

# SULL'ONDA *della* SALUTE

2020



Fondazione  
**onda**

Osservatorio nazionale sulla salute  
della donna e di genere

## Dolore cronico

conoscerlo, comunicarlo, curarlo





## **ONDA - CHI SIAMO**

Un Osservatorio che dal 2006 promuove la medicina di genere\* a livello istituzionale, scientifico, sanitario-assistenziale e sociale con l'obiettivo di sostenere, tutelare e migliorare la salute delle donne secondo un approccio *life-course*, declinando attività e progetti sulla base delle specifiche esigenze dei diversi cicli vitali femminili.

Dal 2018 focus anche sulla salute maschile e della coppia.

Per conoscere i progetti e scaricare i materiali informativi:

**[www.ondaosservatorio.it](http://www.ondaosservatorio.it)**

Dal 2007 vengono segnalati e premiati gli ospedali che promuovono servizi e percorsi diagnostico-terapeutici "a misura di donna". Per conoscere le strutture con i Bollini Rosa e le iniziative per avvicinare la popolazione alle cure attraverso servizi gratuiti e per lasciare un commento sulla propria esperienza:

**[www.bollinirosa.it](http://www.bollinirosa.it)**

Dal 2016 vengono segnalate e premiate le strutture residenziali sanitario-assistenziali dedicate alle persone anziane non autosufficienti (RSA) che promuovono una gestione personalizzata e umana degli ospiti. Per conoscere le strutture con i Bollini RosaArgento e le iniziative promosse per i familiari dei pazienti ricoverati e per lasciare un commento sulla propria esperienza:

**[www.bollinirosargento.it](http://www.bollinirosargento.it)**

\* La medicina di genere (più correttamente genere-specifica) studia i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere maschile/femminile influiscono sullo stato di salute, sull'impatto dei fattori di rischio, sull'insorgenza, sul decorso e sulla prognosi delle malattie, nonché sugli effetti – in termini di efficacia e sicurezza – delle terapie. Gli uomini e le donne, infatti, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione delle malattie e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro: da qui la necessità di adottare un approccio orientato al genere in tutte le aree mediche.



## INDICE

### Premesse

<b>1.</b>	<i>Conoscere il dolore cronico</i>	06
I.1.	Quando il dolore è la malattia	
I.2.	Le donne e il dolore	
I.3.	Vivere con il dolore	
<b>2.</b>	<i>Comunicare il dolore cronico</i>	11
<b>3.</b>	<i>Curare il dolore cronico</i>	
3.1.	L'importanza della diagnosi precoce	
3.2.	A chi rivolgersi	
3.3.	Strategie di cura: sfatiamo i falsi miti	14
3.4.	Le buone abitudini, preziose alleate contro il dolore	
	<b>Riferimenti bibliografici</b>	21

## Premesse

La legge sul dolore (n. 38 del 15 marzo 2010, concernente le “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”) ha compiuto quest’anno i suoi primi dieci anni. Ha rappresentato una rivoluzione nella concezione e nella gestione del dolore in Italia, sancendo il diritto di accedere alle cure da parte di tutti i cittadini. La legge ha così ufficialmente posto le basi per la identificazione del dolore quale patologia autonoma con caratteri tipici di una malattia.

Il tema del dolore cronico è da sempre di interesse di Fondazione Onda, poiché rappresenta una problematica tipicamente declinata femminile e che ha un pesante impatto sulla qualità della vita: nel tempo abbiamo realizzato numerose attività di sensibilizzazione rivolte alla popolazione, alla classe medica e alle Istituzioni.

Ad oggi c’è ancora da fare. Il mancato riconoscimento in molti contesti, anche medici, del dolore cronico come patologia a sé grave e invalidante, la persistenza di barriere culturali alimentate da pregiudizi verso gli oppioidi, l’automedicazione e l’abuso di farmaci sono tra gli aspetti più critici.

Con questa brochure informativa si rinnova l’impegno di Onda nel promuovere una cultura sul tema del dolore cronico. L’obiettivo è di offrire un semplice strumento per far conoscere la problematica, aiutare a farne prendere consapevolezza e a comunicarla: sono questi i presupposti per giungere a un corretto inquadramento diagnostico e, di conseguenza, al più appropriato indirizzo terapeutico che consentirà di alleviare la sofferenza e migliorare la qualità della vita.

**Francesca Merzagora**  
*Presidente Onda*



**1.**

*Conoscere*  
**il dolore  
cronico**

## 1.1. Quando il dolore è la malattia

**I**l dolore si compone di una parte **percettiva**/neurologica che ha il compito di ricevere e trasportare lo stimolo lesivo - o potenzialmente tale - dalla periferia al cervello e di una parte **esperienziale**/psichica, responsabile della “elaborazione critica” dell’impulso doloroso.

Questo spiega perché **l’esperienza del dolore è soggettiva** e risulta influenzata da variabili affettive e psico-cognitive, da vissuti personali e fattori socio-culturali. Si dice comunemente che “ciascuno ha la sua soglia del dolore”.

Il dolore svolge una funzione ben precisa nel nostro organismo: è un prezioso **sistema di allarme** che segnala quando il soggetto ha subito un trauma o sviluppa una condizione che lede l’integrità della sua struttura biologica.

Vi sono condizioni, però, in cui si instaura uno stato di dolore persistente in modo autonomo senza alcuna causa o a seguito di un trauma o di un danno provocato da malattia; tale stato è espressione di un’**alterazione delle strutture nervose** deputate alla sua conduzione, modulazione ed elaborazione che innesca un circolo vizioso di auto-mantenimento e rafforzamento della sensazione dolorosa, indipendente dalla eventuale causa che

l’ha generato in origine. Il dolore perde così il suo significato iniziale, diventando una vera e propria **malattia** con caratteri di cronicità e che necessita di una cura permanente come accade per tantissime altre malattie croniche.





## Possiamo quindi distinguere due categorie di dolore:

- **Dolore 'utile' o fisiologico/acuto** che è transitorio o prolungato, in relazione alla durata della causa sottostante, ma che è **reversibile** una volta ottenuta la guarigione o a seguito di intervento per rimuovere la causa. Tipici esempi sono il dolore da infarto o da artrite degenerativa osteoarticolare.

- **Dolore 'inutile' o patologico/cronico** che perdura nel tempo e non ha più il valore di allarme che ci avverte di un rischio, ma è il dolore stesso il rischio che, perdurando, genera una sofferenza **permanente** con conseguenze fisiche, emotive, psicologiche e sociali, che inficiano pesantemente la qualità della vita.

DOLORE ACUTO	UTILE	SINTOMO
DOLORE CRONICO	DANNOSO	MALATTIA

Il termine **cronico** sottintende, dunque, una condizione che è **persistente senza avere più alcuna causa** che lo generi, se non la disfunzione che si è sviluppata a carico delle strutture somatosensoriali-nocicettive.

Non necessariamente cronico significa senza alcuna interruzione temporale. La sua definizione è, infatti, riferita al concetto di irreversibilità: può essere alleviato come intensità con le cure ma non ottenere una guarigione con le conoscenze attuali. Nel concetto di "cronicità" sono comprese anche quelle sindromi dolorose che si presentano a cicli intermittenti con una frequenza tale da determinare una invalidità temporale; si pensi, ad esempio, all'emicrania o ad alcune forme di endometriosi.

Il dolore non è "nella testa" del paziente, ma ha una causa biologica che è molto

complessa e che scatena numerosi eventi che coinvolgono a cascata milioni di molecole deputate alla regolazione del sistema nervoso e immunitario nonché alla modulazione delle sensazioni dolorose. Queste molecole non solo agiscono a livello locale ma anche sistemico, determinando una vera e propria "tempesta infiammatoria" che investe tessuti, vie nervose e cervello (neuro-infiammazione), provocando una dis-regolazione dei meccanismi centrali del dolore. Tutte queste modifiche portano la persona ad avere un sistema della sensibilità dolorosa che amplifica la percezione di stimoli non dolorosi fino a renderli dolorosi oppure accentuare la sensazione di stimoli poco dolorosi o ancora mantenere la percezione del dolore in assenza di stimolo. Ecco come il dolore da sintomo si trasforma in malattia.



## 1.2. Le donne e il dolore

Molte delle patologie responsabili di dolore cronico tendono ad avere **maggiore incidenza** nella popolazione femminile: cefalee/emicrania, artrite reumatoide, artrosi e osteoporosi. Ci sono anche diverse malattie che interessano prevalentemente o esclusivamente il genere femminile, quali la fibromialgia e le patologie dolorose di pertinenza ginecologica come l'endometriosi, la vulvodinia, il dolore pelvico cronico. Altra causa comune, che sembra prevalere nell'universo femminile, è la cronicizzazione del dolore dopo un trauma.

Le donne presentano inoltre, molto più frequentemente degli uomini, **multiple condizioni dolorose** concomitanti; in questi casi gli effetti della comorbidità, in termini di impatto sulla qualità della vita, non derivano dalla semplice "somma" delle singole problematiche ma dalla loro moltiplicazione.

La **maggiore suscettibilità** al dolore della donna trova ragione nelle proprie caratteristiche di genere, riflettendosi sul piano sensitivo ed emotivo. Per quanto attiene al primo aspetto, giocano un ruolo fondamentale le differenze anatomiche, ormonali e fisiologiche, che spiegano una maggiore possibilità di sviluppare patologie che provocano dolore; in particolare, le elevate concentrazioni di estrogeni (ormoni sessuali femminili) in-

fluenzano l'attività del sistema nervoso, rendendolo più sensibile e reattivo agli stimoli in generale e, dunque, anche a quelli dolorosi: in pratica le donne sono più ricettive dello stimolo doloroso, lo registrano con maggiore intensità e lo ricordano meglio. Sul piano emotivo la donna ha un rapporto intimo con il dolore, spesso chiamata ad occuparsi e a farsi carico della sofferenza altrui, diventando così particolarmente empatica e sensibile al fenomeno.





### 1.3. Vivere con il dolore

L'esperienza del dolore-malattia comprende non solo aspetti sensoriali correlati al dolore "fisico", ma anche quelli emozionali, cognitivi, comportamentali e relazionali, danneggiando gravemente la **qualità della vita** dei pazienti: le attività quotidiane, anche le più semplici, diventano un peso insostenibile e l'impossibilità di portare avanti i propri impegni familiari, domestici, lavorativi e ludici, genera sensi di colpa, frustrazione, **insoddisfazione** e **inadeguatezza**.

Il dolore cronico fa sì che la persona che ne è affetta focalizzi i propri pensieri sul problema e modifichi i propri ritmi di vita per adattarli alla sintomatologia stessa.

Il profondo stato di disagio in cui vivono i pazienti che soffrono di dolore cronico è anche conseguente alle difficoltà che incontrano nell'ottenere, dalla stessa classe medica, un'attenzione puntuale al loro dolore capace di guidarli verso una diagnosi e un progetto di cura specifica. Troppe persone sono abbandonate a un pellegrinare solitario alla ricerca di una soluzione di sollievo, frustrate dal non riuscire a comprendere il perché del proprio dolore (visto che le tante indagini a cui si sottopongono non documentano altre cause) e dall'essere etichettate, spesso dagli stessi familiari, come malati immaginari e psicosomatici. Tutto questo nell'universo femminile è ancor più amplificato dagli stereotipi di genere con

grave lesione della dignità personale.

Una delle frasi più terribili ed emozionanti che capita frequentemente di ascoltare ad un medico dedito alla cura del dolore da parte di tante (troppe!) pazienti è "finalmente qualcuno crede alla mia sofferenza, dando senso al mio essere malata: troppi medici hanno banalizzato la mia condizione di malattia, anche di fronte ai miei familiari".

Quando il dolore persiste nel tempo, insorgono disturbi emotivi che possono esitare in **depressione** che è una delle co-morbidità più frequenti, manifestandosi in circa un quarto dei pazienti; la depressione è causata biologicamente dallo stato di dolore permanente assieme alla insonnia e al senso di smarrimento della propria identità. Al dolore fisico si affianca un dolore più intimo e profondo. Si instaura così un circolo vizioso in cui uno alimenta l'altro, amplificandone le conseguenze negative in termini di sintomatologia clinica e impatto sulla qualità della vita nonché sull'autonomia lavorativa, creando gravi problemi di relazione sociale.



# 2.

***Comunicare  
il dolore  
cronico***



Uno degli aspetti più complessi nella relazione medico-paziente è la comunicazione del dolore: non è semplice trovare le parole “giuste” per descrivere un fenomeno così complesso e soggettivo, al quale concorrono molteplici fattori fisici, psicologici ed emozionali.

Le difficoltà sono spesso amplificate dalla paura di non essere compresi e creduti. È importante, invece, che il paziente riesca a raccontare le caratteristiche della sintomatologia dolorosa di cui soffre, perché ciò è funzionale alle scelte diagnostiche e terapeutiche che formulerà il medico.

**Come descrivere il dolore?** Può essere di aiuto seguire una “mappa” come quella proposta di seguito che associa a ciascuna caratteristica del dolore le relative domande utili per darne una rappresentazione completa.

- **verbali** → selezione di un indicatore descrittivo: nessun dolore - dolore molto lieve - dolore lieve - dolore moderato - dolore forte - dolore molto forte.

- **analogiche visive** → selezione di un punto su un righello graduato che va da 0 a 10 cm (oppure da 0 a 100).

Risulta molto utile l'utilizzo nella quotidianità di un **diario** in cui registrare in modo sistematico la sintomatologia dolorosa. Si suggerisce di annotare se ci sono azioni, alimenti, stili di vita, fattori ambientali che lo inducono, lo peggiorano o - al contrario - lo migliorano e se vengono assunti farmaci analgesici, precisando il grado di efficacia e gli eventuali effetti avversi (puoi scaricare il nostro format di diario all'apposito link sul sito [www.ondaosservatorio.it](http://www.ondaosservatorio.it)).

Questo strumento, se compilato con costanza e precisione, rappresenta un valido supporto sia per il paziente nella comunicazione del dolore e nella sua “documentazione” sia per il medico nell'ascolto in quanto consente di tracciare una panoramica completa di tutti gli aspetti che connotano la problematica,

identificando eventuali fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento.

Oltre a costituire un utile strumento per la fase di inquadramento iniziale e diagnosi differenziale, il diario è raccomandato anche nella fase successiva per definire gli adattamenti della cura in relazione all'evoluzione del dolore e personalizzare il trattamento sulla base dei bisogni del paziente.



## CARATTERISTICHE DEL DOLORE      DOMANDE

<b>Tipologia</b>	Come descrivere il dolore: come una sensazione traffittiva, una scossa, un bruciore, un peso, una costrizione, un formicolio doloroso...?
<b>Intensità</b>	Quanto è forte il dolore? Quale punteggio/valore potrebbe essere attribuito al dolore? *
<b>Sede</b>	Il quale zona del corpo è percepito? È ben circoscritto? Oppure si irradia in altre sedi o lo si sente diffuso?
<b>Tempistiche/Ricorrenza</b>	Da quanto tempo è insorto? È un dolore intermittente, episodico, ricorrente o continuo? È associato (provocato/acuito) a particolari situazioni (es. alla posizione, al riposo, al movimento...)?
<b>Associazione con altri sintomi</b>	Sono concomitanti altri disturbi? Il dolore è sempre accompagnato da ...?
<b>Impatto sulla quotidianità</b>	Quali attività il dolore impedisce di svolgere: domestiche, lavorative, di svago, sportive? Altera il riposo notturno?

\* Per descrivere la gravità della sintomatologia, è utile ricorrere a strumenti che hanno l'obiettivo di misurarla e dunque quantificarla. Nella pratica clinica si usano le cosiddette scale. Ne esistono tre tipi:

- **numeriche** → selezione di un numero da 0=assenza di dolore a 10=massimo dolore (che meglio descrive l'intensità della sintomatologia).



3.

*Curare*  
**il dolore  
cronico**

**P**ur nella sua complessità, il dolore cronico è una patologia caratterizzata da una diagnosi clinica che ne definisce i caratteri specifici in base ai quali identificare un modello di assistenza e cura personalizzato.

Più del 70% delle malattie dolorose persistenti hanno la possibilità di essere curate mediante l'uso di terapie specifiche e targettizzate sul tipo di dolore.

### 3.1. L'importanza della diagnosi precoce

In genere i primi sintomi di dolore sono sottostimati e la diagnosi spesso giunge in ritardo, quando il dolore mal curato o non curato si è trasformato in una patologia cronica con una sua specifica caratteristica di malattia. È, invece, molto importante che la diagnosi sia accurata e precoce per **impedire l'instaurarsi di danni tissutali e l'alterazione dei meccanismi centrali del dolore** che sono responsabili della sua esasperazione e cronicizzazione, avviando tempestivamente una terapia personalizzata.

La tempestività di intervento è, dunque, il presupposto per una efficace risposta al problema.

Se, dopo aver effettuato le cure di primo livello, non si è ottenuto un successo terapeutico con scomparsa del dolore, è opportuno affidarsi ad un consulto specialistico. È importante sottolineare che l'intensità del dolore va mantenuta sotto controllo anche durante la lunga fase di inquadramento diagnostico: non vi è alcun motivo di tollerarlo e, oltretutto, costituisce frequentemente una variabile di errore nell'esecuzione delle indagini.



## 3.2. A chi rivolgersi

Esistono strutture specializzate nella diagnosi e terapia del dolore cronico: sono i **Centri di medicina/terapia del dolore**, dove lavorano **équipe multidisciplinari** composte da diverse e specifiche figure professionali in grado di cogliere tutti gli aspetti che la complessità di questa patologia tende a generare.

Nel caso in cui il dolore cronico sia sostenuto da una patologia di base (ad esempio, artrosi o endometriosi), parte del programma terapeutico dovrà essere indirizzato al **trattamento specifico della malattia** che sarà definito dal clinico di pertinenza.

Per le diagnosi di maggior complessità che richiedono strumentazioni o test specifici o in caso di necessità di trattamenti di secondo livello, lo specialista di riferimento è il **terapista del dolore** che, nella maggior parte dei casi, è un medico specializzato in Anestesia e Rianimazione; vi sono poi anche altre figure specialistiche esperte nell'area dolore, come i neurologi.

I terapeuti del dolore sono le figure dedicate alla cura del dolore di natura oncologica e non-oncologica. Il dolore cronico a genesi non-oncologica è quello prevalente e richiede maggiore definizione, poiché comprende numerose patologie a carattere muscolo-scheletrico (ad esempio, mal di schiena e artriti) o neuropatico (come gli esiti di herpes zoster, noto come "fuoco di Sant'Anto-

nio") o caratteristiche della donna, come la fibromialgia, la vulvodinia, l'emicrania e l'endometriosi.

L'approccio al dolore cronico deve essere differenziato tra pazienti oncologici e non-oncologici, dal momento che gli obiettivi di cura sono diversi nei due casi. Nel dolore cronico gli obiettivi sono limitare gli effetti del dolore sulle capacità funzionali, quali la deambulazione e il riposo notturno, nonché ristabilire un'autonomia che permetta alla persona di avere una vita di relazione sociale, familiare e lavorativa. Nella malattia oncologica l'obiettivo del controllo dell'intensità del dolore è un dovere obbligato sia per permettere la miglior autonomia per tutto il tempo in cui questo risultato è possibile (anche nelle fasi avanzate di malattia) sia per garantire ad ogni persona una evoluzione della malattia nel massimo rispetto della dignità umana anche nella fase di fine vita.





### 3.3. Strategie di cura: sfatiamo i falsi miti

La definizione del **programma terapeutico** deve avvenire in sede specialistica e dovrà essere **personalizzato** sulla base del tipo specifico di **dolore**, della sua gravità, del successo di eventuali terapie impiegate in precedenza nonché della **storia clinica** del paziente. Inoltre, trattandosi di una malattia cronica complessa, è cruciale una **continua rivalutazione** del paziente per monitorare nel tempo l'efficacia della terapia e adattarla in relazione alla sua evoluzione.

Come già anticipato, laddove il dolore cronico sia correlato a una patologia di base, è necessario dedicare parte delle cure al trattamento della malattia stessa, che potrà essere di tipo farmacologico (si pensi all'artrite reumatoide) o chirurgico (come nel caso di dolori lombari conseguenti a ernie discali).

Venendo poi alle soluzioni terapeutiche per il controllo del dolore, il panorama delle possibilità è molto ampio: comprende farmaci, tecniche di "intervento" sulle strutture nervose (neurostimolazione, neuromodulazione, blocchi nervosi), fisiochinesiterapia e, in considerazione della componente emozionale del dolore e delle importanti conseguenze psichiche, terapia psico-comportamentale e sostegno psicologico. Oltre alle terapie mediche convenzionali, esistono trattamenti alternativi per il controllo del dolore come l'agopuntura.





In genere il primo approccio è farmacologico.

Gli analgesici più prescritti sono il **Paracetamolo** e i **FANS** (farmaci anti-infiammatori non steroidei, la cui categoria comprende acido acetilsalicilico, nimesulide, ibuprofene, naprossene, ketoprofene, diclofenac). L'altra grande categoria di farmaci contro il dolore sono gli **oppioidi**; tra i tanti ricordiamo tramadolo, codeina o diidrocodaina, morfina, ossicodone, buprenorfina e fentanil.

Nella pratica clinica, per la cura di malattie dolorose caratterizzate da dolore neuropatico, vengono frequentemente impiegati farmaci appartenenti alle classi degli **antiepilettici** (gabapentin, pregabalin) e antidepressivi (amitriptilina, duloxetina) a dosaggi che presentano un effetto di tipo prevalente analgesico.

Le Linee guida internazionali, fondate sulle evidenze scientifiche, limitano l'impiego dei **FANS** ai casi di **dolore lieve** e per **periodi di più breve durata possibile**, poiché esercitano un'azione esclusivamente periferica e un incremento del dosaggio oltre quello massimo non produce un maggior effetto analgesico, bensì un aumento degli effetti collaterali. Ciò nonostante, questi farmaci sono ancora oggi eccessivamente prescritti e spesso autogestiti in modo inappropriato dai pazienti, che sono inconsapevoli dei gravi rischi per la salute che ne possono derivare. Un rischio secondario, poco conosciuto, consiste nell'instillare l'idea nei pazienti che, se non hanno avuto bene-

ficio con questi farmaci che sono noti a tutti come analgesici, allora il loro dolore non ha cura.

Sulle terapie farmacologiche per il dolore cronico sono, del resto, ancora fortemente radicati pregiudizi e false convinzioni che ne favoriscono un uso incongruo, pregiudicando la possibilità di trovare sollievo e al tempo stesso esponendo a pericoli molto seri. In particolare, persistono molte resistenze verso i farmaci oppioidi che rappresentano, invece, uno strumento indispensabile in moltissime condizioni di dolore cronico che altrimenti non avrebbero una cura efficace. Sono farmaci che vanno prescritti ogniqualvolta il dolore, specie severo e non controllato, ne richieda l'uso e che possono essere utilizzati in sicurezza sotto stretto controllo medico e continuo monitoraggio dello stato di salute del paziente.



## Vi proponiamo di seguito i luoghi più comuni.

### **I FANS non hanno effetti collaterali.**

I FANS, come tutti i farmaci, possono avere effetti collaterali. Un abuso di FANS, in particolare protratto per lunghi periodi, può portare a gravi danni d'organo (stomaco, fegato, rene).

**FALSO**

### **I FANS non hanno controindicazioni.**

Tra le controindicazioni più importanti ricorrono lo scompenso cardiaco moderato e grave, la cardiopatia ischemica, le patologie cerebrovascolari e arteriose periferiche.

**FALSO**

### **I FANS sono curativi mentre gli analgesici tollergono solo il dolore.**

Gran parte delle sindromi caratterizzate da dolore cronico non sono sostenute da fattori infiammatori da curare: l'esigenza primaria della cura non è togliere infiammazione, ma contenere il dolore per recuperare autonomia e prevenire i rischi quali disabilità e cronicizzazione.

**FALSO**

### **Gli oppioidi sono farmaci destinati ai malati oncologici in fase terminale.**

Gli oppioidi hanno indicazione in tutti i tipi di dolore, oncologico e non-oncologico; si pensi al dolore osteo-degenerativo delle articolazioni per il quale gli oppioidi sono spesso l'arma più efficace contro il dolore per recuperare l'autonomia.

**FALSO**

### **Sono più sicuri i FANS degli oppioidi.**

Tutti i farmaci possono produrre effetti collaterali, pertanto il loro utilizzo deve sempre basarsi su una valutazione personalizzata beneficio/rischio secondo giudizio medico. Ciò posto, sono documentati scientificamente i vantaggi degli oppioidi che, se prescritti in modo corretto, possono

**FALSO**



essere utilizzati anche per lunghi periodi e con minori effetti collaterali rispetto ai FANS.

### **Gli oppioidi non possono essere prescritti in età avanzata. FALSO**

Con le dovute precauzioni gli oppioidi possono essere impiegati in sicurezza anche per pazienti geriatrici nel trattamento del dolore cronico. Anzi, è raccomandato un monitoraggio molto più stretto nelle persone di giovane età.

**FALSO**

## **3.4. Le buone abitudini, preziose alleate contro il dolore**

Oltre alla terapia farmacologica è importante adottare uno stile di vita sano.

È quindi fondamentale una corretta **alimentazione** (secondo i principi della dieta mediterranea, ricca di verdura, frutta, cereali, legumi e pesce) associata a **regolare attività fisica** e adeguato **riposo notturno**. È pur vero che il dolore spesso interferisce con il sonno, ma mantenere ritmi regolari, non andare a letto troppo tardi, non fare uso eccessivo di dispositivi elettronici nelle ore serali sono preziose abitudini che aiutano a preservarne la qualità.

**Fumo e alcolici** sono fattori che aggravano il dolore cronico: ecco un motivo in più per abbandonarli una volta per tutte!

Inoltre è fondamentale mantenere le **relazioni sociali** e condividere la propria problematica con la rete degli affetti ma anche con chi la vive in prima persona. La **condivisione** ha un "potere" positivo straordinario; non potrà certo sostituirsi alle cure ma ne favorisce l'efficacia e l'aderenza nel tempo.

## Referenze bibliografiche

Raffaelli W., Arnaudo E., Pain as a disease: an overview. J Pain Res, 2017;10: 2003-2008

Henry DE, Chiodo AE, Yang W., Central Nervous System reorganization in a variety of chronic pain states: a review. Phys Med and Rehabil 2011; 3: 1116-1125

Bartley EJ, Fillingim RB., Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. Br J Anaesth, 2013;111(1):52-8.

Raffaelli W., Andruccioli J. et al, Qualitative pain classification in Hospice and Pain Therapy Unit.. Am J Hosp Palliat Care, 2012 Feb 5.

**ISAL**, *Istituto per le Scienze Algologiche*, nasce nel 1993, divenendo nel 2007 Fondazione ISAL i cui obiettivi primari sono suddivisi in tre aree: ricerca sul dolore – formazione – comunicazione sociale. Dal 2009 promuove la Giornata Internazionale “Cento Città contro il Dolore”, un evento mirato alla sensibilizzazione sociale e alla promozione dell’informazione sul dolore cronico.

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

Ecco i servizi di cui puoi usufruire per trovare una risposta alla tua sofferenza

### **Trova il centro di cura più vicino a te**

Numero verde 800 10 12 88 (attivo dalle ore 9.00 alle ore 13.00)

[www.fondazioneisal.it/i-centri-di-cura-per-la-terapia-del-dolore/](http://www.fondazioneisal.it/i-centri-di-cura-per-la-terapia-del-dolore/)

### **Sportello di tutela legale e primo ascolto**

[isal@fondazioneisal.it](mailto:isal@fondazioneisal.it)

[segreteria@studiolegalesassano.it](mailto:segreteria@studiolegalesassano.it)

### **Sportello di ascolto e aiuto psicologico**

[isal@fondazioneisal.it](mailto:isal@fondazioneisal.it)

[m.tenti8897a@ordpsicologier.it](mailto:m.tenti8897a@ordpsicologier.it)



Il dolore cronico è una malattia  
che può essere curata con successo

Chiedi aiuto:

rivolgiti a un centro di cura  
specializzato

per trovare risposte efficaci per  
alleviare la tua sofferenza

**Testi a cura di**

Nicoletta Orthmann

Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

**Si ringrazia per la supervisione scientifica**

William Raffaeli

Presidente Fondazione ISAL

Co-coordinatore Gruppo Dolore Fondazione IRCCS  
Policlinico Universitario Gemelli, Roma





Realizzato grazie al contributo  
non condizionante di

**SANDOZ** A Novartis  
Division

Con il patrocinio di

