero
derma = pelle
desma = legame
drom- = correre
ema, emato = sangue
emi = metà
ergo = lavoro
eritro = rosso
estesi = percezione
etio, ezio = causa
eu = bene, buono
fag- = mangiare
fer-, for- = portare
fil- = amare
filia = amore
fillo = foglia
filo = razza, genere
fisi = natura, figura
fito = pianta
fob- = spaventare
fos, foto = luce
gamo- = avvicinamento, unione
gastro, gaster = stomaco
gen-, geno = nascere
glia = colla
gluco, glico = dolce
gone = prole, seme
iatria = cura
iatro = medico
idro = acqua
iso = uguale
leuco = bianco
lisi = dissoluzione
lipo = grasso
mero = parte
meso = intermedio
mice, micete = fungo
mimesi = imitazione
mio = muscolo
oo = uovo
osmo = spinta
plasma = struttura formata
pleio, pleo = più d'uno
pneuma = aria
poichilo = vario
poie- = produrre
rag- = rompere
reo = scorrere
riza = radice
sarco = carne, muscolo
sclero = duro
tenia = forza
stereo = solido
stole, stalsi = restringimento
stoma = bocca, apertura
telo = estremità
tem-, tom- = tagliare
terato = mostruosità
tireo = scudo
zima = lievito, fermento

*Letture consigliate:*

*Greco-latino e inglese nella lingua medica italiana contemporanea: convivenza pacifica o sopraffazione? articolo di Innocenzo Mazzini, pubblicato sulla rivista Lingue antiche e moderne n. 4/2015. Disponibile online: http://all.uniud.it/lam/lamrep/2015/LAM_4_2015_Mazzini.pdf*

*Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente di Luca Serianni - Garzanti Libri - 2005*

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

**La Fondazione Paolo Procacci Onlus nasce nel 2008 per promuovere e sostenere tutte quelle iniziative utili alla prevenzione, alla diagnosi precoce, alla cura e all'assistenza sociosanitaria della malattia "dolore" e delle sintomatologie ad essa collegate. Ne sono promotori scienziati e ricercatori di livello internazionale, da anni attivi collaboratori delle più importanti società scientifiche dedicate alla medicina del dolore, nazionali e internazionali.**

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

## LA FONDAZIONE PROMUOVE

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

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

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

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

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

# Comprendere e curare il dolore.

Seguici su: facebook

clicca "Mi piace" sulla pagina Pain Nursing Magazine

Pain Nursing Magazine
Italian Online Journal

LinkedIn

Partecipa al gruppo di discussione di Pain Nursing Magazine