

Ospedale

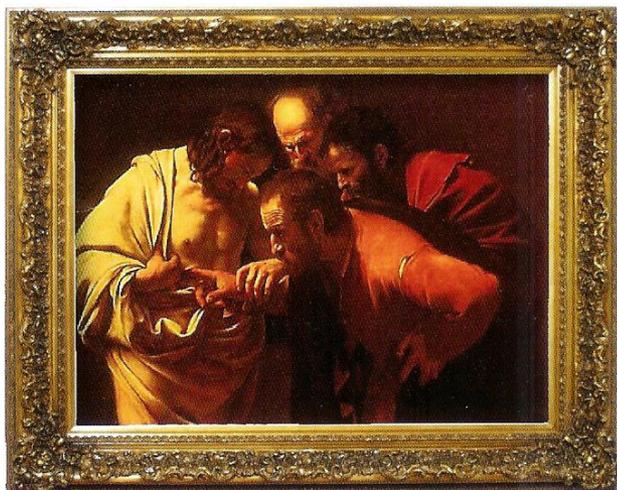
“Sacro Cuore - Don Calabria”

Dipartimento di Anestesia, Rianimazione
e Terapia Antalgica

Direttore: Dr. L. Giacopuzzi

Corso avanzato teorico-pratico di

FISIOPATOLOGIA, SEMEIOTICA E TERAPIA DEL DOLORE



Responsabile Scientifico: dr. Gerardo Serra

**Dal 24 settembre 2012
al 29 marzo 2013**

SEDE DEL CORSO

CENTRO FORMAZIONE

Ospedale “Sacro cuore - Don Calabria”

Via don Angelo Sempreboni, 5 - 37024 Negrar (Verona)

**2° Seminario – Semeiotica del dolore
Sessione 4 – 20.11.2012 ore 11.00**

**LA TERAPIA DEL
DOLORE:
problema
multidisciplinare o
entità specialistica**

Relatore:

Dr. G. Accinelli

Medicina del dolore
Bolzano

ginoaccinelli@ildolore.bz.it

www.ildolore.bz.it

Il trattamento del dolore nella
storia “recente”: come è stato
affrontato?

Un po' di storia.....perché.....

Aforisma



“Non si conosce a fondo una scienza finché non se ne conosce la storia”

Auguste Comte (1798-1857)

Col tempo: più scienza – meno magia

- La terapia era sovrana.
- La terapia veniva eseguita ad ogni costo (anche se dubbia, e oggi?)
- Il dolore era considerato un sintomo “secondario”, talvolta anche utile!!! .



Mod. da D.A. Williams, Univ .
Michigan; da internet.

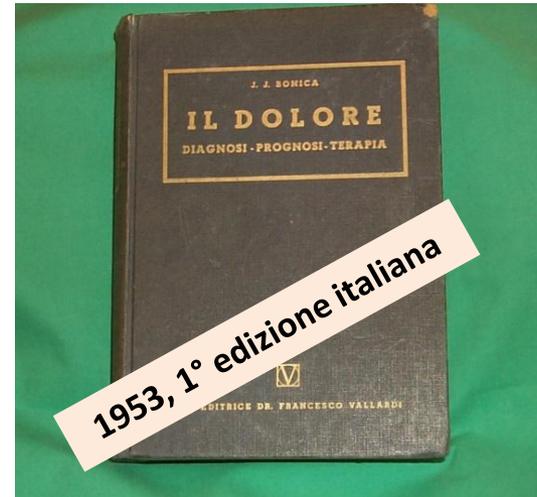
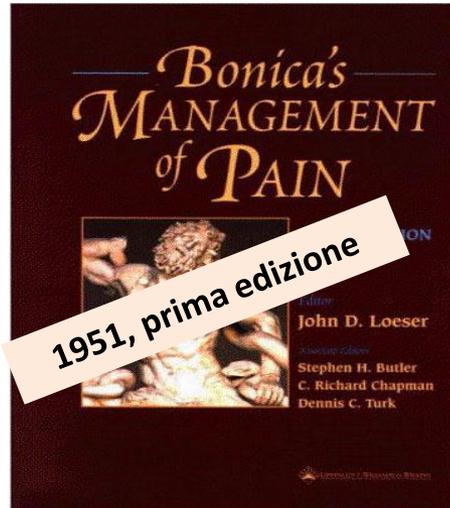
STORIA DEL TRATTAMENTO INTERDISCIPLINARE DEL DOLORE CRONICO: prospettiva storica, situazione attuale e future opportunità.

- **1940. J.J Bonica** è il primo medico che considera la **complessità delle sindromi dolorose croniche**, comprendendo come queste affliggano i pazienti, non solo fisicamente, ma anche **interessando diversi aspetti della loro vita**. Il dolore cronico, “non maligno”, rispetto al dolore “acuto” e a quello “maligno”, è il tipo di dolore più difficile da trattare. **“La consultazione con i colleghi è sembrata risultare di beneficio a tutte le figure coinvolte”**.

“L’approccio interdisciplinare al dolore cronico costituisce una scienza relativamente nuova.”

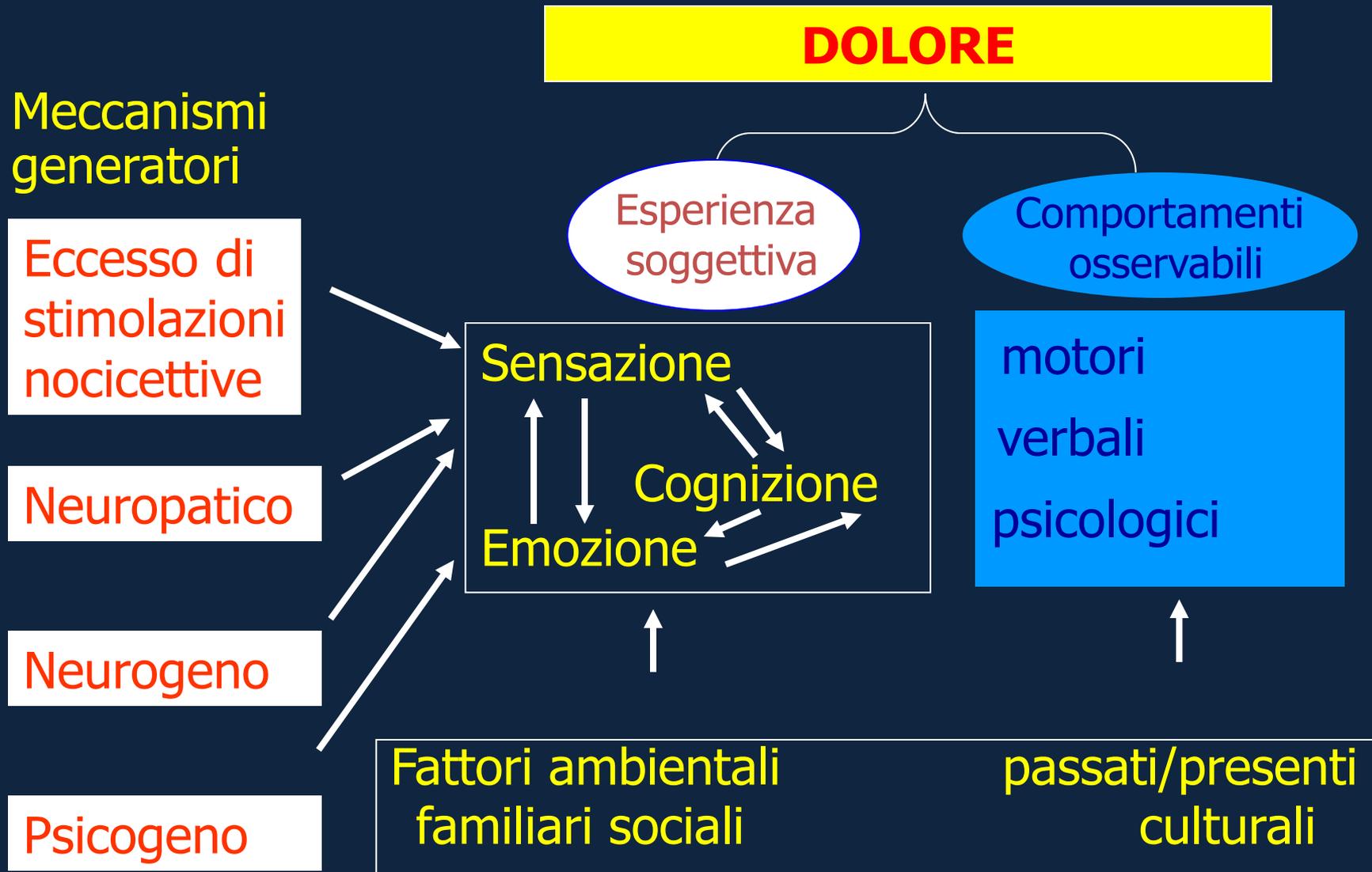
M.E. Schatman: Interdisciplinary Chronic Pain Management: Perspective on History, Current Status, and Future Viability. In S. Fishman et al.: Bonica’s Management of Pain, 4° Ed, Wolters Kluver/Lippincott W&W, 2010.

La storia: dal sintomo dolore **all'algologia** **o medicina del dolore**



Approccio rivoluzionario al dolore.
Il dolore è di primaria importanza.
Il dolore: un universo complesso e
tanti tipi di dolore.

DOLORE: UN UNIVERSO COMPLESSO



TIPOLOGIA DEL DOLORE

TERMINI

DI USO
CORRENTE

TASSONOMIA
DEFINITI
DALLA IAPS

DOLORE

NOCICETTIVO

SOMATICO

SUPERFICIALE

PROFONDO

VISCERALE

MISTO??

NEUROPATICO
(NON NOCICETTIVO)

PERIFERICO

**NEUROG-
-ENICO:**
(nerve
trunk
pain)

CENTRALE

PSICOGENO o
SOMATIFORME o
IDIOPATICO

ACUTO, CRONICO,
BREAKTHROUGH,
PERSISTENTE,
INCIDENTE,
RIFERITO,
RIFLESSO

IL DOLORE CRONICO

STORIA DEL TRATTAMENTO INTERDISCIPLINARE DEL DOLORE CRONICO: prospettiva storica, situazione attuale e future opportunità.

- **1946.** J.J. Bonica sviluppa formalmente il **primo trattamento interdisciplinare del dolore cronico (ICPM)**, coinvolgendo anestesisti, ortopedici, neurochirurghi, internisti, psichiatri e radioterapisti.
- Simultaneamente, anche **in altre sedi** americane e Canada ed Europa , si sviluppano programmi analoghi di diagnosi e terapia del dolore.
- **anni 50-60.** Nonostante i successi ottenuti con questi programmi, in USA, **la loro prosecuzione si è in parte fermata perché ignorata e non accettata da parte della comunità medica.**

Che cos'è il dolore cronico?

- **La definizione di dolore cronico nella letteratura rimane evasivo** perché il fenomeno è multidimensionale, presentando un coinvolgimento di elementi variamente combinati come i fattori biologici, culturali e i modelli di vita.
- Concetto di cronicità: quello che distingue il dolore intrattabile non è tanto la sua intensità o anche la difficoltà di trattarlo, quanto la sua **persistenza nell'arco di un tempo**: dolore non definito, protratto, ripetitivo.
- Differente è la percezione del tempo del medico e del paziente.

LA DEFINIZIONE E L'INQUADRAMENTO DEL DOLORE CRONICO NON È DI FACILE RISOLUZIONE

Il dolore, come tutti i fenomeni a forte contenuto soggettivo ed emotivo (gioia, tristezza ecc.), è difficilmente definibile e non è misurabile in modo obiettivamente esatto.

- **La IAPS** (International Association of Study on Pain) indica la seguente definizione: "il dolore è un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno tissutale potenziale o in atto, o descritta nei termini di tale danno".
- **Nel 2007** alcuni Autori hanno proposto di completare la definizione della IAPS per il "**dolore cronico**": "**dolore senza un danno biologico evidente che persiste oltre al tempo normale di guarigione dei tessuti**, in cui sia la dimensione fisica che quella psicologica interferiscono con l'attività lavorativa e, più in generale, con la performance che la vita sociale richiede al paziente".

LA DEFINIZIONE E L'INQUADRAMENTO DEL DOLORE CRONICO NON E' DI FACILE RISOLUZIONE

per altri: (M.V. BOSWELL et al., 2007)

il dolore cronico è un fenomeno complesso, difficile da definire.

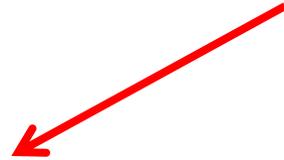
Si utilizza una **combinazione di definizioni**:

- **dolore**, che **persiste** oltre il normale corso di malattia acuta o ragionevole tempo di guarigione dopo il trauma, associato a un processo patologico cronico che perpetua il dolore in modo continuo o dolore ad intervallo di mesi o anni,
- **dolore** persistente che non migliora con le disponibili e normali metodiche di trattamento
- **dolore** che non può guarire

Il dolore cronico in Medicina Generale

**e ancora... definizione
del dolore cronico**

2010 (da internet)



Definizione

Per dolore – secondo l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* – s'intende: "una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva associata a un danno tissutale attuale o potenziale o descritto come tale".

Che cosa s'intende per dolore cronico? Per dolore cronico s'intende "un dolore che persiste più a lungo del corso naturale della guarigione che si associa a un particolare tipo di danno o di malattia".

Secondo altri studiosi, il dolore cronico è un dolore che persiste per un periodo maggiore di 3 mesi.

?

.. ma LA CRONICIZZAZIONE può essere legata a:

fenomeni di sensibilizzazione periferica e centrale che, nella percezione e cronicizzazione del dolore, hanno un ruolo chiave indipendentemente dal tempo.

A livello del SNC sono responsabili della persistenza del dolore.

- La letteratura sui fenomeni di sensibilizzazione è ampia.

LA DEFINIZIONE E L'INQUADRAMENTO DEL DOLORE CRONICO NON E' DI FACILE RISOLUZIONE

...e allora G. Orlandini (in Chir. Percutanea del dolore 2011)

« ritenendo che i soli criteri cronologici non bastino a definire la cronicità del dolore, propone per esso la seguente definizione:
è cronico il dolore che, indipendentemente dalla durata, è sostenuto da una modificazione plastica dei circuiti neuronali centrali, stabilizzata come una traccia di memoria, che perpetua l'elaborazione dell'emozione dolore anche quando la lesione algogena iniziale non c'è più e facilita l'elaborazione degli stimoli nocicettivi e non nocicettivi in emozione dolore».

Inoltre suddivide il dolore cronico in:

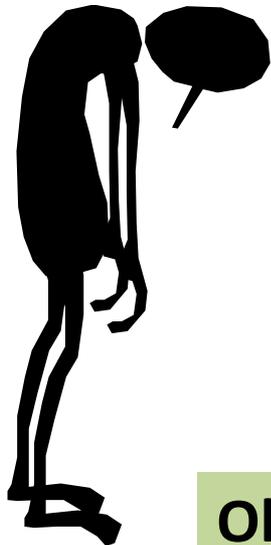
1. persistente disnocicettivo o cronico tipo I (origine neuropatica)
2. dolore cronico tipo II (origine intellettiva)

**APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE (pluridisciplinare) –
INTERDISCIPLINARE AL DOLORE CRONICO**

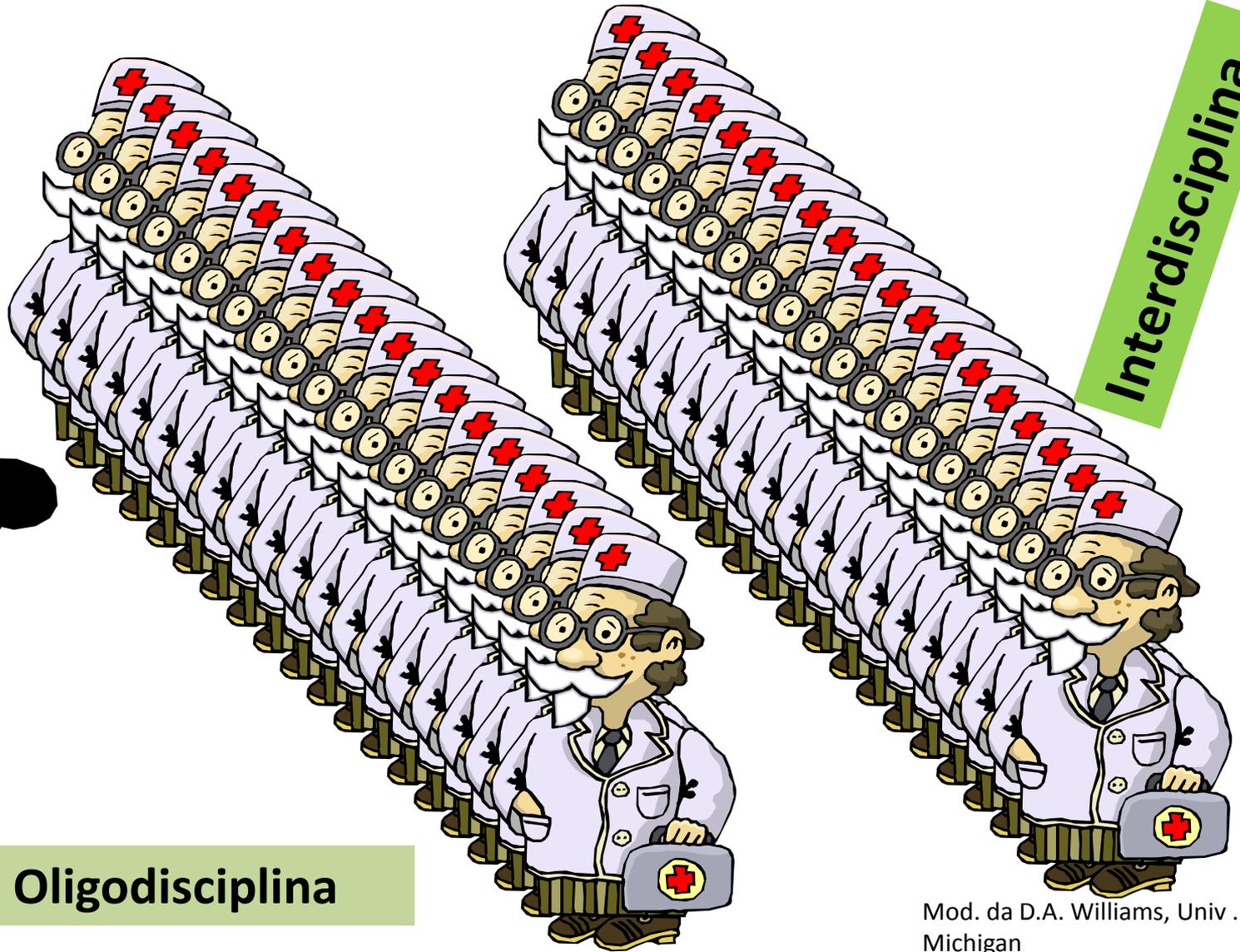
Quando il dolore è il problema primario, il modello di cura può essere il seguente.....

Multidisciplina

Interdisciplina



Oligodisciplina



Equipe multidisciplinare - pluridisciplinare

- **I professionisti intervengono nell'ambito delle proprie competenze specialistiche, con propri spazi, tempi ed ambiti di espressione.**
- **Comporta solamente il coinvolgimento di diverse discipline.**
- **Molteplici professionisti, diverse procedure.**
- **Possibilità di più comportamenti professionali di fronte ad uno stesso paziente o ad una stessa patologia.**
- **Possibilità di più destini per uno stesso paziente.**

Equipe interdisciplinare

I termini “**multidisciplinarietà**” ed “**interdisciplinarietà**” sono spesso ritenuti sinonimi ed utilizzati in modo intercambiabile, ma.....



l'interdisciplina prevede che **le diverse discipline collaborino assieme** per aiutare il paziente, curando non solo il suo fenomeno doloroso cronico, ma anche le implicazioni emozionali e comportamentali associate. L'ICPM può essere considerato il più collaborativo approccio attraverso **il continuum** dei modelli di multidisciplinarietà.

IL LAVORO IN ÉQUIPE INTERDISCIPLINARE – TEAMWORK – LAVORO DI GRUPPO

- Diversi aforismi sono stati espressi in vari ambiti per definire che cos'è l'equipe ed il lavoro di squadra.
- *E' la cura effettuata da un gruppo «integrato» di persone (medici, infermiere, tecnici sanitari operatori non sanitari ecc...) che lavorano in modo armonico tra di loro, condividendo obiettivi, bisogni, modalità organizzative, suddivisione del lavoro, attività di coordinamento e modelli operativi **interdipendenti**.*
- Il lavoro in una **equipe interdisciplinare** richiede sia una certa flessibilità sia la capacità di apertura al confronto con gli altri.

STORIA DEL TRATTAMENTO INTERDISCIPLINARE DEL DOLORE CRONICO: prospettiva storica, situazione attuale e future opportunità.

- **1968.** W. Fordyce: **applicazione delle tecniche di “modificazione comportamentale” al problema del dolore cronico.** Con l'introduzione di questo approccio alla valutazione e trattamento del dolore, **l'intendimento non è quello di togliere il dolore ma di istruire il paziente a come convivere con i suoi sintomi e recuperare una positiva qualità di vita.** Questo approccio comportava notevole dispendio di tempo e difficoltà di esecuzione. **Veniva presto introdotto nei programmi di trattamento interdisciplinare con modelli “cognitivo-complementari”** che sostengono la **“partecipazione attiva”** del paziente nella sua riabilitazione in modo che acquisisca la perizia necessaria per il recupero della sua indipendenza.
- **anni 60.** Un neurochirurgo, J. Loeser, succede a Bonica, **sviluppando l'approccio al dolore di Fordyce, implementa di più l'interazione tra le diverse discipline, piuttosto che l'applicazione di specifici interventi.**

STORIA DEL TRATTAMENTO INTERDISCIPLINARE DEL DOLORE CRONICO: prospettiva storica, situazione attuale e future opportunità.

- **anni 70-80-90. Nuova e rapida proliferazione di centri di ICPM ???** (1000 negli USA ed anche in molte altre parti del mondo, poi 2000 nel 1999). **Ma**, mentre un terzo dei centri era inizialmente entusiasta del programma ICMP, molti, presto, erano divenuti scettici. ***Molti centri hanno modificato il programma di ICPM in approcci di condizionamento-operante, altri hanno preso il titolo di centro di recupero funzionale per evitare di usare la parola dolore come descrittore.***
- **Oggi è difficile dire quanti centri di ICPM in USA siano attivi e quale tipologia di dolore trattino per il cambiamento della loro nomenclatura.** La Committee on Academic of Rehabilitation Facilities (CARF) ha dichiarato che **il numero di programmi accreditati è sceso da 210 nel 1998 a 84 nel 2005.** A simili risultati sono giunte anche la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations o l'American Academy of Pain Management.

- **L'ICPM** praticato oggi si basa **sull'approccio biopsicosociale** di GL. Engel (Amer J Psychiatry 1980), che accentua l'interazione complessa e dinamica tra fattori fisiologici, psicologici e sociali che interagiscono tra loro e possono peggiorare l'esperienza dolorosa.
- Già Bonica, poi Fordyce, quindi Turk e Melzac, avevano sottolineato **l'importanza di tutti questi aspetti** nella valutazione e trattamento del paziente con dolore cronico.
- Steen e Haugli (2000) sottolineano che il **modello biomedico** può essere un approccio efficace per gli stati di malattia in cui la causa è chiaramente definita, **ma non è appropriato per condizioni di dolore cronico muscolo-scheletrico**.

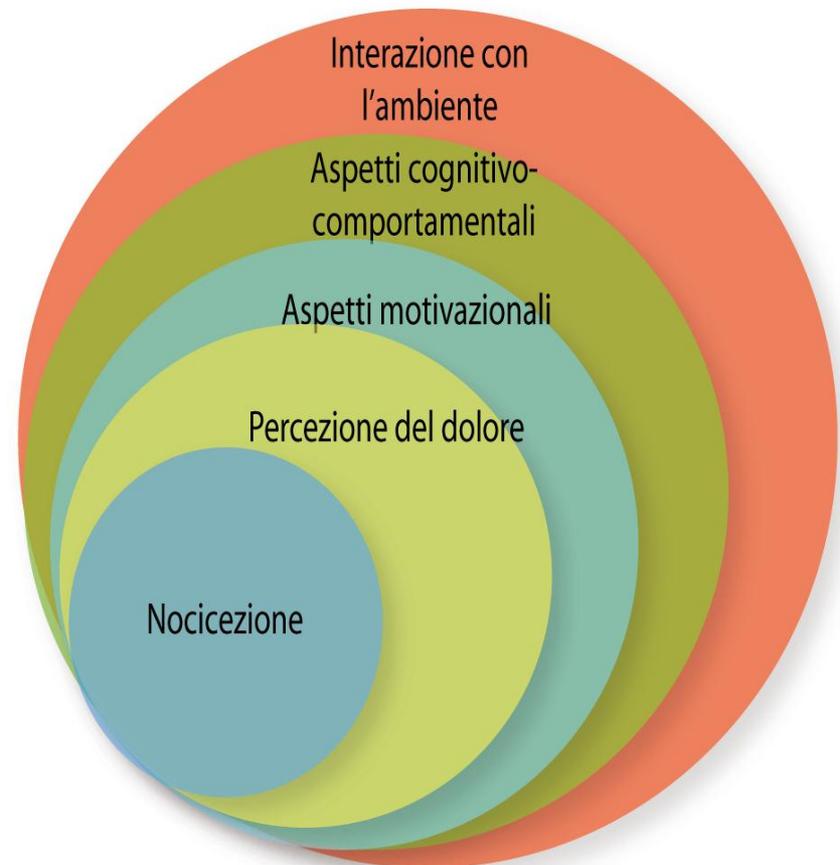
FONDAMENTO STRUTTURALE DEL DOLORE CRONICO “BENIGNO”

Il dolore cronico, **soprattutto quello rachideo**, è un disturbo multifattoriale con diverse possibili eziologie.

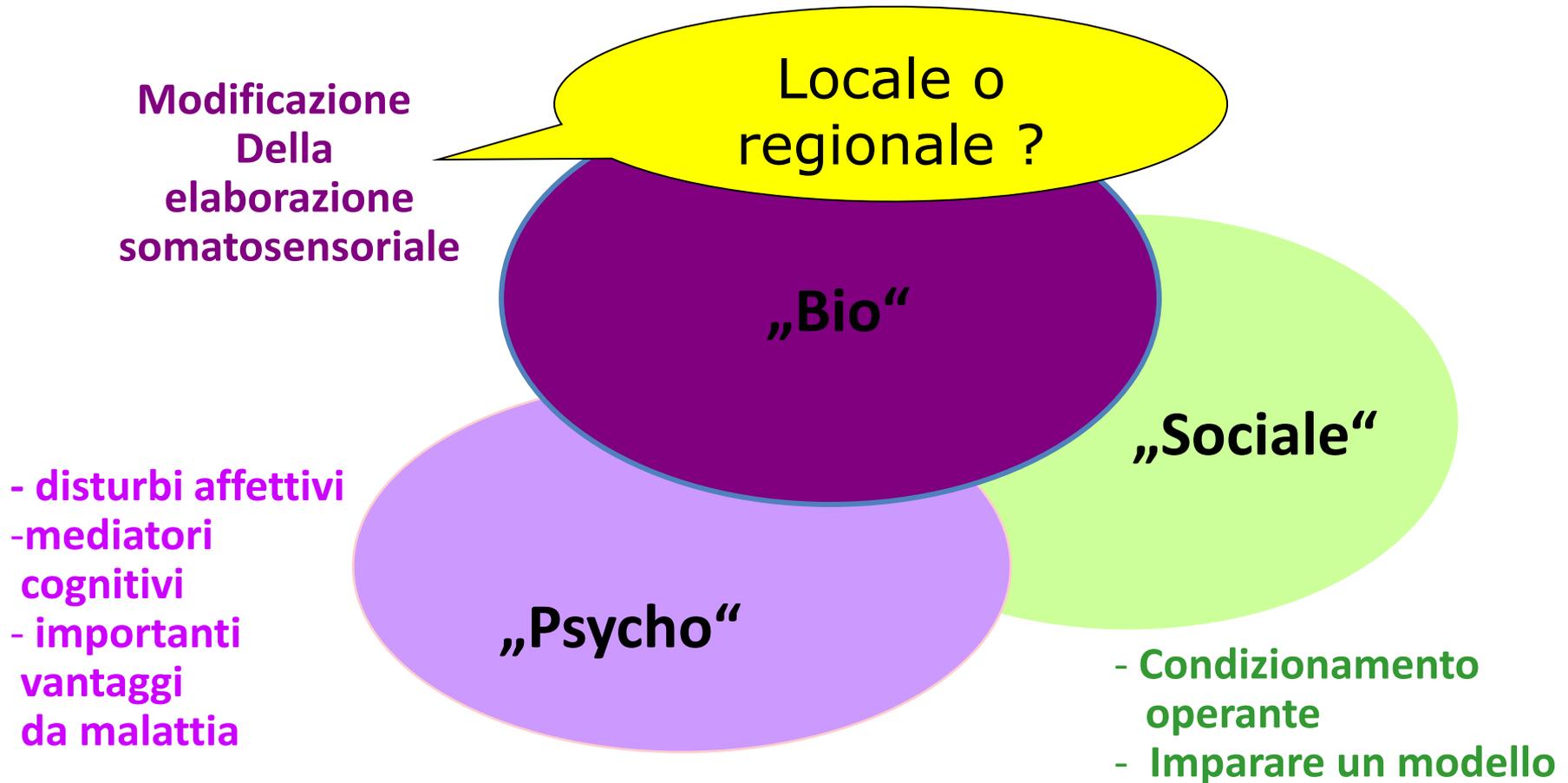
Il modello biopsicosociale degli anni **1980** lo ha ritenuto un fenomeno in cui fattori biologici, psicologici e sociali interagiscono tra loro.

Negli anni 90 tale approccio ha dominato il trattamento del dolore cronico, soprattutto a livello accademico.

Il modello biopsicosociale di valutazione e trattamento del dolore cronico



Modello di trattamento del dolore „Bio-psycho-sociale“



La difficoltà alla praticabilità del ICPM

In USA, nonostante la dimostrazione di efficacia clinica e costo-efficacia migliori, i centri sono diminuiti drasticamente, anche se i costi del dolore cronico sono molto elevati ed i pazienti soffrono.

Quali i motivi?

1. Comportamento delle **assicurazioni**: dirottano i pazienti verso le terapie unimodali più remunerative.
2. Vengono inviati ai centri ICPM pazienti con **prevalenti problemi sociali** quando anche i centri più efficaci non possono controllare tutti gli outcome, come quelli, per es., dei pazienti con cronici disturbi di personalità.



La difficoltà alla praticabilità del ICPM

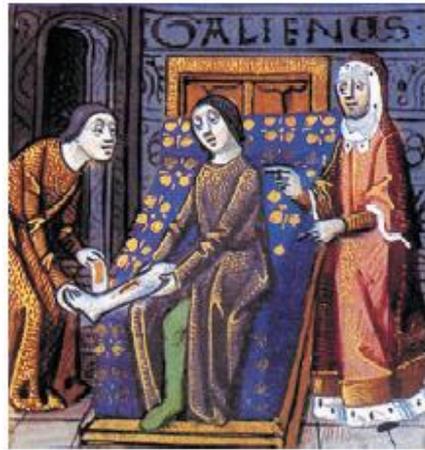
3. Le **compagnie farmaceutiche** reclamizzano i loro farmaci, come oppioidi, FANS ed anticonvulsivanti, come unico punto di forza per il trattamento del dolore cronico, nonostante l'evidenza che la mono-terapia sia meno vantaggiosa come costo-efficienza nel lungo tempo rispetto al ICPM. Allo stesso modo le **industrie dei devices** impiantabili sono ben note per la loro aggressività nonostante la mancanza di evidenza della efficacia e costo-efficienza dei loro prodotti.
4. **Gli specialisti dei trattamenti interventistici** hanno > la loro attività, dato che i rimborsi verso i centri ICPM sono diminuiti e sono più interessanti i livelli di rimborso per le procedure che trattano il dolore cronico. Esiste un aumento di disincentivo fiscale ad inviare i pazienti verso i programmi ICPM.
5. **Con il declino dei ICPM** c'è un > delle procedure interventistiche e farmacologiche con **importanti ricompense** da parte delle compagnie tecnologiche e farmaceutiche.



- 6. Infine, i programmi ICPM sono estremamente intensi e laboriosi e possono trattare un numero limitato di pazienti.** Ma alcuni ospedali che prevedono i programmi ICPM non considerano il timore dell'incasso e di conseguenza sono restii a non proseguire l'attività. Mirano a migliorare la sofferenza invece dell'etica dello smercio del contenimento dei costi e dei profitti.
- 7. La campagna per trattare il dolore, come quella del 5° segno vitale,** in quest'ultimo decennio è stata orientata verso le cure palliative, ma è difficile vedere un collegamento tra la pratica di monitorizzare un sintomo e la disponibilità di un ICPM.

La terapia del dolore «palliativa»

Inghilterra 1967. Pioniera: Cecily Saunders



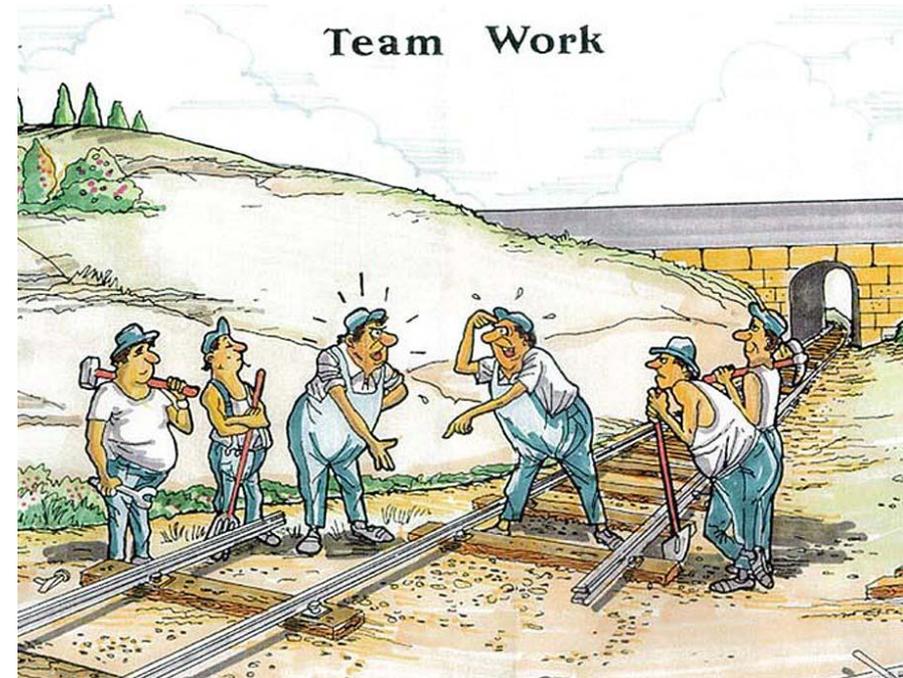
- Valutazione e misurazione del sintomo dolore cronico «neoplasmico».
- Differenziare il dolore cronico di natura oncologica da quello non oncologico può apparire artificioso in quanto non vi sono sostanziali differenze dal punto di vista fisiopatologico; **in realtà possono essere diversi gli obiettivi di cura e l'approccio terapeutico.**
- Controllo, soprattutto, farmacologico del sintomo dolore.
- **1986. OMS: introduzione della «scala analgesica» del dolore.**

- **L'approccio interdisciplinare** si basa sul principio che un **individuo da solo** non può “curare” il paziente per tutte le malattie causa di dolore
- Al tempo dell'approccio ICPM di Bonica in medicina incominciava a svilupparsi sempre di più la **specializzazione**. Serviva per aumentare la propria capacità, ma la specializzazione senza diversificazione comporta delle limitazioni per quanto riguarda le procedure che il medico specialista può offrire ad un paziente complesso, come può essere quello affetto da dolore cronico.

BASI TEORICHE DEL TRATTAMENTO INTERDISCIPLINARE DEL DOLORE CRONICO

La **comunicazione** tra i membri del team del ICPM è **importantissima**. L'ICMP può essere considerato l'approccio di maggior collaborazione lungo il continuum dei modelli multidisciplinari.

Il dialogo interdisciplinare non sempre è facile, talvolta impossibile, ma è interessante rilevare che l'aumentata crescita e l'isolamento delle sub-specialità mediche ha comportato una maggior richiesta di collaborazione interdisciplinare.



L'equipe interdisciplinare non è di facile realizzazione.

- Diversi AA (Herdl & Wilson 2007) hanno, comunque evidenziato che la comunicazione interdisciplinare è in genere possibile in circostanze dove specialisti di differenti discipline condividono tra loro **“esigenze o interessi integrati”**, per es., interessi comuni per risultati concreti o valori etici.
- La comunicazione interdisciplinare può non coincidere sempre con il successo del dialogo interdisciplinare.
- la composizione del team di trattamento varia a seconda del programma di intenti e dei fattori economici, sebbene alcuni membri **“centrali”** siano essenziali se i pazienti sono trattati con il modello bio-psicosociale.

Supporto sperimentale del ICPM: efficacia clinica e costo-efficacia

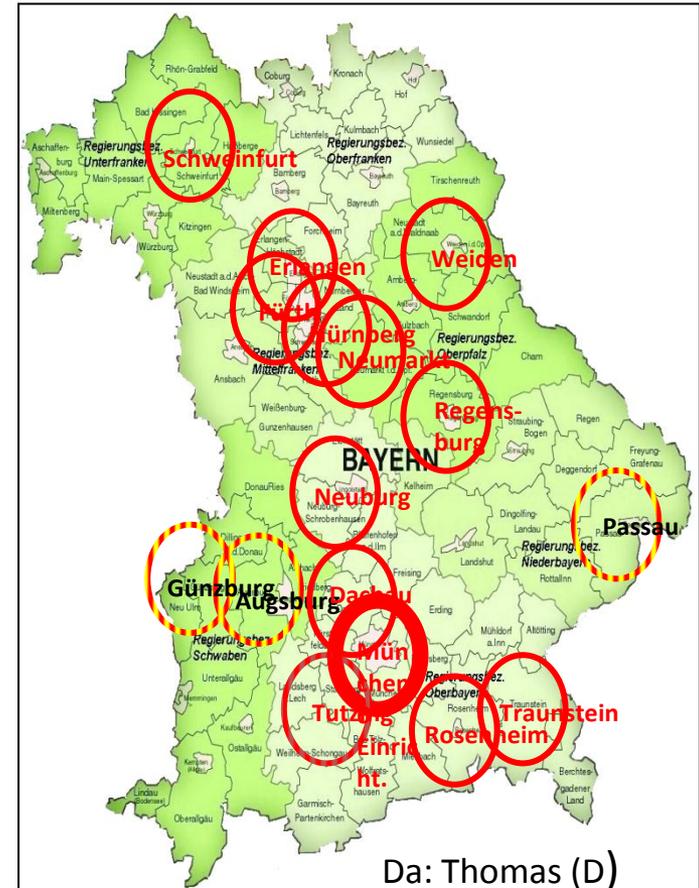
Numerosi studi di metanalisi sono stati eseguiti per la sua validazione

- **1992, Flor et al:** < del 20 % di riduzione del dolore medio; < dell'uso di farmaci, dell'uso delle cure mediche e conseguenze iatrogene; > del ritorno al lavoro. **Il programma appare > ai trattamenti unimodali.** Raccomandano però prudenza a valutare questi risultati per scarsa consistenza metodologica dei lavori.
- **1998, Turk et al. Okifuji et al:** paragonano **costo-efficacia** con altri trattamenti come terapia oppioide, chirurgia, sistemi impiantabili, risultando più vantaggioso. Così dicasi per quanto riguarda l'aspetto costo-efficacia in un momento in cui la medicina tende verso la "pay for performans".
- **2002, Turk, Cochrane review by Guzman:** **stessi risultati** dei precedenti lavori, con costo-efficacia > di diverse volte rispetto a chirurgia e SCS ed altre metodiche

La direzione futura: ravvivare la disciplina

- Alcuni specialisti del dolore in “USA” hanno abbandonato la disciplina, altri sono emigrati in GB e Canada per proseguire l’ICPM.
- Nonostante il criticismo americano, in alcune nazioni della UE il ICPM **non è stato mai abbandonato.**
- In **GB** (1996) 92 centri per 60 mln di abitanti, 1: 650.000. **Canada** 120 centri per 33mln di abitanti, 1:275.000; **USA** 200 centri per 303mln di abitanti, 1:1.500.000. **Baviera (D)** 12mln di abitanti, 12 centri, 1:1.000.000.

Il dilemma



Servizi/centri di medicina del dolore.

Un servizio/centro di medicina del dolore. Quale???

Box 3.7.3 Definitions of pain treatment services

Pain treatment facility	A generic term describing all forms of pain treatment facilities without regard to personnel involved or types of patient served.
Multidisciplinary pain centre	The centre comprises a team of professionals from several disciplines (e.g. medicine, nursing, physiotherapy, psychology) devoted to the analysis and management of pain, both acute and chronic. The work of the centre includes teaching and research. The centre may have both inpatient and outpatient facilities.
Multidisciplinary pain clinic	The clinic is a health-care delivery facility with a team of trained professionals who are devoted to the analysis and treatment of pain. The clinic may have both inpatient and outpatient facilities.
Pain clinic	Pain clinics vary in size and staffing complements but should not be run single-handed by a clinician. The clinic may specialize in specific diagnoses (e.g. neuropathic pain) or pains related to a specific area of the body (e.g. headache).
Modality-orientated clinic	The clinic offers a specific type of treatment and does not conduct comprehensive assessment or management. Examples include clinics dealing with nerve block, transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), acupuncture and hypnosis.

**Un servizio/centro di medicina
del dolore. Quale, dove???**

**ORGANIZZAZIONE DI UN CENTRO DI TERAPIA
DEL DOLORE E DOTAZIONE DI STAFF**
**(da “ Pain Clinic” eds. S.E. Abram, J.D. Haddox,
2000)**

CLASSIFICAZIONE DEI SERVIZI/CENTRI DI TERAPIA DEL DOLORE

A. “Pain Clinic”, (“multidisciplinare”- “interdisciplinare”)

Le caratteristiche e la struttura di tale centro del dolore dipende dal personale e dalle risorse disponibili, così come dalla popolazione dei pazienti che deve essere trattata. Dovrebbe prevedere un programma equilibrato di cure per pazienti neoplastici e non, così come una definita connotazione e tipologia di diversi medici specialisti e di personale di supporto da coinvolgere per le terapie concordate.

L’approccio al paziente con dolore è completo; affronta il problema dolore da ogni punto di vista diagnostico e da ogni possibile risvolto terapeutico.

Vanno considerati separatamente, dal punto di vista dell’organizzazione, i pazienti esterni ed interni.

Prestazioni che dovrebbero essere erogate da tale centro. (tab.1-1)

CLASSIFICAZIONE DEI SERVIZI/CENTRI DI TERAPIA DEL DOLORE

B. Multidisciplinary- interdisciplinary pain center:

una organizzazione, composta da professionisti di assistenza socio-economica ed economica in associazione al trattamento medico con esperti scientifici di medicina di base ed applicata, **che si occupa di ricerca, istruzione e cura di pazienti con particolare riguardo al dolore acuto e cronico**



D.C.Turk et al.: pain terms and tassonomies of pain. In S. Fishman et al.: Bonica's Management of Pain, 4° Ed, Wolters Kluver/Lippincott W&W, 2010

TABELLA 1-1 Prestazioni di un centro multidisciplinare di terapia del dolore

Valutazioni diagnostiche

I. Anamnesi

- questionari
- colloquio verbale

II. Esame obiettivo da parte dello staff medico

III. Tests psicologici e loro interpretazione

IV. Intervista psicologica (psichiatra o psicologo)

- intervista con il paziente
- intervista con i membri della famiglia

V. Laboratorio

- esami clinici
- radiografie, TAC, RNM, scintigrafia ecc
- tests speciali e specifici (termografia, EMG, potenziali evocati)

Terapeutiche

I. Farmacologiche (analgesici, psicotropi, antinfiammatori, rilassanti muscolari, antidoti).

II. Terapie comportamentali (strategie coping, biofeedback, e rilassamento)

III. Terapie di dolore complesse (blocchi nervosi, iniezioni di steroidi, interventi neurochirurgici e neurolitici, stimolazione neurale, chirurgia ortopedica).

IV. Terapie fisioterapiche

V. Servizi di supporto

Il servizio offerto può essere adeguato alle necessità dei pazienti, se l'ampio spettro di servizi e di trattamenti che tale clinica può offrire sulla base di consulenze si realizza in tempi contenuti.

C. Centro di terapia del dolore con orientamento a particolari sindromi. (“Pain clinic”)

Se il trattamento clinico si limita a considerare solo **problemi di dolore specifici (cefalea, dolore da cancro, lombalgia ecc.)**. Il range ed il peso del servizio offerto si riduce, così come la richiesta di personale. Il tipo di trattamento fornito determinerà le necessità di risorse e queste saranno in relazione alla sindrome che si intende prendere in considerazione. A seconda delle poche sindromi a cui il centro si dedicherà, la richiesta di personale specializzato è illustrata nella tabella sottostante (tab. 1-2):

Tab. 1-2 Tipologia dello staff di specialisti nella clinica orientata alla sindrome

<u>sindrome</u>	<u>staff</u>
cefalea	neurologo
lombalgia	ortopedici, fisioterapisti neurochirurghi, anestesisti
neoplasie	oncologi, radioterapisti, anestesisti, neurochirurghi, ortopedici
dolori facciali	otoiatri, neurologi
dolore artritico	reumatologi, ortopedici
centri di patologia spinale	neurologi, fisioterapisti, anestesisti

D. Centro del dolore orientato a specifici trattamenti (“modality-oriented clinic”)

Si tratta di centri specializzati a fornire singole forme di trattamento o limitate opzioni di procedure antalgiche.

Anestesisti che eseguono particolari blocchi nervosi, psicologi che mettono in pratica protocolli di trattamento comportamentale o cognitivo come unico sbocco terapeutico. ***Spesso tali trattamenti, per lo più forme semplici e facili di terapia antalgica, offrono un servizio inappropriato o inutile al paziente.*** Se questi clinici del dolore vogliono essere efficaci devono sottostare a questi criteri: devono avere familiarità con un ampio range di sindromi dolorose e devono essere in grado di possedere diverse opzioni terapeutiche; devono essere in grado di eseguire una valutazione medica completa; devono essere in grado di riconoscere facilmente le diverse sindromi dolorose e di indirizzare i pazienti per particolari trattamenti a specialisti di riferimento; devono essere in grado di garantire un rapido e facile accesso a opzioni terapeutiche alternative; non devono trattare in modo insistente pazienti che non rispondono o non possono rispondere al loro intervento terapeutico. ***Questi centri sono quelli che più facilmente offrono un servizio inappropriato e non necessario ai pazienti. Per svolgere una funzione appropriata devono soddisfare i criteri della tabella 1.3***

Tabella 1.3

- il direttore medico deve avere familiarità con un ampio range di sindromi dolorose ed opzioni terapeutiche
- valutazione a tutto campo da parte del medico
- facile riconoscimento delle sindromi dolorose che rispondono ai trattamenti disponibili nello staff del centro o dei medici di riferimento
- **rapido e facilitato accesso ad altre opzioni terapeutiche**
- buona intenzione a non trattare i pazienti in osservazione che non rispondono facilmente ai trattamenti a disponibili

E. Altri modelli di centri di terapia del dolore: «centro oligodisciplinare».

Tra questi un tipo comune di centro di terapia del dolore è costituito da un piccolo gruppo di medici che offrono un range ristretto di modalità terapeutiche. Esso è meglio descritto come “**centro oligodisciplinare**”. Tale gruppo spesso è in grado di trattare un ragionevole range di problematiche antalgiche, ma spesso si deve avvalere di consulenti per risolvere problemi richiesti dai loro pazienti.

Criteri di ammissione per programmi di trattamento del dolore

1. assenza di patologia suscettibile di chirurgia correttiva
2. non risposta ad approcci alla terapia medica e fisica
3. possibile componente psicologica della sindrome dolorosa
4. incapacità di ritorno alla attività normale per il dolore
5. non abuso di farmaci o alcool
6. inseribile in programmi di trattamento

Obiettivi dei programmi dei trattamenti di cura del dolore

- Aumentare la capacità fisica, la resistenza e lo sforzo fisica
- Sviluppare le capacità fisiche e psicologiche per evitare il ricovero
- Iniziare programmi professionali
- Incoraggiare l'autonomia e l'indipendenza individuale
- Iniziare programmi di impiego di farmaci a lunga durata
- Migliorare i modelli di riposo e sonno (da " Pain Clinic" eds. S.E. Abram, J.D. Haddox, 2000)

LO STAFF

Il Direttore Medico

Uno dei più importanti ed essenziali fattori per il successo organizzativo di un centro del dolore è il direttore medico. Dovrebbe essere un medico che possiede leadership medica, scientifica e organizzativa

1. Ruolo del direttore medico

- E' essenziale che abbia una **profonda conoscenza** di neurofisiologia della percezione del dolore, della farmacologia degli analgesici, psicotropi e agenti neurofarmacologici, nonché dei meccanismi psicologici del dolore acuto e cronico. Il direttore dovrebbe conoscere l'intero campo delle opzioni terapeutiche disponibili degli oppioidi per il trattamento del dolore così che l'ampio range delle modalità terapeutiche possa essere utilizzato sia direttamente sia tramite consulti.
- Il suo attributo più importante è di essere il **referente delle cure di tutti i gruppi di pazienti difficili**. Deve dedicarsi con attenzione ai pazienti ed ai loro familiari ed essere sicuro che ciò sia attuato anche dagli altri componenti dello staff. Deve evitare la tentazione di utilizzare procedure costose se l'incidenza di successo è limitata.
- **La specializzazione del Direttore** dipende per lo più dalla tipologia dei pazienti frequentemente trattata. Un oncologo è la scelta razionale per dirigere una clinica oncologica del dolore; un neurologo può essere qualificato per condurre un centro cefalee, un anestesista ha i requisiti migliori per trattare i sintomi dolorosi acuti e subacuti post-trauma.

2. Credenziali del direttore medico

3. responsabilità del direttore medico

Medici specialisti del dolore

- medici con conoscenze della clinica del dolore acuto e cronico
- una unità di trattamento multidisciplinare del dolore dovrebbe avere un proprio diretto staff o almeno rapido accesso, se necessario, a medici delle seguenti specialità: psichiatria, anesthesiologia, fisioterapia, NCH, ortopedia, chirurgia, neurologia e reumatologia.

Nurses

Devono possedere una qualificazione unica e particolare. A volte essere compassionevoli e a volte ostili e decise a seconda dei gruppi di pazienti. Devono conoscere le risorse disponibili per i pazienti con dolore e devono riconoscere e gestire rapidamente gli eventi avversi dei trattamenti. Inoltre: tabella 1.4

Tabella 1-4: compiti delle nurses della clinica del dolore

- Rilevare i dati paziente
- Consegnare e ritirare il questionario del dolore
- Consegnare i tests psicologici
- Riunire i i documenti
- Prendere la storia verbale del paziente e dei familiari
- Istruzione dei pazienti
- Discutere i principi del controllo con parenti e famiglia
- Fornire materiale scritto o audiovisivi
- Dare istruzioni per i trattamenti domiciliari
- Assistenza per i trattamenti invasivi
- Assistenza durante i blocchi nervosi
- Monitoraggio dei pazienti dopo le procedure
- Preparare alcune modalità terapeutiche (TENS,)
- Rifornimento di materiale e farmaci

Servizi di supporto

- Ricevimento
- Segreteria

Opportunità' Diagnostiche

La clinica multidisciplinare del dolore, per un funzionamento ottimale, richiede uno **spazio adatto** ed idoneo per la valutazione dei pazienti e un appropriato equipaggiamento per gli interventi terapeutici. Una **stanza di riunione** per discutere i casi è essenziale. Questo facilita la discussione sia con i membri del team multidisciplinare sia per i seminari e l'aggiornamento. Una **stanza per le procedure di blocco** dovrebbe essere disponibile con disponibili farmaci specifici ed equipaggiamento adeguato.

Il trattamento Efficace

In generale, la frequenza di risultati positivi di un centro del dolore multidisciplinare, spesso, risulta essere diverso da centro a centro, nonostante i numerosi studi sull'outcome dimostrano una efficacia totale di risultato dei centri del dolore multidisciplinari per quanta riguarda il trattamento dei pazienti con dolore cronico refrattario.

La variabilità nell'outcome che influenzano il successo dei programmi di trattamento dipende da:

1. Caratteristiche dei pazienti

- I pazienti trattati nel centro multidisciplinare tendono ad avere caratteristiche differenti rispetto a quelli trattati nei reparti medici convenzionali
- Gli individui coinvolti presentano elevate componenti di distress emozionale, utilizzano frequentemente le risorse delle strutture sanitarie, hanno deficit funzionali, fanno uso più spesso di oppiacei e dimostrano un'alta incidenza di interventi chirurgici.
- I pazienti dei programmi multidisciplinari sembrano essere a rischio di fallimento di ogni trattamento. Da ciò risulta che l'outcome del trattamento definitivo diventa di difficile da valutare.

2. Grande variabilità nelle misurazione dell'outcome da uno studio all'altro

Outcome del trattamento

Criteri utilizzati in alcuni centri

- ritorno al lavoro
- riduzione nell'utilizzo delle strutture di cura
- aumento dell'attività fisica
- riduzione nell'uso degli oppiacei
- riduzione delle richieste di sostegno sociale
- miglioramento della funzione a domicilio
- Costo di un inadeguato trattamento del dolore:
- diversi criteri. Per es. un paziente dimostra un buon controllo del dolore ma non ritorna al lavoro
- i costi del "mal di schiena" sono stati stimati nei vari paesi e sono elevati
- la disabilità rappresenta un altro grandissimo motivo di spesa
- la revisione della vasta letteratura, riguardo i costi, ha suggerito che il modello dei centri multidisciplinari del dolore non solo ha un alto significato nel trattamento dei pazienti con sindromi algiche, ma ha anche efficacia sul contenimento della spesa.

LA SPECIALIZZAZIONE

LA TERAPIA DEL DOLORE:
problema multidisciplinare o entità specialistica.
Gli specialisti del dolore .

E' diventato impossibile, oggi, per ogni medico diventare un esperto in ogni campo.

Come le conoscenze e la richiesta di specifica perizia aumentano, la naturale conseguenza è di dare consistenza alla "specializzazione".

C'è stato per lungo tempo un disagio con **il problema della specializzazione**, nonostante un'instancabile procedere in questa direzione.

Il problema della necessità di specializzazione e quello di rimanere non specialisti viene evidenziato già nei primi ricordi della storia della medicina.

I primi esempi di ciò riguardano le specializzazioni tra i "barbari" "chirurghi e gli internisti e una rivalità tra loro persiste ancora oggi.

L'anestesiologia , per es., è una specializzazione recente ed ora si è ulteriormente sviluppata verso ulteriori specializzazioni , dapprima con la istituzione delle "critical care", quindi con altre sub-specializzazioni (anestesia pediatrica,..... e ora **medicina del dolore**)

LA TERAPIA DEL DOLORE: problema multidisciplinare o entità specialistica.

- Una molteplicità di fattori influenzano i sintomi e le limitazioni funzionali dei pazienti con dolore cronico.
- Come conseguenza si pensa che la valutazione, attraverso diverse ottiche , eseguita da professionisti con una varietà di esperienze, metta in evidenza importanti aspetti che definiscano la compliance di questi pazienti ed aiutino a pianificare il loro trattamento.
- Il dilemma è che è estremamente difficile determinare i pesi che dovrebbero essere assegnati ai vari fattori in un paziente con dolore cronico.

D.C.Turk et al.: Multidisciplinary assessment of patients with chronic pain. In S. Fishman et al.: Bonica's Management of Pain, 4° Ed, Wolters Kluver/Lippincott W&W, 2010

LA TERAPIA DEL DOLORE:

problema multidisciplinare o entità specialistica.

Gli specialisti del dolore . Anestesia e dolore

- L'aggiunta della medicina del dolore come **sottospecialità dell'anestesia** è un esempio relativamente recente e un segnale della **crescita delle specialità mediche**.
- Con la specializzazione uno diventa **più esperto e familiare** in un ambito più ristretto, ma, come conseguenza, perde la capacità e le conoscenze per esercitare altri aspetti della pratica anestesiológica.
- Ma per qualcuno la medicina del dolore diventa una vocazione a tempo pieno, nonostante che i congressi e le riviste specialistiche in medicina del dolore dedichino poco spazio a quello che serve nella pratica anestesiológica in sala operatoria. **In comune alle due specializzazioni ci sono solo gli aspetti teorici e tecnici che riguardano i blocchi neurali in sala operatoria e utili anche nella medicina del dolore.**

LA TERAPIA DEL DOLORE:

problema multidisciplinare o entità specialistica.

Gli specialisti del dolore . Anestesia e dolore

- Aspetti che riguardano le **cause e le complicazione del dolore** acuto e cronico, specie nella scienza neuro-comportamentale, e quelli che riguardano le **capacità diagnostiche** nelle diverse sindromi algiche tipiche di diverse altre specialità, non sono molto comuni alla pratica anestesiologicala, ma **importanti nella medicina del dolore**.

LA TERAPIA DEL DOLORE:
problema multidisciplinare o entità specialistica.

Gli specialisti del dolore .

- **1953 Bonica** scrive il libro *The Management of Pain*, promuove la terapia multidisciplinare del dolore, sviluppa l'anestesia regionale, ma realizza però che queste tecniche sono talvolta inadeguate a soddisfare le richieste dei pazienti. Sviluppa poi aspetti del dolore per i quali ritiene necessario una **disciplina separata** e competenze sia intellettuali sia di esperienza clinica specifiche di diverse altre specializzazioni. Promuove la **formazione formale** di esperti di terapia del dolore.

**LA TERAPIA DEL DOLORE:
problema multidisciplinare o entità specialistica.**

Gli specialisti del dolore .

- **1974** nasce la IASP e la rivista Pain.
- Prima del 1992 l'insegnamento non accreditato della medicina del dolore era eseguito di solito presso i dipartimenti di anesthesiologia. Alcuni dei primi docenti di medicina del dolore appartenevano ad **altre specialità.**
- Al di fuori degli Usa, ed ad eccezione dell'Australia, questo insegnamento informale era un ruolo dei **primi esperti di medicina del dolore.**

**LA TERAPIA DEL DOLORE:
problema multidisciplinare o entità specialistica.**

Gli specialisti del dolore .

- **1992- 1993.** American Board of Anesthesiology (ABA), American Board of Medical Specialist, Resident Review Committee (RRC), Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), dopo accordi e disaccordi, iniziano ad accreditare programmi di formazione formale e di certificazione di sub-specializzazione medica in medicina del dolore (**Subspeciality Certification in Pain Medicine**).

THE ANESTHESIOLOGIST

**PHYSICIAN / MEDICAL SPECIALIST
EXPERT IN PAIN MANAGEMENT**

American Board of Anesthesiology

written examination

oral examination

recertification examination

subspecialty certification in Pain Medicine

LA TERAPIA DEL DOLORE: problema multidisciplinare o entità specialistica.

Gli specialisti del dolore .

- **1999-2000.** L 'ABA coinvolge nella collaborazione per l'accreditamento, per i diplomi in medicina del dolore, per la qualità dell'insegnamento e per uniformare un set di richiesta di programmi anche le società American Board of Psychiatry and Neurology (ABPN) e American Board of Physical Medicine & Rehabilitation (ABPMR).
- E' risultato importante nell'evoluzione della disciplina la creazione di **medici accademici** all'interno dell'associazione per intraprendere programmi di ricerca ed aggiungere nuove conoscenze in questo campo.

LA TERAPIA DEL DOLORE: problema multidisciplinare o entità specialistica.

Gli specialisti del dolore .

- La maggior parte, al momento, dei programmi accreditati risultano all'interno dei dipartimenti anestesiologicali accademici ed i loro direttori sono **anestesisti**.
- **Specialisti di altre discipline** hanno contribuito con la loro esperienza clinica e di ricerca allo studio del dolore.
- Gli esempi più evidenti riguardano i **neurologi** che hanno sviluppato la clinica e la ricerca nel campo delle cefalee e delle neuropatie periferiche.
- **La medicina fisica e riabilitativa** ha inoltre sviluppato un'esperienza nella riabilitazione funzionale e nel recupero dal dolore cronico, soprattutto muscolo-scheletrico.

**LA TERAPIA DEL DOLORE:
problema multidisciplinare o entità specialistica.**

Gli specialisti del dolore .

- Gli **psichiatri** sono intervenuti dove il dolore era accompagnato da disturbi comportamentali, stress, depressione, ansia ed abuso di sostanze.
- Negli ultimi 10 anni **diversi specialisti di altre discipline** hanno acquisito delle **sub-specializzazioni in medicina del dolore**.
- **Ma il numero di medici che, nello stesso tempo, si dichiarano specialisti in medicina del dolore è straordinario**; tra questi vi sono alcuni medici che affrontano solamente alcuni aspetti o approcci al dolore cronico, magari solamente offrendo delle iniezioni di vario tipo.

**PROCEDURE MINI-INTERVENTISTICHE/INVASIVE O
CHIRURGIA PERCUTANEA NELLA TERAPIA DEL DOLORE**

Le tecniche invasive nel dolore cronico: un'altra «subspeciality»

In USA, nel 2001, la Carrier Advisory Committees (CAC), ha definito che l' "Interventional Pain Management" (IPM), fa parte della 34° nuova specializzazione medica, denominata "**Interventional Pain Medicine**".

- **La terapia antalgica farmacologica è per lo più sintomatica** (fans, analgesici centrali e adiuvanti).
Riduce la soglia di percezione del dolore.
- **Le tecniche invasive sono mirate ad intervenire sulla sede del dolore, alla neuromodulazione o neurolesione.**

Le tecniche invasive nel dolore cronico: definizioni

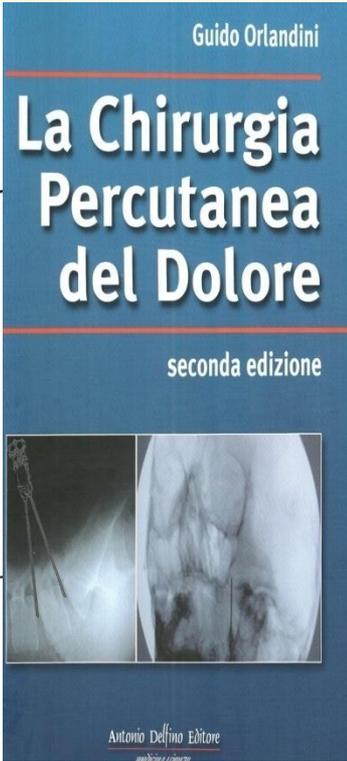
- **II National Uniform Claims Committee (NUCC) (1999)** definisce il trattamento “interventional” del dolore come la disciplina medica indirizzata alla diagnosi e terapia del dolore e dei relativi disturbi che applica tecniche interventistiche in caso di sindromi algiche subacute, croniche, persistenti ed intrattabili, come unico atto terapeutico o in combinazione con altri provvedimenti.
- **II Medical Payment Advisory Commission (Med-PAC) (2001)** descrive le tecniche interventistiche come procedure minimamente invasive che prevedono il preciso inserimento di **aghi percutanei con infusione di farmaci in definite aree o la ablazione di strutture nervose e alcune tecniche chirurgiche** come: laser, discectomia endoscopica, pompe per infusione intratecale, SCS ecc., per la diagnosi ed il trattamento del dolore cronico, persistente o intrattabile.

Topographic Map of the Interventional Technique

Numerose tecniche per tipologia, per distretti e modalità di esecuzione

Chapter Head and neck

- 6 Trigeminal ganglion block and neurolysis
- 7 Maxillary nerve block
- 8 Mandibular nerve block
- 9 Glossopharyngeal nerve block
- 10 Cervical (C3-C7) nerve root block and radiofrequency thermocoagulation
- 11 Sphenopalatine ganglion block and neurolysis
- 12 Stellate ganglion block
- 13 Atlanto-occipital joint block
- 14 Atlantoaxial joint block
- 15 Cervical facets median branch block and radiofrequency thermocoagulation
- 16 Cervical epidural nerve block
- 17 Cervical discogram
- 18 Brachial plexus block



Chapter Chest/Thorax

- 19 Intercostal nerve block
- 20 Thoracic sleeve and dorsal root ganglion block and neurolysis
- 21 Suprascapular nerve block
- 22 T2 and T3 sympathetic nerve block and neurolysis
- 23 Thoracic facet block and radiofrequency thermocoagulation
- 24 Thoracic epidural block
- 25 Thoracic discogram

Chapter Pelvis

- 35 Sacral nerve root injection
- 36 Hypogastric plexus block and neurolysis
- 37 Ganglion of Impar block
- 38 Sacroiliac joint injection

Chapter Lower Extremities

- 39 Sciatic nerve catheter placement and block
- 40 Piriformis muscle injection

Chapter Lumbar/Abdomen

- 26 Lumbar sleeve and dorsal root ganglion block
- 27 Splanchnic nerve block
- 28 Celiac plexus block and neurolysis
- 29 Lumbar sympathetic block and neurolysis
- 30 Lumbar facet block and median branch blocks
- 31 Lumbar provocative discography
- 32 Intradiscal electrothermocoagulation
- 33 Vertebroplasty
- 34 Psoas and quadratus lumborum muscle injection



Le tecniche invasive nel dolore cronico: considerazioni generali

La loro **IMPORTANTZA** è stata definita sulla base di:

- progressi della diagnostica per immagini (TAC, RNM),
- sviluppi nella anatomia nervosa,
- sempre nuove scoperte di mediatori chimici e di devices,
- maggior precisione diagnostica e terapeutica nella tecnica di esecuzione,
- successi terapeutici ottenuti con trattamenti non chirurgici.

M.I.S.S.

Negli ultimi anni, la disponibilità di metodiche mini-invasive è divenuta sempre più ampia e la richiesta di queste metodiche da parte dei pazienti sempre maggiore.

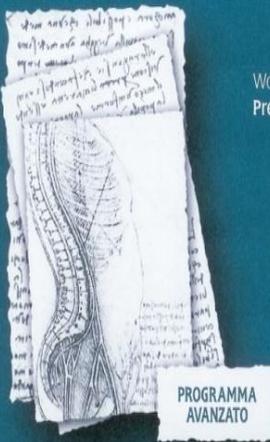
Tuttavia, la crescente offerta dell'industria biomedica ha creato in molti chirurghi confusione ed incertezze riguardo alle indicazioni e all'efficacia terapeutica di alcuni impianti o tecniche chirurgiche.

Ciò anche in considerazione del fatto che vi è stata, talora, una sorta di corsa verso l'impiego del "nuovo" senza un'adeguata validazione scientifica dei risultati clinici degli impianti e strumentazioni disponibili sul mercato.

Rome Spine 2007

RIABILITAZIONE
DEL RACHIDE

Workshops Teorico-Pratici
Presidente Valter Santilli



PROGRAMMA
AVANZATO

Trattamenti del rachide
lombare degenerativo

Chirurgia mini-invasiva
e tecniche convenzionali

Presidente
Franco Postacchini

Co-Presidente
Pier Paolo Maria Menchetti

Roma
2-3 dicembre 2007
Hotel Ergife
Via Aurelia, 617 - 619

Convegno Internazionale

MISS: LA LORO IMPORTANZA

- cresciuta la loro utilizzazione parallelamente all'aumento di incidenza del dolore lombare
- progressi delle nuove, innovative e precise tecniche sotto guida fluoroscopica, TAC
- sono sempre più impiegate nelle diverse branche specialistiche (neurochirurghi, ortopedici, algologi , radiologi, anestesisti...)
- la loro pertinenza è messa in dubbio da alcune linee guida, revisioni Cochrane ed articoli. La maggior parte di queste revisioni è ambigua, spesso include o esclude una letteratura significativa di trails randomizzati e studi osservazionali

ULTERIORI CONSIDERAZIONI

- **Discectomie, microdiscectomie e laminectomie** sono spesso proposte dai chirurghi per il trattamento di ernie espulse, contenute o con dischi sequestrati. Gold standard.
- Pazienti con dischi erniati/contenuti, i quali non rispondono alla terapia conservativa, spesso non sono considerati come candidati chirurgici per paura di esiti spesso deludenti, insuccessi e rischio FBS e complicanze!!
- I risultati delle terapie conservative sono spesso insoddisfacenti
- Per tali pazienti si è iniziato ad eseguire, da circa 20/15 anni, diverse procedure percutanee impiegando una varietà di tecniche termiche, meccaniche, farmacologiche ecc.

LA TERAPIA DEL DOLORE:

problema multidisciplinare o entità specialistica.

La medicina del dolore come specialità medica primaria .

- **1989.** L'ABA, in disaccordo con l'ABPM prende l'iniziativa di **certificare la sub-specialità in trattamento del dolore, modificandola poi con il termine di medicina del dolore.**
- **anni 1992-2000.** Per l'ABA i **non anestesisti erano generalmente esclusi dall'acquisizione di questa specializzazione.** Gli anestesisti in formazione dovevano frequentare per **tre anni** l'anestesia e quindi per **un anno** dedicarsi al trattamento del dolore. Questi specialisti però erano **impreparati intellettualmente e clinicamente a trattare il dolore cronico nell'ambito bio-psicosociale e nell'affrontare la malattia cronica.** Per altri aspetti, come la pratica della medicina interventistica su cui dovevano poi impraticarsi, si dovevano impegnare nella pratica quotidiana allo stesso modo dei **pionieri della prima generazione di "specialisti" del dolore che non avevano frequentato nessun corso di formazione.** La pratica delle tecniche di **anestesia regionale, per varie motivazioni, veniva sostenuta più che avvalorare il trattamento della malattia cronica e la riabilitazione funzionale.**

LA TERAPIA DEL DOLORE:

problema multidisciplinare o entità specialistica.

La medicina del dolore come specialità medica primaria .

- **1993.** In opposizione a queste iniziative di sub-specializzazione emergente, come soluzione temporanea, a loro volta, l'**ABPM e ABMS** organizzano **corsi brevi di accreditamento in medicina del dolore per le 5 “classiche” specialità primarie** (che dicono di aver sempre trattato il dolore) progettati e psicometricamente validati e in linea con i presupposti multi-specialistici originari della medicina del dolore, praticata da professionisti con provata esperienza, non da specialisti o sub-specialisti in specialità affini. Abilitati **2200 specialisti** di queste 5 specialità.

LA TERAPIA DEL DOLORE:

problema multidisciplinare o entità specialistica.

La medicina del dolore come specialità medica primaria .

- Il razionale per una specialità separata in medicina del dolore comporta l'analisi di alcuni elementi che riguardano: - *la richiesta della salute pubblica, - una accresciuta richiesta di trattamento del dolore come un'umana esigenza; - le difficoltà inerenti alla pratica della medicina del dolore, - una inadeguata preparazione e conoscenza del dolore accompagnata da fondamenti pratici e scientifici in rapida evoluzione e - la necessità di integrare la medicina del dolore con le cure primarie.*
- Gli **alti costi** di un non adeguato trattamento del dolore sono motivo di crisi nella nostra società di cura della salute e ciò è ben documentato.
- I pazienti lamentano questo stato di cose e richiedono interventi a vari livelli per un cambiamento dell'organizzazione medica, **essa stessa in difficoltà per la competizione all'interno delle specializzazioni già consolidate.**

**LA TERAPIA DEL DOLORE:
problema multidisciplinare o entità specialistica.**

La medicina del dolore come specialità medica primaria .

- **Oggi il medico di medicina del dolore** ha a disposizione moltissime conoscenze che costituiscono una base per diversi trattamenti efficaci (neuromodulazione, terapie fisiche, blocchi nervosi ecc.ecc.).
- **La ABPM, AAPM e numerosi altri specialisti** riconoscono la necessità di una preparazione più intensiva e lunga in medicina del dolore (2 anni di studio e/o 3 anni di frequenza) per utilizzare pratiche che possono essere idonee al trattamento di pazienti affetti da dolore cronico, per definire standard per la formazione di medici e sviluppare la ricerca clinica e la politica sanitaria.
- **Ogni medico delle specialità tradizionali può contribuire a queste conoscenze di base e mettere a disposizione la sua esperienza, ma gli stessi non sono preparati a trattare l'ampio spettro del dolore cronico. Spesso, se non inseriti in un preciso contesto, contribuiscono alla frammentazione ed all'inefficienza della salute pubblica.**

LA TERAPIA DEL DOLORE:

problema multidisciplinare o entità specialistica.

La medicina del dolore come specialità medica primaria .

- La conoscenza specialistica, la cultura, la formazione e l'aspetto multidisciplinare indica che l'evoluzione della medicina del dolore è verso una **specialità autonoma** alla stessa stregua della medicina dell'urgenza o della fisioterapia e riabilitazione.
- **Conoscenze e capacità algologiche di altre recenti discipline, inizialmente frammentate, sono col tempo confluite nel novero delle specializzazioni primarie** a causa della incapacità dei diversi specialisti ad offrire un approccio integrato che dovrebbe essere utile ai pazienti, alla scienza medica ed alla salute pubblica.
- Ora il momento di **stabilire gli standards** per la medicina del dolore, come specialità primaria, è condiviso.
- 2007. **Diversi stati** come l'Australia, New Zealand e poi la EUMS/UEMS (European Union of Medical Specialists) e China (2007) sono indirizzati a definire la medicina del dolore come una **specialità separata**

**LA TERAPIA DEL DOLORE:
problema multidisciplinare o entità specialistica.**

La formazione in medicina del dolore in Europa.

Non c'è una formazione sistematica per studenti in medicina.

- **La Germania** ha indicato un curriculum di base per studenti. Ma l'educazione di base è **sottostimata dai centri ufficiali della salute** ed è diversificata da paese a paese.
- **Per la EUMS/UEMS (2007) la formazione è ritenuta essere di appannaggio dell'anestesiologia anche se poi si asserisce che non è solo dell'anestesiologia. Comunque una qualificazione anestesiological aggiuntiva è raccomandata.** L'approccio multidisciplinare è preso in considerazione. La durata proposta della formazione in medicina del dolore è di tre mesi nell'ambito dei 5 anni della specializzazione in anestesia e rappresenta solo il 5% del tempo di formazione e il dolore è presente solo nel 10% delle domande multiple choice.
- **Scandinavia:** la Nordic Education in Advanced Pain Medicine delibera: la parte clinica dura tre mesi e la formazione prevede, unica in Europa, una parte scientifica.
- **GB:** da anni si discute se la medicina del dolore è specialità a sé o collegata ad altre specialità come l'anestesiologia. Il curriculum in pain medicine prevede sei mesi di frequenza con esami scritti, orali e di pratica.

LA TERAPIA DEL DOLORE:

problema multidisciplinare o entità specialistica.

La formazione in medicina del dolore in Europa.

- **Germania ed Austria: 1992**, formazione specialistica in medicina del dolore; **80 ore di corso teorico e 1 anno di pratica in un centro clinico certificato per il dolore**, dove il medico deve frequentare regolarmente le conferenze multidisciplinari sul dolore.
- **Spagna**: la WHO in Catalogna ha sponsorizzato un progetto di controllo del sintomo dolore e risparmio economico rispetto a quanto evidenziato nel resto del paese.

LA TERAPIA DEL DOLORE:

problema multidisciplinare o entità specialistica.

La formazione e l'accreditamento nella medicina del dolore interventistica.

- **Le nuove tecnologie sono apparse con straordinaria velocità.** Alcune di queste richiedono da parte del medico **conoscenze specifiche e capacità tecnica.** Spesso sono ritenute e validate in modo limitato; per es. la applicazione clinica della RF pulsata ha preceduto i test specifici di validazione e di efficacia.
- La medicina del dolore interventistica si è evoluta come **una disciplina distinta** con necessità di formazione, di nuove e specifiche conoscenze ed esperienza.
- L'ACGME ha definito un **numero minimo** di procedure specifiche da eseguire prima di essere accreditati.

E in

ITALIA.....

c'era una volta....

si iniziava ad applicare le metodiche di blocco utilizzate in sala operatoria al fine di controllare dolori di varia origine.....ma sempre e rigorosamente come prestatori d'opera per conto terzi.

Quindi diagnosi (??) formulata da altri e spesso terapia suggerita da altri!!



Anni 50 – 60 - 70

I pionieri della prima generazione di “specialisti” del dolore:

- Anestesisti, perlopiù, e responsabili di scuole e servizi di anestesia, ma anche altri specialisti.
- Autodidatti (non avevano frequentato nessun corso di formazione) o avevano frequentato centri o specialisti del dolore all'estero.
- Alcuni hanno acquisito esperienza e notorietà in campo nazionale ed internazionale con procedure innovative, lavori scientifici, pubblicazioni di libri e congressi.
- Di norma, esperti in alcune procedure specifiche.
- In alcune sedi universitarie hanno organizzato corsi di formazione e perfezionamento +/- formalizzati.
- Per i giovani anestesisti erano in un altro pianeta.

Anni 80 - 90

- **La scuola di specializzazione** in anestesia e rianimazione con la riforma delle scuole di specializzazione, passando da tre a cinque anni, dava la possibilità, in alcune sedi, se il numero di studenti era consistente, di prendere per gli ultimi due anni **l'indirizzo in terapia antalgica**.
- **L'Università di Verona**, unica in Italia, istituisce formalmente la scuola di specializzazione **“primaria” in “fisiopatologia e terapia” del dolore della durata di 5 anni**. Il suo riconoscimento tra le “specializzazioni primarie” non permette la partecipazione ai concorsi come titolo richiesto esclusivamente. Dopo circa 10 anni e dopo aver diplomato circa 80 medici viene interrotta la sua istituzione.
- **L'Università di Milano** attiva un corso di perfezionamento di due anni per un breve periodo.
- Appaiono le prime società scientifiche di terapia del dolore: **AISD e SICD**.
- Si svolgono diversi congressi nazionali ed internazionali dedicati esclusivamente al dolore; alcuni su tematiche di terapie del dolore accettate come convenzionali, altre di non convenzionali (agop. o altro).

Anni 90

- Fine anni 90. Inizio di **corsi di aggiornamento teorico- pratico** di terapia del dolore con cadenza annuale/biennale della durata di diverse settimane organizzati in diverse sedi universitarie e non.
- **Istituzione dei primi centri**, non autonomi, di terapia del dolore in alcune strutture ospedaliere nell'ambito della anesthesiologia e di centri di centri orientati a specifiche patologie dolorose (neurologia - cefalee). Spesso associati alle cure palliative.
- I centri di terapia del dolore cronico sono **aperti per un numero limitato di ore e giorni alla settimana** e sono a carico di alcuni anestesisti che svolgono l'attività in modo alternato con la sala operatoria. Non sono dotati di posti di degenza (event. In Rianim.)
- Allo stesso modo iniziano l'attività i **centri di cure palliative negli ospedali e/o negli Hospis autonomi o non**. Questi ultimi a carico non solo dei servizi di anestesia e rianimazione.

LEGGE 39/1999: terapia del dolore e cure palliative, ma..... poche risorse per il dolore cronico

200 MILIONI € PER
188 STRUTTURE
2025 POSTI LETTO



Piano Strategico Terapia del Dolore e Cure Palliative

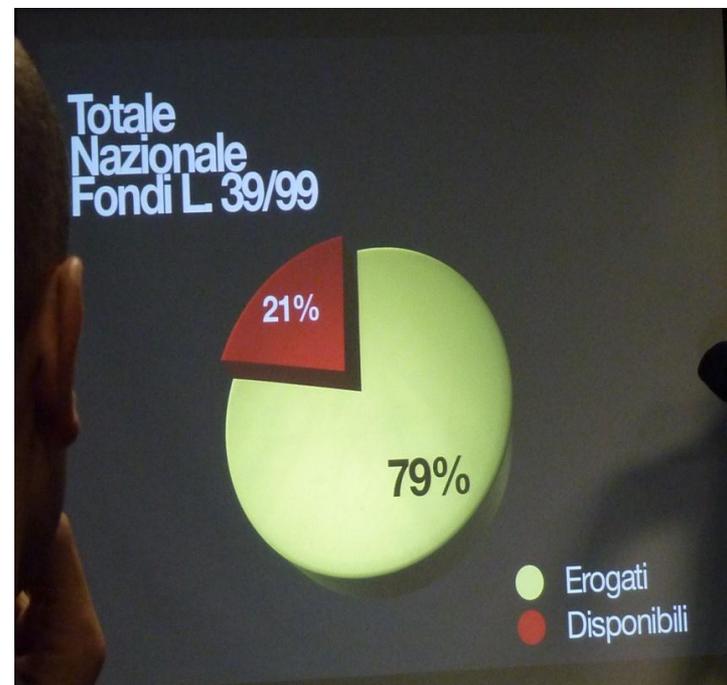
Guido Fanelli

Ordinario
Anestesia e Rianimazione
Università di Parma

Presidente della Commissione Ministeriale
Terapia del Dolore e Cure Palliative
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali



Da G. Fanelli, Parma 2010



Cure palliative

Disponibilità di posti letto "hospice"



Anni 2000

- **Le società scientifiche e “non”** che si occupano di dolore aumentano di numero e di tipologia (nazionale, interregionale, ONLUS ecc.) e non solo in ambito anestesiologicalo, ma anche create e sostenute all’interno di altre specialità.
- Anche la stampa fa la sua parte per il dolore, sottolineando e denunciando la carenza della cura contro il dolore.

L’HUFFINGTON POST

in collaborazione con il **Gruppo Espresso**

- Alcuni esempi di società con interesse per il dolore:
ACP AGE AIMEF AIOM AIP AIRO AISD ANIMO ANIRCEF ANTEA
ANTIAGE CIND CIPOMO CROI EFIC FADOI FCP FIMP FIOG FISA
OTODI SARNEPI SIAARTI SIARED SIC SICD SICO SICP SIF SIFO
SIFOP SIGG SIGOS SIGOT SIM SIMFER SIMG SIMI SIMIT SIMP SIN
SIOT SIP SIR SIRN SISC SNO SOMIP.



SIMFER

Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

sito dell'Associazione Scientifica dei medici che lavorano in riabilitazione

Anno 2001. Progetto **COSD**. Compiti/risultati:

- assicurare un **osservatorio specifico del dolore** nelle Strutture Sanitarie e in particolare Ospedaliere;
- coordinare l'azione delle differenti equipe e la **formazione continua dei professionisti sanitari**;
- promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle Strutture Sanitarie la **disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppiacei**, in coerenza con le indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), assicurando inoltre la valutazione periodica del loro consumo;
- **promuovere protocolli** di trattamento delle differenti tipologie di dolore.

Le linee guida prevedevano, inoltre, una fase di rilevazione del fabbisogno in relazione alle conoscenze già esistenti sulle tematiche del dolore, una fase informativa rivolta a tutto il personale delle Aziende Sanitarie e ai cittadini e la valutazione periodica della loro applicazione.

Nonostante l'idea progettuale fosse stata condivisa con le Regioni, nella realtà l'accordo ha trovato una scarsa applicazione; infatti, le Aziende Sanitarie che hanno attivato i COSD sono circa il 90% nel Nord, il 60% nel Centro e il 40% al Sud. **La mancata realizzazione, nella quasi totalità del Paese, di quanto previsto dagli atti sopramenzionati non ha permesso di colmare le lacune nella risposta alle persone con dolore, problema ancora più evidente in ambito pediatrico.**

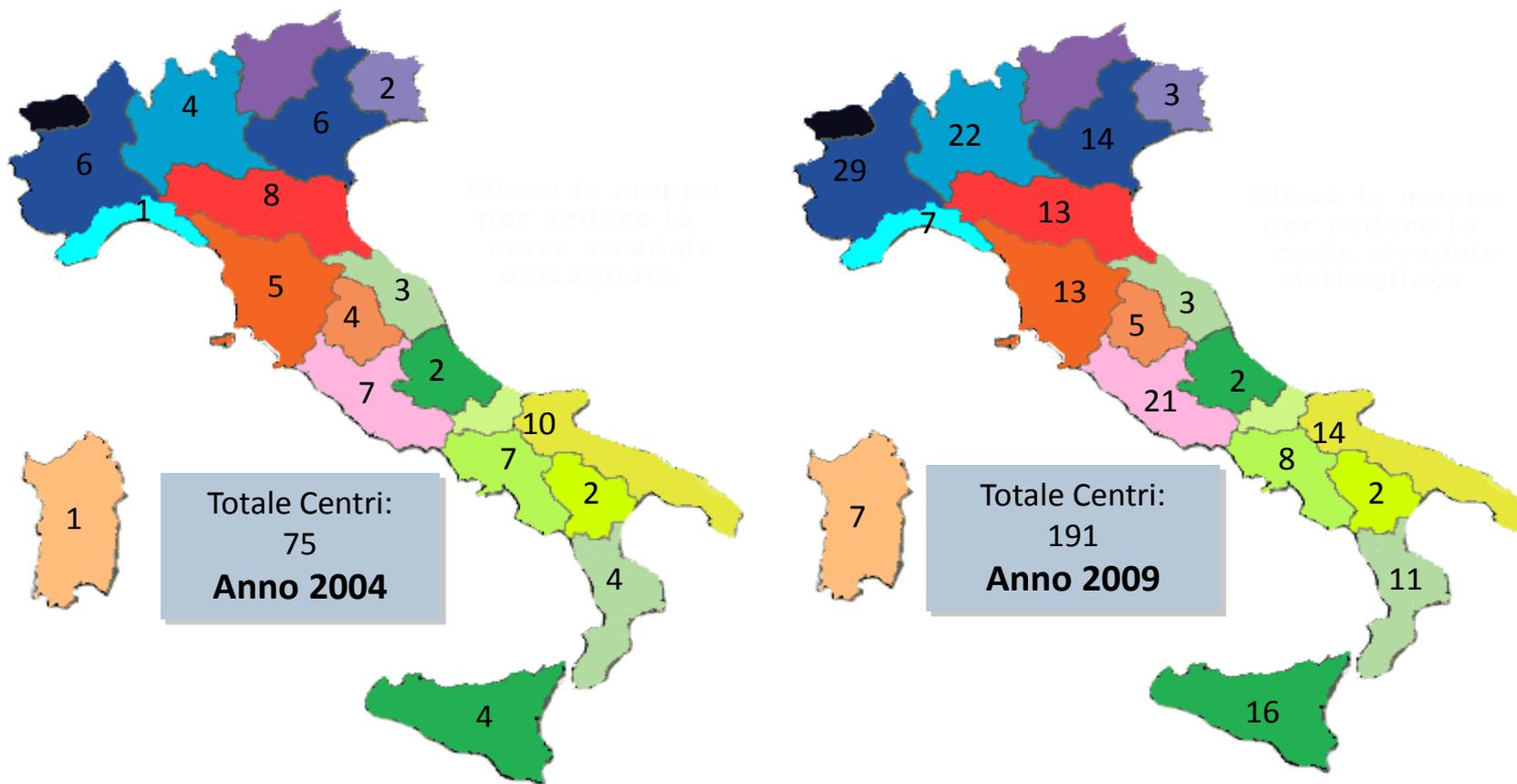
Anni 2000 - 2010

- **I centri di terapia del dolore aumentano** di numero e di consistenza sia per quanto riguarda i tempi di apertura sia per quanto riguarda la gestione che viene affidata, in parte, ad un responsabile di struttura semplice nell'ambito sempre dell'anestesia, ma ad essi, spesso, **competono anche le attività di cure palliative.**
- **I centri autonomi di sola terapia del dolore** affidati ad un direttore di strutt. Complessa sono una rarità e sono di competenza di un anestesista (concorso). Talora fanno parte di un dipartimento. La loro dotazione strutturale e di personale medico ed infermieristico è limitata. Raramente sono dotati di posti letto di ricovero dedicati.

**PROGETTO
BENCHMARKING CENTRI TERAPIA
DEL DOLORE
2004 -/ 2009**

Mod. da: Raffaelli W.
Rimini, Parma 2010

Distribuzione centri per regione



Formazione specialistica dei dirigenti medici dei Centri di TD :
85 % Scuola Biennale ISAL-Rimini

I centri di terapia del dolore negli anni 2000

**Inomogeneità
tra loro per:**

**Validazione
Strumenti
diagnostici**

**Procedure
Terapeutiche**

**Identificazione
Codice
Ministeriale**

**Valorizzazione
DRG**

Centri di Terapia del Dolore

Dati ricavati da

* Ricerca finalizzata del Ministero sul
modello dei centri di terapia del dolore –
Bonezzi C.-Raffaelli W 2007-08
Benchmarking FederDolore 2004-09

**L'attuale rete di terapia del
dolore oltre che incompleta
è senza una modalità
programmata di
funzionamento.**



Ministero della Salute

**PROGETTO
BENCHMARKING
CENTRI TERAPIA
DEL DOLORE
2004 -05 -/
2007-08**

I centri di terapia del dolore negli anni 2000

L'offerta di Cura - Fenomeno dello *shopping patient*.

Il **33,3%** dei casi prima di giungere al Centro di TA consultano dai 3 ai 7 specialisti e esperti di con aggravio di tempo e denaro

Perché non è a conoscenza dell'esistenza di un Centro del dolore o specialista del dolore .

Solo il 36,4% è inviato dal MMG

Il **21,2%** dei pazienti affetti da Dolore:

Non sa a chi rivolgersi per curare la sofferenza

E' disorientato nel sistema delle cure.

- **Dopo le prime manifestazioni di dolore, quanto tempo ha atteso prima di rivolgersi ad un Centro specialistico per un consulto?**
- **Settimane 39,2 %**
- **Mesi 36,3%**
- **Anni 24,5 %**

LA GESTIONE DEL DOLORE CRONICO CRONICO NON NEOPLASTICO E' ANCORA INADEGUATA?? PUNTI CRITICI

- La **valutazione complessiva del paziente con dolore è limitata.**
- Il **“dolore difficile”**: richiede strategie diagnostiche e terapeutiche complesse e dispendiose. Gli esperti sono pochi e per diventarlo è richiesto un lungo training.
- Scarso e inappropriato utilizzo dei farmaci adiuvanti e degli oppioidi
- Diverse **linee guida** sono disponibili per la terapia del dolore da cancro, mentre documenti di riferimento autorevoli e condivisi sul trattamento del dolore cronico nel paziente con normale aspettativa di vita sono pochi.
- Le metodiche per una **valutazione strumentale** del dolore sono costose, non sempre disponibili, di difficile interpretazione e difficilmente conclusive in relazione al caso clinico.
- **Limitata conoscenza medica** dei limiti e delle varie opzioni terapeutiche nelle varie fasi della malattia e nelle specifiche patologie algiche

Ethics

An Ethical Analysis of Crisis in Chronic Pain Care: Facts, Issues and Problems in Pain Medicine; Part I

James Giordano, PhD¹, and Michael E. Schatman, PhD²

Pain Physician 2008; 11:589-595 • ISSN 1533-31

Ethics

A Crisis in Chronic Pain Care: An Ethical Analysis Part Two: Proposed Structure and Function of an Ethics of Pain Medicine

James Giordano, PhD¹, and Michael E. Schatman, PhD²

Ethics

A Crisis in Chronic Pain Care: An Ethical Analysis. Part Three: Toward an Integrative, Multi-disciplinary Pain Medicine Built Around the Needs of the Patient

James Giordano, PhD¹, and Michael E. Schatman, PhD²

CRISI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO: PERCHE'?

- **ridotto trattamento del dolore**
- **inappropriata o eccessiva somministrazione di farmaci**
- **tensioni e conflitti che si sviluppano all'interno della medicina del dolore**
- **deficit di terapia del dolore tecnicamente appropriata ed eticamente conforme.**
- **Il "patient as consumer" e i trattamenti "high value".**
- **Eccessiva utilizzazione di oppioidi e di tecniche invasive**

- **ALGOLOGIA O MEDICINA DEL DOLORE**
- **CENTRI SPOKE E HUB DI MEDICINA DEL DOLORE**
- CENTRI DI CURE PALLIATIVE (con ambiti di azione e specificità spesso integrabili ma non identiche a quelle della algologia)
- **SPECIALISTI DI DIVERSE BRANCHE CON SPECIFICHE CONOSCENZE DI FISIOPATOLOGIA E TERAPIA DEL DOLORE IN TEAM ED IN STRETTO COLLEGAMENTO CON I MMG**



ma....**OGGI 2011/12** si parla di.... Legge 38 marzo 2010



IMPACT (**Interdisciplinary Multitask PAIN Cooperative Tutorial**) dove si riuniscono Istituzioni (Ministero della Salute, AgeNAS, Agenzia italiana del farmaco, ISSS, Regioni) e oltre 60 Società Scientifiche o Associazioni o Fondazioni al fine di individuare le azioni per dare concreta attuazione alla Legge 38/2010. il confronto si svolge tra i referenti delle **Società Scientifiche e Associazioni interdisciplinari** sulle criticità e barriere da abbattere per dare completa attuazione alla Normativa della legge.

Anni 2001 – 2012. Dal progetto “Ospedale senza dolore” al progetto “Ospedale e territorio senza dolore”

- Il progetto “**Ospedale senza dolore**”, che ha trovato scarsa applicazione, è stato il primo tentativo di dare una risposta concreta alle richieste dei pazienti ricoverati in ospedale, nei quali spesso il dolore veniva trascurato.
- Ciò che caratterizza il progetto “**Ospedale e territorio senza dolore**” è l’istituzione di una **Rete di Terapia del Dolore**. “Formare i MMG su specifici percorsi diagnostico – terapeutici – assistenziali” è uno degli obiettivi principali.

LA RETE

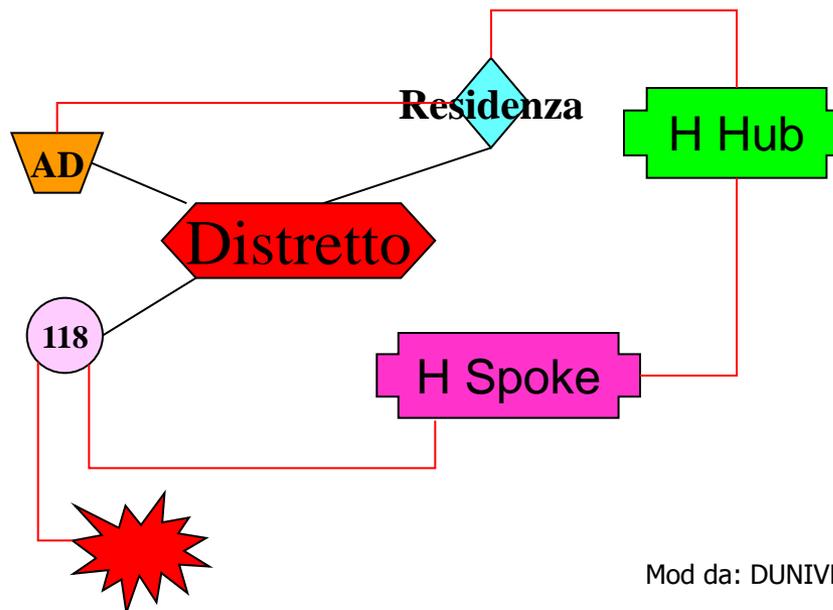
MODELLO

Nodi

Centri di produzione delle prestazioni: servizi degli Ospedali (Hub-Spoke) e servizi dei Distretti (118, servizi ambulatoriali, domiciliari, residenziali, semiresidenziali)

Maglie

Collegamenti funzionali: mobilità dei pazienti e degli operatori secondo Procedure



GLI OSPEDALI NELLA RETE

MODELLO

The logo for the Hub model, featuring the word "Hub" in a bold, black, sans-serif font, slanted to the right, set against a red rectangular background.

(Mozzo)

Ospedali di eccellenza (3° livello): elevata tecnologia e bassi volumi di attività.

Sono in numero limitato e in ambito Regionale

Aree: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Trapianti, Grandi ustioni, Traumi, Cure intensive perinatali, Emergenze-Urgenze, Riabilitazione, terapia del dolore.....

The logo for the Spoke model, featuring the word "Spoke" in a bold, black, sans-serif font, slanted to the right, set against a red rectangular background.

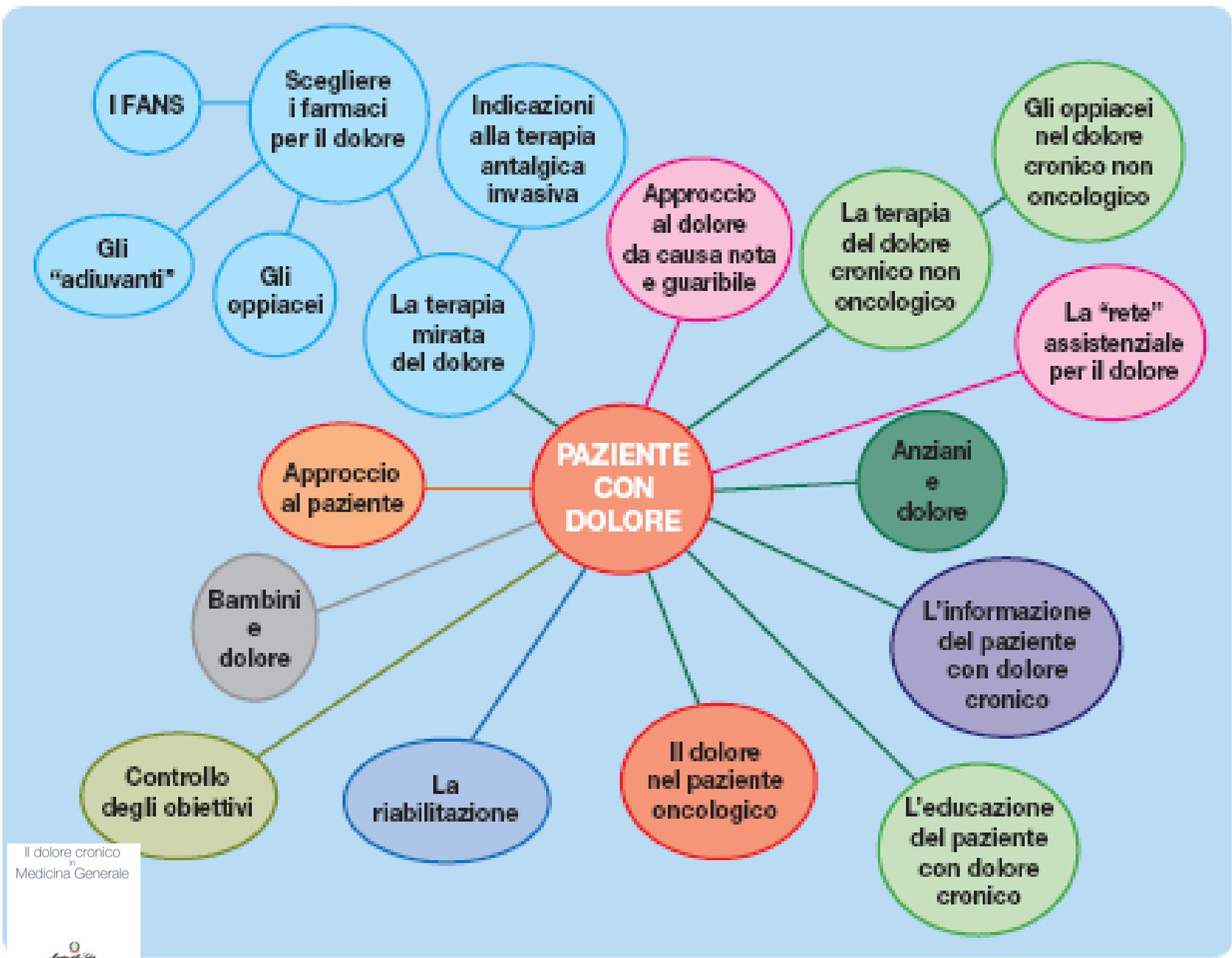
(Raggio)

Ospedali di minore specializzazione (2° livello): tecnologia normale e alti volumi di attività.

Sono in numero più elevato e in ambito Provinciale

Figura 1. Percorso cognitivo e strumentale proposto dal manuale-guida.

I
L
D
O
L
O
R
E
N
E
L
L
A
R
E
T
E



Il dolore cronico
in
Medicina Generale



AFT e ADI per i MMG



Le aggregazioni funzionali territoriali della Medicina Generale e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Gli strumenti organizzativi e operativi del MMG sono le aggregazioni funzionali territoriali della Medicina Generale e l'ADI. Entrambe vengono sviluppate in una logica distrettuale e funzionale, avvalendosi della collaborazione di altre figure professionali operanti nella rete delle cure primarie. Per quanto attiene i soggetti con problematiche correlate al dolore, l'ADI viene utilizzata in presenza di situazioni di disabilità temporanea o continua.

Obiettivo dell'assistenza primaria è facilitare l'accessibilità, la continuità e la presa in carico dei pazienti con dolore di difficile gestione. Quando necessario, questo modello di assistenza prevede modalità formalizzate di lavoro integrato con i professionisti operanti negli Spoke e negli Hub.



A carico dei MMG

- Classificare il dolore in base agli elementi essenziali per la sua valutazione quali-quantitativa.
- Descrivere il dolore neuropatico, i sintomi “positivi” e il loro significato rispetto alla valutazione del trattamento nel tempo.
- Descrivere il dolore di origine infiammatoria e “meccanico-strutturale”.
- Identificare le caratteristiche del dolore “persistente”.
- Illustrare il trattamento, farmacologico e non farmacologico, del dolore e i criteri decisionali riferiti alle caratteristiche del dolore e dei farmaci antalgici e adiuvanti disponibili.
- Identificare i soggetti in cui può essere utile richiedere la consulenza dei Centri di II o III livello.
- Identificare i soggetti che possono trarre beneficio da una consulenza psicologica a fini di supporto o di trattamento.

A carico dei MMG

I Livello. MMG

- Diagnostica clinica e strumentale semplice.
- Tempestivo trattamento farmacologico.
- Attivazione ADI in caso di disabilità e/o malattie concomitanti in grado di accentuarla.
- Monitoraggio e valutazione degli esiti degli interventi attraverso strumenti concordati con la Rete.
- Invio dei casi instabili o con risposta inadeguata o con patologie per le quali si è certi, fin dall'inizio, di essere in presenza di un dolore complesso o che richiede dotazioni strumentali e valutazione multispecialistica.

Il dolore cronico
in
Medicina Generale

A carico di SPOKE e HUB

II Livello. Centro Spoke

- Visita specialistica: identificazione del piano di cura con procedimenti invasivi.
- Interventi farmacologici: blocco anestetico regionale/periferico/lessico/spinale.

III Livello. Centro Hub

- Necessità di rivalutazione della diagnostica della malattia di base; dolore di difficile controllo; esecuzione di procedure neurofisiologiche.

Il dolore cronico
in
Medicina Generale

Centro Hub, requisiti

Definizioni e requisiti dei Centri di Terapia del Dolore



Hub: Centro di riferimento di Terapia del Dolore

Requisiti minimi:

- 30 ore di attività ambulatoriale settimanale
- erogazione di prestazioni antalgiche invasive in day-surgery/day-hospital/degenza ordinaria, avendo a disposizione almeno 2 posti letto 2 giorni la settimana
- espletamento di consulenze nel presidio entro 24 ore
- espletamento di consulenze per pazienti in assistenza domiciliare e hospice entro 72 ore
- equipe di professionisti con competenza clinica relativa a procedure invasive di terapia antalgica (documentazione dei volumi d'attività), almeno 2 medici (dei quali 1 medico anestesista) dedicati all'attività di terapia antalgica
- definizione di percorsi diagnostico-terapeutici con protocolli/procedure basati sulle evidenze
- disponibilità di servizi di laboratorio analisi chimico-cliniche, radiologia, specialità chirurgiche e specialità mediche, assistenza psicologica
- valutazione delle performance con indicatori di processo e risultato

Centro Spoke, requisiti

Spoke: Ambulatorio di terapia antalgica

Requisiti minimi:

- 18 ore di attività ambulatoriale settimanale
- espletamento di consulenze per pazienti in assistenza domiciliare e hospice entro 72 ore
- almeno 1 medico anestesista
- definizione di percorsi diagnostico-terapeutici con protocolli/procedure basati sulle evidenze
- valutazione delle performance con indicatori di processo e risultato

AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale di medici di medicina generale

Il dolore cronico
in
Medicina Generale

CONCLUSIONI

- Il campo della EBM si è sviluppato come nuovo paradigma per guidare i medici nella pratica clinica.
- Alcuni centri di EBM forniscono notizie concise ed aggiornamenti su specifiche condizioni cliniche.
- Nella medicina del dolore ci si confronta con un assortimento di opzioni terapeutiche che dovrebbero fornire sollievo dal dolore ai nostri pazienti, ma manca spesso l'evidenza clinica per guidarci ad una scelta razionale ed alla applicazione in gran parte dei trattamenti nuovi ed emergenti (es. medicina del dolore invasiva..., mancanza di confronto valido con altre opzioni o con nessun trattamento).

CONCLUSIONI

- D'altra parte il campo della medicina del dolore è recente ed in rapida evoluzione ed è quindi impensabile di aspettarci ora una grande quantità di studi clinici randomizzati.
- I nuovi trattamenti progrediscono lentamente nella medicina clinica. Si inizia con studi osservazionali su serie di casi, per alcuni dei quali si concretizzano poi dei trial clinici randomizzati, per altri ciò non si verifica per mancanza di interesse o finanziamento. Quelli che sono testati sono quelli con brevetto, dove le industrie cercano, con impegno, il ritorno economico in caso di un test positivo.

CONCLUSIONI

- I pazienti che soffrono di dolore grave ed intrattabile sono esasperati e possono essere facilmente convinti che misure complesse, pur nuove o non confermate, siano di loro possibile giovamento.
- Come possiamo procedere?

La moratoria (Merrill DG 2003)

Il contributo della medicina della evidenza fornisce una piccola guida ai clinici quando gli strumenti sono ancora agli inizi dello studio. Noi abbiamo un «range» di trattamenti del dolore in espansione, ma pochi con una evidente efficacia superiore a trattamenti alternativi. Noi dobbiamo valutare ciascun paziente ed utilizzare quella evidenza disponibile come guida al trattamento equilibrato e più razionale possibile dei nostri pazienti.

CONCLUSIONI

- L'urgente necessità di incrementare la ricerca clinica nella medicina del dolore insieme al recente sforzo di migliorare la formazione multidisciplinare ha suscitato l'interesse di incrementare la formazione e le esperienze di ricerca, aumentando la durata dei corsi di formazione.
- Con questo approccio si spera di creare gruppi più omogenei di specialisti di medicina del dolore, migliorando la consistenza e la qualità delle cure antalgiche, muovendoci sempre più verso la

creazione di una specialità primaria di medicina del dolore, ma dove interdisciplinarietà e specializzazione algologica devono convivere.

CONCLUSIONI

Quale, dunque, l'identikit del medico specialista in medicina del dolore?

Cosa deve saper fare, conoscere ed avere:

- diagnosi eziopatogenetica del dolore
- valutazione clinica
- valutazione strumentale
- eventuale trattamento specifico (EBM) seguendo un percorso che può andare dall'aspetto ambulatoriale sino al ricovero
- esperienza e familiarità con un ampio range di sindromi dolorose ed opzioni terapeutiche (anche quelle minim. Invasive)
- certificazioni... e curriculum formativo
- e tanto altro ancora....a seconda del ruolo e del tipo di "pain treatment services" di lavoro.



E' essenziale che abbia una **profonda conoscenza** di neurofisiologia della percezione del dolore, della farmacologia degli analgesici, psicotropi e agenti neurofarmacologici, nonché dei meccanismi psicologici del dolore acuto e cronico.

....ma anche la selezione dei pazienti. Criteri per il risultato o l'insuccesso.

**Persona
giusta**

**Cosa
giusta**

**Tempo
giusto**

**Paziente
giusto**

**Procedura
giusta**

**Momento
giusto**

- Indicazione esatta
- Nessuna controindicazione
- Situazione psicosociale
- Aspettativa del paziente
- Cronicizzazione

- Farmaci
- Terapia peridurale
- Cortisone peridurale
- Blocco simpatico
- Catetere spinale
- SCS
- Neurolesione

- Azione pronta
- Ultima chance
- Aspettare la motivazione
- Solamente dopo la conclusione del consenso informato

GRAZIE DELL' ATTENZIONE

e.....

Any questions

gino.accinelli@ildolore.bz.it

www.ildolore.bz.it