D.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

# Affrontare il dolore

## Impariamo a parlarne

## O.N.Da

O.N.Da è un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che studia le principali patologie e tematiche di salute femminile promuovendo una cultura della salute di genere: dalle malattie cardiovascolari all'oncologia, dalle patologie psichiche a quelle neurodegenerative, dalle tematiche riproduttive alle malattie a trasmissione sessuale, alla menopausa e alle problematiche legate all'invecchiamento.

O.N.Da sostiene ricerche di base e cliniche sulle principali patologie, ne valuta l'impatto sociale ed economico, informa le Istituzioni, i medici e il pubblico, promuove l'insegnamento in ambito scolastico e incoraggia le donne a svolgere un ruolo attivo nei confronti della propria salute.


**Consiglio Direttivo:**

Francesca Merzagora (Presidente), Alberto Costa (Vice Presidente), Gilberto Corbellini, Giorgio Fiorentini, Maria Antonietta Nosenzo, Ilaria Viganò

**Co-fondatore:**

Giorgio Viganò (1939-2010)

**Comitato d'onore:**

Boris Biancheri, Vittoria Buffa, Alessio Fronzoni, Gaetano Gifuni, Umberto Veronesi

**Comitato Tecnico Scientifico:**

Gilberto Corbellini (Presidente), Adriana Albini, Giuliano Binetti, Cesare Bonezzi, Maria Luisa Brandi, Vincenzina Bruni, Salvatore Carrubba, Elena Cattaneo, Patrizia Colarizi, Maurizio De Tilla, Claudio Mencacci, Maria Grazia Modena, Eva Negri, Laura Pellegrini, Walter Ricciardi, Gianna Schelotto, Nicla Vassallo, Carlo Vergani, Riccardo Vigneri




# Affrontare il dolore

## Impariamo a parlarne


Con la supervisione scientifica di

**Cesare Bonezzi**

*Direttore Unità Operativa di Medicina del Dolore*
*Fondazione Salvatore Maugeri Pavia*

# Introduzione

Lo scopo principale della medicina è quello di lenire il dolore e di guarire dalle malattie. Il medico che si occupa di chi soffre, per una semplice ferita superficiale o per una malattia invalidante, non dispensa panacee o droghe, ma si "prende cura" del malato.

In questa cura, che è attenzione sia per il messaggio sensoriale sia per lo sconvolgimento da esso provocato, sta l'intervento del medico, prima diagnostico e poi terapeutico.

La "terapia del dolore", come recente istituzione della sanità, trova il suo fondamento in questo sapere e in questa cura.

Motivazioni infinite hanno impedito la nascita della terapia del dolore fino ai giorni nostri, benché dolore e sofferenza siano nati insieme all'uomo; altrettante motivazioni ne hanno facilitato lo sviluppo attuale.

La sua breve storia rende conto della scarsa attenzione che il mondo sanitario le ha riservato.

La tragedia dei pazienti colpiti dal cancro, dove al dolore e alla sofferenza si uniscono ben altre violenze, ha disturbato il sonno della classe medica e ha favorito la nascita delle prime strutture dedicate a questa terapia.

Oggi anche la moltitudine di chi soffre, non solo a causa del cancro, ma di tante altre malattie acute e croniche, chiede e può sperare di essere presa in cura.

A tutti loro, ovvero a tutti noi, questa pubblicazione vuole offrire informazioni e risposte.



In una delle tavolette di Nipur, che risale al III millennio a.C., un uomo sofferente scrisse in caratteri cuneiformi: ‹‹Il dolore ha afferrato il mio corpo; liberami o Dio dal dolore››. Ma la liberazione dal dolore, uno dei principali compiti dell'arte medica, richiede, da una parte, una profonda conoscenza, dall'altra la necessità di "prendersi cura" del malato, di gestire l'evento acuto o la cronicità attraverso la diagnosi, la terapia e il reinserimento nelle normali attività.

Se il dolore non può essere umanamente cancellato insieme alla malattia che lo genera, ma soltanto attenuato, come spesso accade nel dolore cronico, il paziente va comunque ricondotto alla migliore esistenza possibile.

La terapia del dolore non è, se non in rari casi, la rimozione istantanea del sintomo sgradevole, ma un progetto di diagnosi e cura. Il dolore, acuto o cronico che sia, è crudele, perché infligge tormenti fisici e sofferenze indicibili; è inumano perché superiore ai limiti delle nostre capacità di sopportazione; è degradante, perché umilia e priva la persona della sua dignità. Facciamo in modo che l'uomo del futuro, esplorando gli ospedali di oggi, non vi incontri gli infiniti strumenti di tortura che noi abbiamo trovato nei castelli medioevali.

# Il dolore

Definire il dolore non è certo semplice.
Hanno provato in molti letterati e medici specialisti, con poche parole o con espressioni complesse, tentando di sottrarlo al mondo delle idee indefinibili.
In tutti i dizionari si rileva una difficoltà di definizione del dolore fisico al punto che anche i modi di dire si riferiscono sempre e soltanto a un letto, per il dolore di lunga durata, o al gomito, per un dolore modesto e di breve durata.
Il dolore morale, ampiamente presente nella letteratura e nella pittura, laica e religiosa, appare più facilmente comunicabile e sembra rimanere il principale esempio della sofferenza umana.
Volendo entrare in campo specialistico, la definizione più accettata è quella dell'Associazione internazione per lo studio del dolore (IASP): "Un'esperienza emotiva e sensoriale spiacevole, associata a un danno tissutale in atto o potenziale, e descritta in termini di tale danno".
Gli studi anatomici e fisiologici stanno dimostrando che la realtà del dolore e della sofferenza inizia nel periodo neonatale e probabilmente prenatale, già al terzo trimestre di gravidanza.
Durante la ventottesima settimana di gestazione il feto risponde a stimoli nocivi, uditivi e visivi. Con la crescita le reazioni agli stimoli dolori diventano sempre più orientate.
Fino a pochi anni fa i medici negavano la possibilità che il neonato soffrisse e pertanto trascuravano ogni attenzione o terapia.
All'origine di questa posizione c'erano considerazioni ormai superate. Si riteneva, infatti, che i neonati, poiché non avevano



ancora uno sviluppo completo della corteccia celebrale, parte ritenuta fondamentale per la ricezione delle sensazioni, non fossero in grado di sentire il ben che minimo dolore. Occorrono, infatti, due anni perché si sviluppi un controllo tra cervello e midollo.
Per fortuna oggi si rispetta il dolore al di là di ogni dibattito, sin dalla nascita, utilizzando anestetici generali e analgesici, quando il bambino viene operato o deve sopportare forti dolore a causa di gravi malattie.

## Il dolore acuto

Nel nostro corpo esistono organi che non sono sensibili agli stimoli dolorosi. Una malattia che cresce nel tessuto polmonare, in quello epatico e nello stesso tessuto cerebrale non provoca dolore; essa può dare segni della sua presenza attraverso un'alterazione della funzione di quell'organo, ma non mediante dolore.
Se invece tocchiamo la pelle con una punta, causiamo subito una sensazione sgradevole; lo stesso accade quando ci avviciniamo troppo con la mano ad una sorgente di calore.

Il dolore è il segnale d'allarme che ci fa ritrarre la mano dalla punta o dal fuoco, aiutandoci a evitare un possibile danno. Il dolore è la malattia allo stato manifesto.
Allo sguardo clinico compaiono i segni e i sintomi che lo accompagnano.
Tutti noi abbiamo provato dolore per una ferita o un graffio. La ferita produce un'immediata sensazione dolorosa, dovuta alla pressione che stimola i ricettori sensitivi.
Se osserviamo la linea del graffio notiamo che diviene rapidamente calda e arrossata, per un fenomeno di vasodilatazione dei piccoli vasi sanguigni della pelle. Ben presto la zona si gonfia, perché plasma e cellule si spostano dai vasi sanguigni nel tessuto colpito.
Il dolore da pungente, qual è nelle fasi iniziali, diventa sordo, pulsante e cresce anche per una lieve pressione accidentale.
Alla base di questi fenomeni ci sono le sostanze chimiche che sensibilizzano le fibre nervose, inducendo sia un dolore spontaneo sia uno estremo a stimoli anche non nocivi, come un tocco leggero.
Siamo in quella condizione nota come infiammazione.

## Il dolore cronico

Il dolore acuto, che abbiamo appena descritto, è sintomo di una malattia di breve durata.
Il dolore cronico invece può invece essere sintomo di una malattia persistente, che in modo continuo o ricorrente ne segue il decorso, oppure di una malattia vera e propria, che si mantiene oltre il consueto decorso della malattia iniziale.



Una recente impostazione clinica distingue il dolore in tre forme: transitoria, acuta e cronica.
L'aggettivo transitorio descrive il dolore con finalità di allarme fisiologico, di vigilanza dell'integrità corporea; non c'è una reale lesione dei tessuti, ma il contatto con uno stimolo sufficientemente elevato da essere doloroso. Finito lo stimolo, scompare il dolore.
All'origine del dolore acuto c'è invece un trauma tissutale, e quindi l'attivazione dei recettori periferici che sono presenti proprio nel punto di lesione.
Il trauma, inteso come evento improvviso ma anche come malattia, crea uno stato di aumentata sensibilità ed eccitabilità di tutto il sistema nervoso periferico, che non risparmia recettori, fibre nervosi conduttrici, midollo spianale e sistema simpatico.
In generale, i meccanismi riparativi dell'organismo intervengono e portano alla stabilizzazione del sistema e alla guarigione della lesione con la conseguente scomparsa del dolore.
È un'esperienza, più o meno lunga e certamente sgradevole, che tutti facciamo per conoscenza diretta o indiretta.
La malattia segue la sua storia clinica: inizia, aumenta fino al culmine, per poi ridursi progressivamente, fino a raggiungere la guarigione o ripresentarsi dopo un intervallo.
In altri casi la malattia continua, mantenendo attivo il danno tissutale, con eventi a volte uguali e a volte diversi di dolore acuto.
L'aggettivo acuto non indica infatti una breve durata, ma la stretta relazione tra sintomo e trauma tissutale in atto.
Cerchiamo ora di mettere a fuoco la terza forma di dolore, quello cronico, con gli aspetti clinici che lo contraddistinguono.
In questo caso il dolore perdura con la presenza di nuovi fattori che non sono più direttamente correlati alla causa iniziale.

La guarigione dell'evento traumatico o della malattia può avvenire, ma non è seguita dalla scomparsa del dolore.
Il dolore cronico è talmente diverso dal dolore-sintomo che tutti conosciamo, da rendere il paziente quasi incapace di descriverlo, e i medici attoniti o scettici.
La differenza tra dolore-sintomo e dolore-malattia non è stabilita da un dato temporale, ovvero dalla breve o lunga durata, ma è collegata alla capacità dell'organismo di guarire la lesione traumatica, riportando alla norma le afferenze sensoriali e gli eventi scatenati nel sistema nervoso centrale.
Molti pazienti guariscono perfettamente, e dove è avvenuto il trauma del nervo avvertono un senso di anestesia, di perdita di sensibilità, ma non di dolore. La lesione di un nervo è in grado di inviare una serie di impulsi sufficienti a modificare il delicato sistema di ricezione e modulazione presente a livello del midollo spinale.
Il grave problema del dolore cronico è la cura, perché conosciamo ancora poco dei meccanismi nervosi che lo generano e sulle terapie opportune per riportare il sistema nelle condizioni fisiologiche.
Non sappiamo neppure se, una volta intrapresa una cura efficace, il dolore cronico possa guarire completamente, permettendo la sospensione del trattamento.
Alcuni studiosi sostengono che il sistema nervoso smetta spontaneamente di generare impulsi ponendo fine al soffrire. In ogni caso, anche in attesa di una guarigione spontanea, è opportuno aiutare i pazienti.
Nonostante il dolore sia il principale motivo per il quale i malati si rivolgono ai medici, nonché la prima causa di lamentele nei reparti ospedalieri, mancano ancora corsi di insegnamento universitario che preparino il medico e lo specialista a trattare le varie forme.



Il controllo del dolore è spesso sottovalutato dal medico e affidato a infermieri o a fisioterapisti.
Lo sforzo diagnostico e terapeutico del medico di oggi deve cambiare obiettivo: accanto alle cause delle malattie, dovrà imparare a occuparsi degli effetti acuti e cronici, dei sintomi invalidanti e in particolar modo del dolore patito.
Dovrà cioè prendersi cura del malato e della sua sofferenza, instaurando un rapporto medico-paziente in cui possano emergere e tenere in conto i reali bisogni del malato.

## la terapia del dolore

In pochi ospedali è presente il cartello del servizio o del reparto di terapia del dolore. Si tratta di solito di ambulatori piccoli, dislocati in un remoto corridoio, raggiungibili soltanto dopo lunghe ricerche. Non è solo un fatto di mala sanità: stiamo assistendo alla crescita di una nuova specialità medica che non ha ancora trovato la propria identità.

Il primo passo verso quello che si vuole chiamare ospedale senza dolore è rappresentato dalla continua e attenta registrazione della sofferenza più volte al giorno.
Solo un'accurata diagnosi del fenomeno "dolore" e dei suoi meccanismi, accompagnata da cure appropriate, può vincere la sofferenza.
Alla base di un piano terapeutico moderno sono la corretta somministrazione di antinfiammatori e oppiacei secondo le reali caratteristiche farmacologiche, a orari e dosaggi predefiniti, nonché la prescrizione di antidoti agli effetti dannosi.
Accanto alle terapie è poi necessario aiutare il paziente a uscire dall'esperienza vissuta, dallo sconvolgimento della sua esistenza, rieducandolo e riabilitandolo.
La continuità della cura, resa indispensabile dalla cronicità, deve basarsi su programmi e strutture adatti.

## Il rapporto medico-paziente

Ogni percorso diagnostico terapeutico inizia con quella che viene genericamente chiamata visita.
Questo momento è sempre importante perché crea le condizioni favorevoli all'istaurarsi di un rapporto di fiducia, necessario alla cura. La soddisfazione del paziente costituisce uno dei successi principali del primo incontro e dipende da molti fattori, alcuni dei quali connessi con sensazioni epidermiche difficilmente traducibili in parole.



È importante che ogni paziente sia affidato a un *case manager*. Colui rappresenterà un riferimento costante per il paziente: un medico capace di rivolgersi, se necessario, ad altri specialisti per consulti e indagini; un esperto coadiuvato nel suo lavoro dai consigli dei colleghi e dalla supervisione del primario.
Un altro aspetto importante è il "corpo del malato". L'attenzione per il corpo, ormai quasi dimenticata, dovrebbe recuperare la centralità che ha sempre avuto prima dell'avvento della tecnologia delle immagini.
Quando si visita il corpo, la parte dolente, si ottengono gli indirizzi più utili alla diagnosi, che si deducono dai segni visibili, dai sintomi evocati. La complessità del dolore e delle sue conseguenze esistenziali non può essere risolta in una semplice visita medica.
Il paziente deve essere guidato attraverso indagini e consulti specialistici, secondo una precisa ipotesi diagnostica.
I risultati degli accertamenti e le opinioni dei colleghi consultati, radiologi, neurofisiologi, internisti, psicologi, vanno analizzati in riunioni multidisciplinari, durante le quali si prepara il programma di cura o, in caso di confutazione diagnostica, si stabiliscono ulteriori accertamenti.
Generalmente esausto per il numero di specialisti ai quali, più o meno inutilmente, si è rivolto, il malato si affida volentieri a un'unica figura medica che lo diriga nel suo percorso e conosca la meta diagnostica e terapeutica a lui più adatta.
L'efficacia dei trattamenti è fondata sul reciproco accordo tra medico e paziente alla base del quale ci sono fiducia e informazioni adeguate.

Bisogna dare al malato un'idea precisa del risultato atteso assolutamente conforme alla realtà.
L'illusione di un successo terapeutico che non avverrà mai è causa di profonda depressione e di rottura del rapporto terapeutico.
Tra le possibilità terapeutiche che sono da considerarsi utili nella cura del dolore, l'agopuntura rappresenta una posizione non trascurabile.
I risultati osservati e le ricerche riportate nelle riviste scientifiche ci spingono a servirci di questa medicina per la diagnosi e il trattamento di alcune patologie, in particolare lombo sciatalgia, cefalee e problemi articolari, soprattutto quando, per svariate ragioni, sono controindicati i farmaci o le tecniche della medicina occidentale.
Bisogna invece diffidare da ciarlatani che vi promettono rimedi miracolosi. Rimane sempre consigliabile rivolgersi alle strutture ospedaliere della propria città, piuttosto che affidarsi a illusorie promesse di chissà quali rimedi o interventi, o intraprendere viaggi della speranza verso cliniche lontane.

# Comunicare il dolore

Il dolore e le modalità di espressione di questa esperienza, dopo un trauma o uno strappo muscolare, sono noti a tutti e seguono meccanismi precisi.
Le cose sono molto diverse quando il dolore è cronico.
La comunicazione del malato non è più così immediata per la lontananza nel tempo dei primi sintomi, e il rapporto medico paziente si complica, fino a rasentare l'incomprensione, per il silenzio che si interpone tra l'inizio della malattia e la decisione di non sopportarla più.
Uscire da questo silenzio richiede tempo e soprattutto una solida relazione di aiuto.
Benché sia spesso di difficile avvio la comunicazione del dolore tra paziente e medico, se la si coltiva, diviene con il tempo sempre più fluida e ricca.
Nella pratica clinica, prima che abbia inizio la visita, il medico guarda il malato e osserva l'espressione del volto.
L'immaginario collega il dolore a volti deformati dalla sofferenza, ma la realtà è diversa: i malati cronici hanno spesso visi normali e proprio in questa disorientante "normalità" risiede una delle principali cause di incomprensione e di errore diagnostico. Scrutare il volto del malato, cercare nell'espressione tratti utili alla diagnosi sono gli elementi basilari della visita. Gli specialisti che si occupano della diagnosi e del trattamento del dolore concordano nel sostenere che i fattori psicologici giocano un ruolo importante nella percezione e nel comportamento di chi soffre. Il dolore non è qualcosa che si subisce, inerti e incapaci di reagire: è qualcosa che si vive intensamente.

Accanto a una componente sensoriale, connessa allo spazio temporale dell'impulso nocicettivo, ovvero quello che nasce dai recettori presenti nei vari tessuti e organi, l'esperienza del dolore si accompagna a una spiacevole condizione secondaria, non strettamente legata all'intensità dello stimolo, ma dipendente da variabili psicologiche come la memoria, le emozioni e il contesto. Il dolore è in grado di generare reazioni e comportamenti nuovi e di coinvolgere a tal punto la mente da creare un uomo che prima non esisteva, spesso così complicato e indecifrabile da richiedere l'approccio diagnostico e terapeutico di molti specialisti.

## Il dolore è uguale per tutti?

Quando il dolore persiste e le terapie sono inefficaci, nasce legittimamente nel malato il sospetto di essere colpito da una malattia grave e drammatica. L'esperienza clinica insegna che il significato attribuito al dolore influenza la soglia stessa della percezione e la capacità di tollerarlo. Gli studi anatomici descrivono le vie nervose lungo le quali corre l'impulso doloroso, e le aree cerebrali a cui esso si diffonde, dimostrando che non ci sono differenze tra gli esseri umani; ciò nonostante, ognuno vive il proprio dolore in modo strettamente personale e reagisce in modo altrettanto unico.
Moltissimi fattori influenzano il modo di soffrire: l'età, il sesso, la razza, il credo religioso, i livelli culturali ed economici, il vissuto e lo stato emotivo di quel momento e il significato attribuito alle cause reali o presunte.



## le opportunità di cura

La scelta della terapia dipende dal tipo specifico di dolore, dalla sua gravità e dal successo delle terapie precedenti. Le opportunità per il controllo del dolore sono costituite da:

- ✓ *Farmaci analgesici oppiodi e anti-infiammatori* per via orale, rettale, transdermica e per iniezione (intramuscolare, endovenosa, sottocutanea).
- ✓ *Cerotto cutaneo* per il trattamento del dolore neuropatico periferico. Il principio attivo è la capsaicina (8%), sostanza di derivazione naturale (contenuta nei semi di peperoncino) che provoca una defunzionalizzazione dei recettori tale da non renderli più in grado di rispondere agli stimoli che normalmente provocano dolore; il tutto in maniera reversibile e senza effetti collaterali a livello sistemico.
- ✓ *Farmaci antipilettici e antidepressivi* per il controllo del dolore da lesione nervosa.
- ✓ *Farmaci cortisonici* assunti generalmente per bocca al mattino.
- ✓ *Neurostimolazione:* stimolazione elettrica che va dalla stimolazione della cute alla più complessa stimolazione dei cordoni midollari o dei nervi periferici.
- ✓ *Blocchi delle vie nervose:* applicazione di un anestetico locale e/o farmaci steroidei mediante un'iniezione nell'area dolorosa.
- ✓ *Interventi percutanei minivasivi* sulla colonna vertebrale, a livello delle faccette articolari, dei dischi intervertebrali.

- *Termolesioni a radiofrequenza* delle afferenze sensitive alle strutture sofferenti.
- *Interventi di chirurgia* in caso di problemi strutturali alla schiena o di ernia del disco.
- *Altre terapie:* chiropratica con manipolazione delle articolazioni, agopuntura.
- *Fisio-chinesiterapia* che aiuta a ripristinare la funzionalità di articolazioni e muscoli irrigiditi.
- *Sostegno psicologico e terapia cognitivo-comportamentale.*

Il malato ha bisogno di una presenza continua e affettuosa, di gratuità, di confidenza e anche di deresponsabilizzazione.
In ogni attimo ha paura di essere messo da parte e assilla chi gli sta accanto. La persona che assiste il malato ha un compito delicatissimo: senza averlo scelto, si trova coinvolta in una relazione che, da ogni parte la si guardi, è difficile e gravosa.
La disponibilità di farsi carico di malati cronici e di sofferenze prolungate non è comune; anche il ruolo infermieristico non sembra essere innato e richiede una scelta che non tutti si sentono di fare. Esistono persone che hanno una spinta forte ad assistere gli altri, e tendono per loro natura a sacrificarsi, ma è un'abnegazione che non può essere pretesa o imposta.
Famigliari affettuosi e devoti, persone intelligenti e persino eccezionali spesso non riescono ad aiutare i parenti malati, non certo per indifferenza nei confronti del dolore o per cecità.



## legge 38 del 15 marzo 2010

La legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. In particolare, *è tutelato e garantito l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.*
Nel provvedimento si precisa che le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono garantire un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, al fine di garantire:

- *La tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;*
- *La tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;*
- *Un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.*

La legge rappresenta una vera e propria rivoluzione nella concezione e nella gestione del dolore in Italia: sostenendo il "diritto di non soffrire" di ogni cittadino, la legge riconosce anzitutto che il dolore, da solo, può costituire una malattia. La normativa disciplina l'esercizio di tale diritto attraverso importanti novità assistenziali, che coinvolgono sia il personale sanitario sia

i pazienti, comprendendo programmi di cura individualizzati per malati e famiglie, formazione continua del personale sanitario, obbligo per le Regioni di fornire standard omogenei in tutto il Paese.
A testimoniare il cambio di prospettiva che la legge ha comportato, è in primo luogo l'obbligo per medici e infermieri di monitorare il dolore dei pazienti, a prescindere dalla patologia per la quale vengono ricoverati, e di registrarlo nella cartella clinica.
La legge inoltre semplifica la prescrizione dei medicinali per il trattamento dei pazienti affetti da dolore severo: per la prescrizione dei farmaci oppioidi tutti i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale possono impiegare il normale ricettario, senza dover più ricorrere a quello speciale.
Altra grande innovazione prevista dalla legge è la realizzazione di due reti assistenziali distinte, costituite da ospedali e strutture sanitarie attive sul territorio: una rete, a cui afferiscono gli Hospice, assicura l'applicazione delle cure palliative ai malati terminali, l'altra, di cui fanno parte Centri e Ambulatori di Terapia del Dolore, garantisce l'assistenza ai pazienti con dolore cronico.

# Conclusioni

Il dolore, ancorato a una malattia o in forma di entità a se stante, irrompe nell'apparente normalità della vita e la sconvolge; non è quasi mai una conseguenza, ma un motore, una macchina che si mette in movimento e procede inesorabile nelle profondità del corpo e della mente fino alla distruzione.
Si può fermare solo "liberandolo", facendolo uscire dalle cellule nervose, dagli organi colpiti dal male, dall'esistenza di chi soffre, e dalle cartelle cliniche, dalle lastre, dai contenitori in cui è rinchiuso.
I progetti di chi oggi sta lottando contro il dolore e la sofferenza sono tanti e riguardano le strutture, la ricerca, i farmaci e le tecniche. In molti ospedali stanno nascendo le unità di cura del dolore e dentro di esse si riuniranno vari specialisti per trattare il dolore acuto e cronico, aiutando chi soffre, passando dalla diagnosi alla terapia, dal recupero funzionale al reinserimento.
Se osserviamo la storia della medicina, ci rendiamo conto che molte cure e molti rimedi, da quelli farmacologici a quelli chirurgici, sono definitivamente scomparsi; questo significa, per fortuna, che una serie di problemi è stata risolta, grazie alla ricerca e alla conoscenza. Il lungo percorso che la terapia del dolore deve ancora compiere per "scomparire" (e con essa il dolore) sta a indicare che la sua maturazione è assai lontana. Può sembrare paradossale augurarsi la fine della scienza a cui si è deciso di dedicare la vita, ma è il miglior augurio contro il dolore che riusciamo a immaginare. "*Ognuno creda pure tutto quello che vuole*" concludo insieme a Molìere " *a suo rischio e pericolo. Io esprimevo il mio parere personale, fra me e te, a quattr'occhi*".

# Indice


Introduzione pag. 4

Il dolore pag. 6

- Il dolore acuto pag. 7
- Il dolore cronico pag. 8
- La terapia del dolore pag. 11

Il rapporto medico-paziente pag. 12

Comunicare il dolore pag. 15

- Il dolore è uguale per tutti pag. 16

Le opportunità di cura pag. 17

Legge 38 del 15 marzo 2010 pag. 19

Conclusioni pag. 21

**Per saperne di più**
**è disponibile on line**
**il volume *Liberi dal dolore***
**a cura del Prof. Cesare Bonezzi**

**Si ringrazia**

PAIN MANAGEMENT
TRANSPLANTATION
UROLOGY
DERMATOLOGY
ANTI-INFECTIVES

astellas
Leading Light for Life

O.N.Da
Foro Buonaparte, 48 • 20121 Milano • Tel: 02.29015286 • Fax: 02.29004729
info@ondaosservatorio.it • www.ondaosservatorio.it