

# confinia cephalalgica

RIVISTA INTERDISCIPLINARE FONDATA DA GIUSEPPE NAPPI

2014;XXIII(3)

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Roberto Nappi

**DIRETTORE EDITORIALE**

Silvia Molinari

**DIREZIONE SCIENTIFICA**

Pier Giuseppe Milanese (Pavia)

**REDAZIONE**

IRCCS Fondazione “Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino” (Pavia)  
Tel.: +39.0382.380299 - Fax: +39.0382.380448 - E-mail: [confinia@mondino.it](mailto:confinia@mondino.it)

Confinia Cephalalgica è supportata dal Centro Italiano Ricerche Neurologiche Avanzate Onlus (Fondazione CIRNA Onlus), da University Consortium for Adaptive Disorders and Head pain (UCADH) e dall’Istituto C. Mondino.

Confinia Cephalalgica è indicizzata in EMBASE e in SCOPUS

Registrazione del Tribunale di Milano N. 254 del 18 aprile 1992 - Periodicità Quadrimestrale

**SCOPO DELLA RIVISTA**

La rivista pubblica con periodicità quadrimestrale contributi teorici sperimentali di ricerche biomediche e in scienze umane a carattere multidisciplinare prioritariamente dedicati allo studio, diagnosi e cura delle cefalee e altri MAL DI TESTA nell’accezione più vasta di sindromi e manifestazioni dolorose complesse ai confini tra natura e cultura, tra mente e cervello, archetipi, comportamenti e stile di vita.

Il nuovo piano editoriale della rivista rispecchia, nella sua architettura, un’idea di “forum circolo”, “palestra costellazione” di ricerche e contributi che, a partire dal nucleo centrale delle cefalee e disturbi adattativi correlati, si sviluppa in cerchi di riflessione e approfondimenti sempre più ampi, che comprendono editoriali di interesse, saggi monografici, interviste con protagonisti della ricerca in neuroscienze, lavori originali e sezioni dedicate quali: neurofisiologia, neuroteoretica, scienze cognitive, neurogenetica, cybermedicina, arte emicranica, storia della medicina, sport e società, letteratura, medicina popolare.

**COMITATO DI CONSULENZA**

**Controllo del Dolore:** Giorgio Sandrini, Pavia

**Cybermedicina:** Paolo Rossi, Roma

**Differenze di Genere:** Rossella E. Nappi, Pavia

**Filosofia:** Ubaldo Nicola, Pavia

**Gruppo di Interesse Linguistico:** Silvano Cristina (Pavia), Catherine Wrenn (Pavia), Natalia L. Arce Leal (Cordoba), Alfonso Espinoza (Santiago del Cile)

**Informatica Medica:** Paolo Cristiani, Pavia

**Medicina Complementare:** Daniele Bosone, Pavia

**Medicina Popolare, Tradizioni, Società:** Luigi M. Bianchini, Pesaro

**Medicina Trascendentale:** Fulvio Pietramala, Cosenza

**Musicoterapia:** Roberto Aglieri, Pavia

**Neurogenetica:** Filippo M. Santorelli, Pisa

**Neropolitica:** Stefano Colloca, Pavia

**Neuroscienze:** Cristina Tassorelli, Pavia

**Storia della Medicina:** Paolo Mazzarello, Pavia

**Storia e Diritti:** Dimitri de Rada, Pavia

**Tra Oriente e Occidente:** Graziano Lissandrin, Pavia

La pubblicazione o ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore.

**Fondazione CIRNA ONLUS**

Editore

Sede Legale: Corso Mazzini, 3 - Pavia

Tel. 0382.539468 - Fax 0382.520070

e-mail: [cirna@cefalea.it](mailto:cirna@cefalea.it)

website: [www.cefalea.it](http://www.cefalea.it)

**Sito internet**

Pixeljuice snc - Genova

e-mail: [info@pixeljuice.it](mailto:info@pixeljuice.it)

website: [www.pixeljuice.it](http://www.pixeljuice.it)

**Progetto grafico di copertina:**

MIKIMOS, Pavia

## INDICE

### ARTICOLO ORIGINALE

#### **Progetto $\alpha$ Funda Enfermeria. Un esempio di collaborazione tra Europa e America Latina**

*A. Dal Canton, C. Arrigoni, M. del Carmen Osa, S. Zambonini, M.J. Sabelli, G. Felippa, N. Robles, C.G. Valencia, S. Contreras, B. Marín, F.Y. Musayon Oblitas, S. Spadafora*

### MEDICINA POPOLARE, TRADIZIONI, SOCIETÀ

#### **Favole, miti e leggende. Lorenz, Picasso e il libero arbitrio della colomba**

*E. Pascucci, L. Flori, L.M. Bianchini, M. Mazini*

### APPROFONDIMENTI

#### **Impact proactive 2014. Choosing wisely**

*M. Bianchi (a cura di)*

### DALLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

#### **Abstracts di interesse cefalgico**

*M. Allena, M. Viana (a cura di)*

## PROGETTO $\alpha$ FUNDA ENFERMERIA Un esempio di collaborazione tra Europa e America Latina

Antonio Dal Canton\*, Cristina Arrigoni\*, María del Carmen Osa°, Silvia Zambonini°,  
María José Sabelli°, Gabriela Felippa°, Néstor Robles\*\*, Carlos Godinez Valencia°,°,  
Silvia Contreras°, Blanca Marín<sup>§</sup>, Flor Yesenia Musayon Oblitas<sup>€</sup>, Santiago Spadafora°

Università di Pavia\*, Universidad ISALUD°, Universidad Publica de Navarra<sup>§</sup>, Universidad Peruana Cayetano Heredia<sup>€</sup>, Universidad Gran Asuncion\*\*, Universidad Nueva San Salvador°°

*In questo articolo si presenta il progetto ALFA FUNDA ENFERMERIA (Formazione Universitaria per la Professionalizzazione del Personale Ausiliario di Infermeria) finanziato dalla Comunità Europea (contratto CRIS 279-078) nell'ambito del Programma ALFA III (Cooperazione regionale con America Latina). Tra le Università che partecipano al progetto, è presente anche l'Ateneo pavese. Obiettivo principale del progetto è quello di sviluppare e favorire l'accesso ad una formazione infermieristica di livello superiore nei Paesi dell'America Latina con il fine ultimo di professionalizzare, stabilizzare e incentivare questa figura professionale a favore del Sistema Sanitario.*

*Parole chiave: comunità europea, curriculum vitae, infermiere, istruzione superiore*

### LE RAGIONI DEL PROGETTO

#### La mancanza di infermieri professionali: un problema globale

Una stima recente dell'autorevole World Health Organization ha calcolato in cinque milioni il numero di infermieri che mancano nel Mondo rimarcando la globalità del fenomeno che interessa sia i Paesi industrializzati che quelli in via di sviluppo, anche se con caratteristiche diverse (1) Nelle nazioni industriali avanzate, la carenza di personale infermieristico è un problema relativamente recente causato da interventi legislativi che hanno ridimensionato il numero di infermieri nelle piante organiche degli ospedali in un quadro di riforme del Sistema Sanitario in senso aziendalistico. Questa politica di risparmio ha determinato una transitoria eccedenza di manodopera costituita da infermieri rimasti senza lavoro che ha scoraggiato nei più giovani la scelta di una professione senza certezza di impiego. A questo motivo iniziale sono subentrate ragioni di disaffezione meno contingenti che si possono riassumere nella inadeguatezza del trattamento economico di una figura professionale qualificata da un diploma universitario.

Decisamente diversa la situazione dei Paesi in via di sviluppo. Qui, infatti, la carenza di infermieri non dipende da una mancanza di interesse per la professione motivata dalla difficoltà di accedere a posti di lavoro o dal basso salario. Anzi, in questi Paesi esiste una categoria di personale ausiliario e tecnico che già svolge attività infermieristiche dimostrandosi interessata a passare ad un lavoro di ruolo superiore ma impedita da una serie di barriere. Tra gli ostacoli principali, alcuni sono connessi con le condizioni culturali e socio-economiche dei diretti interessati, ad esempio la mancanza di risorse finanziarie sufficienti per pagare le tasse universitarie, la sfiducia nelle proprie capacità di apprendimento, la difficoltà a riprendere gli studi in età non più giovane e, per le donne, il carico degli impegni familiari. Altri ostacoli importanti riguardano il sistema educativo, prima tra tutte la inesperienza nella organizzazione di corsi universitari ad hoc e la mancanza di personale docente (2).

Negli ultimi anni gli Organismi internazionali che indirizzano e controllano la politica sanitaria sono diventati pienamente consapevoli del problema rappresentato dalla mancanza di infermieri e si è fatta strada la convinzione che la sua soluzione deve essere considerata tra le priorità dei Sistemi Assistenziali.



L'importanza del problema è sottolineata da osservazioni come segue:

- la partecipazione di infermieri all'attività assistenziale ne migliora i risultati in diversi tipi di malattia, ad esempio nelle infezioni urinarie e polmonari, nelle emorragie gastrointestinali, nei casi di emergenza cardiorespiratoria ed aumenta l'efficacia del sistema, ad esempio riducendo la durata media del tempo di degenza (3).
- in carenza di infermieri professionali, le funzioni che dovrebbero essere svolte dai medesimi sono assolte da personale ausiliario con rischi per il paziente e possibili conseguenze legali;
- il ruolo dell'infermiere è cambiato; da quello prevalente di supporto per le necessità materiali ed esecutore passivo di direttive del medico, a quello di un professionista con competenze assistenziali specifiche ed autonome. E questa posizione professionale implica necessariamente una formazione di tipo superiore.

### **La carenza di infermieri in America Latina**

Un'analisi approfondita dello stato della professione infermieristica in America Latina è stata eseguita per iniziativa della Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) nel 2005 (4). I dati dell'analisi sono stati pubblicati in un documento che rappresenta un punto di riferimento fondamentale per chi sia interessato ad una chiara visione dei vari aspetti del problema. Emerge un quadro in molti aspetti simile a quello degli altri Paesi meno industrializzati, ma caratterizzato da alcune specificità. Tra queste, due sono particolarmente rilevanti rispetto alla progettazione di interventi finalizzati a espandere il numero degli infermieri e ad ottimizzare la ergonomia delle loro prestazioni:

- un importante fenomeno di diversione degli infermieri professionali su ruoli amministrativi con il conseguente distacco dalla attività assistenziali;
- l'assunzione da parte di ausiliari di ruoli superiori a quanto permesso legalmente dal loro livello professionale.

Un altro aspetto rilevante, ben documentato in una recente pubblicazione a cura di OPS, è la tradizione di apprezzamento e fiducia attribuito agli infermieri, un riconoscimento che deriva dal ruolo fondamentale da loro svolto nella cura primaria, in particolare nell'assistenza delle donne gravide e dei bambini.

### **La promozione della Formazione Superiore da parte della Comunità Europea**

La Comunità Europea (C.E.) annovera, tra i suoi compiti istituzionali, il miglioramento della educazione/formazione professionale sia nei Paesi dell'Unione che in regioni in via di sviluppo. A questo scopo la C.E. si serve di organi specifici che agiscono a vari livelli di intervento sia in sede legislativa (Commissione del Parlamento Europeo per la Cultura e l'Educazione) che attraverso commissioni tecniche e di controllo espresse dal Consiglio dell'Unione Europea e dai Comitati delle Regioni. Il principio che informa il ruolo della Comunità nella promozione della formazione superiore nei Paesi membri è di non intervenire direttamente sui sistemi dei singoli Paesi ma sostenere programmi di omologazione degli obiettivi formativi e di condivisione di indicatori di "good practice". Un esempio di questa attività è rappresentato dalla UEMS (Union European Medical Specialists), un organo consultivo che lavora per uniformare la formazione specialistica dei medici, che ha prodotto "charters" dando ispirazione alle Direttive Europee in materia, direttive che sono state recepite da diversi Governi, tra cui quello Italiano, e sono state tradotte in provvedimenti legislativi.

I programmi che riguardano i Paesi non membri sono suddivisi per aree geografiche continentali o subcontinentali ("Regioni") così definite:

Africa; Asia; Regione Africana, Caraibica e Pacifica; Asia Centrale; Russia e Paesi vicini all'Europa; America Latina.

Gran parte di questi programmi sono finalizzati a migliorare i livelli e la qualità della Formazione; ve ne sono anche alcuni "tematici", ad esempio dedicati alla conservazione dell'ambiente o al rispetto dei

diritti umani.

Il programma ALFA è costituito da una serie di progetti in cui cooperano Paesi Latino-Americani ed Europei. Il programma ALFA III è un'articolazione del programma ALFA che ha come fine generale la promozione della formazione superiore come "mezzo di decollo economico e di lotta contro la ingiustizia sociale". Di conseguenza, i progetti che sono stati co-finanziati dalla C.E. nell'ambito del Programma ALFA III riguardano in generale gli strati più poveri o vulnerabili della società o figure professionali che svolgono attività la cui qualità potrebbe essere promossa ad un livello superiore da un intervento formativo. Il progetto ALFA FUNDA INFERMERIA appartiene a quest'ultima categoria e, poiché riguarda la figura dell'infermiere professionale, ha il valore aggiunto di colmare una carenza, quindi un impatto negativo, su un bene fondamentale come quello della salute.

## CONFIGURAZIONE DEL PROGETTO

### Finalità e Benefici

Il progetto ALFA FUNDA INFERMERIA contiene nell'acronimo FUNDA "Formazione **U**niversitaria per la professionalizzazione **d**el personale **A**usiliario di infermieristica" l'obiettivo primario di voler aumentare il numero di ausiliari e tecnici sanitari Latinoamericani che accedono a corsi di formazione superiore, facilitando le procedure e consolidando la continuità della frequenza.

Gli obiettivi secondari sono:

- elaborare e sviluppare una proposta di curriculum professionalizzante per ausiliari e tecnici;
- fornire alle Università strumenti metodologici finalizzati a stabilire il livello culturale e le condizioni socioeconomiche delle persone candidate alla promozione professionale;
- mettere a punto strategie per aumentare il reclutamento del personale sanitario ausiliario in programmi di formazione superiore e ridurre gli abbandoni prima del completamento della formazione.

Come ci si può aspettare da quanto sopra esposto, la realizzazione del programma coinvolge diverse categorie di persone con i seguenti benefici:

- agli ausiliari e tecnici la promozione ad un ruolo più qualificato nel lavoro ed quindi ad un aumento di salario;
- alle Università Latinoamericane l'implementazione di nuovi Corsi di Laurea, o di simile livello, che rispondono ad una necessità culturale e ad un bisogno della Società;
- a tutti i partecipanti il valore aggiunto apportato da una collaborazione internazionale, sia come esperienza metodologica che come momento di apertura alla complessità di realtà politiche e socioeconomiche diverse.

### Istituzioni partecipanti: cenni storici e caratteristiche culturali

Il progetto nasce su iniziativa della Universidad de la Fundacion ISALUD di Buenos Aires, Argentina, nella persona di uno degli Autori di questa relazione (S.S.) che ha il ruolo di Coordinatore del progetto. *La Universidad de la Fundacion ISALUD* nasce nel 1998, come una Istituzione di Formazione e Ricerca con vocazione internazionale, dedicata allo sviluppo di un approccio razionale basato sulla ricerca scientifica nella gestione ed organizzazione dei sistemi che intervengono nel miglioramento della vita, prima di tutto il Sistema Sanitario. Nell'ambito del progetto, questa Istituzione ha il compito di realizzare principalmente l'implementazione di un corso di formazione universitaria per ausiliari/tecnici sanitari ed avviare l'attività didattica completando il primo anno di corso.

Al progetto si sono associate altre 3 Istituzioni Sudamericane:

- *Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Lima (Perù)* fondata nel 1961 per iniziativa di docenti della Facoltà di Medicina della Università Nazionale Maggiore di San Marco; ha



indirizzato la sua attività alla formazione nelle professioni sanitarie raggiungendo un notevole sviluppo, contando oggi 8 Facoltà. Obiettivo specifico di questa Istituzione è sensibilizzare il Governo rispetto al problema dell'assistenza infermieristica e fornire al Governo strumenti utili per un intervento legislativo finalizzato ad aumentare il numero degli infermieri, in particolare tramite un processo di educazione di personale sanitario già esistente;

- *Universidad Nueva de San Salvador Carlos Ernesto Godines Malencia (UNNSSA), El Salvador* nasce in un momento drammatico per il Paese in stato di guerra, rappresentandosi come reazione civile ispirata ad un ideale di cultura come fondamento di pace e libertà, come recita il suo motto "Paz con Libertad y Cultura". Nella sua breve storia, iniziata nel 1981, ha avuto un rapido sviluppo ed oggi offre vari corsi di laurea organizzati da tre Facoltà di Scienze Economiche, Scienze Giuridiche e Sociali, Scienze della Salute. Quest'ultima, oltre alla laurea in Medicina, comprende una laurea in Chirurgia Dentale ed una in Chimica e Farmacia;
- *Universidad Gran Asunción (UNIGRAN), Paraguay* di fondazione privata recentissima (2009), organizza 13 corsi di laurea nelle aree della Salute, Ingegneria, Economia e Commercio ed Ambiente.

Come previsto dallo spirito di collaborazione tra la UE e l'America Latina, hanno collaborato al progetto ALFAFUNDA due Università Europee: *Università di Pavia* e *Universidad Publica de Navarra (Saragozza)*. Il ruolo delle due Università Europee, selezionate per la loro collaudata esperienza nella formazione alle Professioni Sanitarie, è consistito nel trasmettere alle Università Latinoamericane i propri modelli di formazione, inclusi i contenuti del sapere, del saper fare, i metodi didattici e gli indicatori di valutazione dei processi e dei prodotti da esse utilizzati nella formazione infermieristica universitaria. Le Università Europee hanno anche partecipato, in particolare, alle riunioni di lavoro che si sono svolte alla fine di ogni anno di attività a Pavia, Buenos Aires, e Lima.

## REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Nella realizzazione del progetto ha giocato un ruolo fondamentale l'armonizzazione delle attività svolte dai gruppi partecipanti che hanno definito consensualmente il piano curriculare del diploma/laurea di infermiere e gli strumenti formativi teorici e pratici per realizzarlo. Momenti chiave del processo sono stati incontri collettivi, nel primo dei quali è stato definito il piano attuativo sulla scorta delle esperienze delle Università di Pavia e di Saragozza, con uno sguardo attento alle specificità dell'ambiente culturale latinoamericana. Il "clue" del secondo incontro è stata la stesura finale del curriculum a cui è stata dedicata una pubblicazione speciale. Ovviamente gli incontri sono stati l'occasione per seguire i progressi nello sviluppo del progetto fino all'ultimo in cui è stato tracciato un primo bilancio di tutta la operazione. Ecco qui di seguito un sintetico riassunto delle attività svolte nei 4 meetings collegiali.

### **Pavia, 5-9 Novembre 2012**

Questo incontro ha dato l'avvio all'attuazione del progetto ed ha rappresentato soprattutto un momento di incontro tra i rappresentanti delle due Università Europee ed i convenuti latino-americani. Nell'incontro sono stati definiti gli aspetti generali del piano curriculare e dei mezzi per realizzarlo. La scelta di una sede con funzione "tutoriale" ha permesso anche il contatto con momenti pratici della formazione ed aspetti logistici e formativi che hanno contribuito a definire un programma attuativo non astratto bensì basato su un'esperienza pratica maturata in una sede con un'antica tradizione universitaria. In particolare i gruppi di lavoro hanno definito:

1. gli *ambiti formativi* propri di una laurea triennale in scienze infermieristiche;
2. un modello di *affiancamento tutoriale*;
3. le competenze, i rapporti inter-professionali e le responsabilità del *personale di supporto assistenziale*;
4. l'utilizzo di metodologie didattiche innovative come *laboratori e simulazioni*.



**Buenos Aires, Settembre 2013**

L'incontro è stato dedicato ad un'ampia e definitiva discussione del Piano Curricolare approvato con unanime consenso e riportato in un documento ufficiale "Taller de Diseno Curricular para la Profesionalizacion de Auxiliares de Enfermeria y la Formacion de Tecnicos de Enfermeria".

**Lima, 13-14 Maggio 2014**

Questo incontro è stato dedicato all'analisi di problemi emersi nell'attivazione pratica dei corsi; in particolare sono state esaminate le modalità con cui sono state gestite le nuove attività previste nel curriculum ed è stato analizzato l'impatto che l'attivazione di queste attività ha prodotto nella dinamica organizzativa e negli aspetti strutturali delle istituzioni sanitarie.

Una sessione è stata dedicata al ruolo della didattica basata sulla simulazione. Il gruppo locale ha riferito sulle iniziative intraprese per coinvolgere il Governo del Paese nella realizzazione degli obiettivi del Progetto.

**Buenos Aires, 3-6 Dicembre 2014**

In quest'ultima e conclusiva riunione sono state tirate le somme delle attività sviluppate nelle singole sedi ed è stata controllata la coerenza tra gli obiettivi programmati e quelli realizzati.

Il rendiconto è risultato molto positivo.

**RISULTATI E COMMENTI**

Tutte le sedi hanno conseguito gli obiettivi generali, ovvero:

- la definizione di un percorso curricolare mediato dai modelli delle sedi "tutor" adattato alle specifiche loco-regionali;
- la predisposizione di documenti guida per la valutazione del processo formativo;
- l'individuazione dei supporti tecnici essenziali;
- le modalità di selezione dei docenti e del personale amministrativo dedicati all'implementazione del nuovo Curriculum.

Singole sedi hanno realizzato altri obiettivi diversificati secondo il seguente programma:

- l'Università ISALUD ha aperto un nuovo corso superiore di Enfermeria ed ha chiuso il primo anno di attività didattica, sia teorica che pratica;
- la UPCH ha ottenuto dal Governo Peruviano il riconoscimento dell'utilità sociale del progetto e, del principio, che lo Stato deve incentivare la partecipazione di studenti meritevoli di basso reddito prevedendo un aiuto economico.

Questi risultati rappresentano, prima di tutto, un successo formale, poichè realizzano gli obiettivi ufficiali del progetto testimoniando la serietà e l'impegno di tutti i partecipanti. Di particolare importanza pratica è l'apertura di un nuovo Corso di Laurea in Argentina che ha già terminato il primo anno di attività, una dimostrazione di come si possano istruire in tempi molto brevi nuovi impegnativi percorsi professionali sfruttando esperienze collaudate altrove in un rapporto di piena e partecipata collaborazione. A proposito della quale non si può non dire che un ruolo positivo è stato giocato dalle affinità culturali e potremmo dire "antropologiche" dei partecipanti, accomunati da un approccio umano "latino". Se sul versante latinoamericano l'utilità del progetto risulta facilmente visibile, oltre che nella sua realizzazione principale anche nel raggiungimento di obiettivi intermedi, si deve sottolineare che la riuscita dello stesso è un fatto molto positivo anche per la C.E. giustificandone il finanziamento. L'Europa, infatti, possiede una ricchezza intellettuale, scientifica e materiale che le permetterebbe di competere con gli Stati Uniti

nella esportazione di “educazione”. Esiste, tuttavia, una percezione diffusa di superiorità dei modelli americani, peraltro alimentata da una politica di espansione culturale molto efficace ed aggressiva, il cui ultimo esempio è il lancio, avvenuto 4 anni fa, del progetto da parte della American Association of Medical Colleges (AAMC) definito Global Health Learning Opportunity (GHLO). Si tratta di una operazione iniziale di scambio di studenti che dovrebbe sviluppare poi un processo di omologazione della formazione del Medico. L’Università di Pavia è stata molto pronta nel cogliere l’occasione per svolgere in questo progetto un ruolo attivo, non subalterno, essendo stata cooptata come Founding Member nella iniziativa, la cui realizzazione pratica è stata tuttavia finora molto limitata anche a causa dei cambiamenti negli Organi di governo dell’Università introdotti dalla Legge “Gelmini”. Il progetto ALFA FUNDA è un punto a favore dell’Europa e sarebbe un grave errore considerare il suo successo come una semplice soddisfazione intellettuale. Esportare educazione, infatti, significa assumere una leadership del “pensiero” che si espanda naturalmente a tutti gli aspetti del modello sociale da cui proviene, ivi inclusi quelli che riguardano la vita materiale traducendosi in un effetto “Moda”.

E’ dunque auspicabile che la collaborazione che si è consolidata nella attuazione del Progetto ALFA FUNDA non si esaurisca con esso ma continui rivolgendosi possibilmente a campi di formazione paradigmatica come quella che riguarda lo studente universitario.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Oulton J.A. The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy Polit Nurs Pract* 2006;7(3 Suppl):34S-39S
2. Allen L. The nursing shortage continues as faculty shortage grows. *Nurs Econ* 2008;26(1):35-40
3. Needleman J., Buerhaus P., Mattke S., Stewart M., Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *NEJM* 2002;346(22):1715-22
4. Malvárez S.M., Castrillón Agudelo M.C. Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en America Latina. *Organizacion Panamericana de la Salud (OPS)* 2005 ((OPS Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 39

*Corrispondenza*  
[antdal04@unipv.it](mailto:antdal04@unipv.it)

**FAVOLE, MITI E LEGGENDE**  
**Lorenz, Picasso e il libero arbitrio della colomba**

*Elisabetta Pascucci, Lorenzo Flori\*, Luigi Maria Bianchini\*\*, Massimo Mazini\*\*\**

Docente di Lingua e letteratura inglese, Fano (Pesaro)

Psicoterapeuta, Consulente Lega Italiana contro i Disturbi d'Ansia e Attacchi di Panico (LIDAP), Consigliere Nazionale Società Italiana di Psicologia (SIPS)\*, Pesaro

UOC Neurologia, A.O. OO.RR. Marche Nord, Dipartimento Ospedaliero San Salvatore, Pesaro\*\*

Psichiatra, DSM, ASUR Marche, AV 1\*\*\*, Pesaro

*Le neuroscienze mettono in discussione il libero arbitrio. In questo testo si cerca di rivisitare alcuni momenti salienti della recente storia della società per evidenziare e concludere che l'homo sapiens è ancora un enigma con ... la facoltà di scegliere.*

*Parole chiave: favole, homo sapiens, libero arbitrio*

Tutti noi decidiamo di decidere  
 ciò che è già stato deciso non da noi!

*Woody Allen*



La colomba, rappresentata nel quadro di Picasso, è universalmente considerata il simbolo della pace anche se, come si evince dal libro di Konrad Lorenz, né la colomba né il Bambi sono così “pacifici”.

Infatti, la prima, nella condizione innaturale di costrizione che le impedisce la sua abilità al volo per potersi difendere dai nemici, diventa uno degli assassini più disgustosi e crudeli del mondo animale. Similmente il capriolo Bambi, anch'esso simbolo della mitezza, è artefice annualmente di più incidenti verso gli uomini che tigri e leoni.

Questi semplici esempi già pongono interrogativi sull'effettiva correttezza di una lettura antropomorfa del mondo animale. Inoltre lo stesso termine “rapace” sembra essere legato ad un'interpretazione falsamente moralistica

in cui viene attribuito ad un animale la volontà di essere “rapace” o “assassino”. Chiaramente queste categorie appartengono all'Homo Sapiens per il quale i concetti di libero arbitrio e morale hanno significato. Proprio a tal riguardo sarebbe opportuno interrogarci sull'effettiva capacità' dell'utilizzo del libero arbitrio per l'Homo Sapiens.

Nei secoli scorsi già Lucrezio nel De Rerum Natura si interrogava su questa facoltà umana....

Infine, se ogni moto è  
 sempre legato ad altri, e  
 quello nuovo sorge dal  
 moto precedente in ordine  
 certo (...) donde ha origine  
 sulla terra per i viventi  
 questo libero arbitrio?

*De Rerum Natura, II (251-260)*

Lo stesso Lorenz, dal punto di vista etologico, riporta l'inquietante esempio del pavone e del tacchino

dove l'impossibilità di utilizzare lo stesso codice linguistico porta entrambi ad un'interpretazione errata del messaggio. Il pavone non comprendendo il gesto di resa del tacchino continua il suo attacco fino alla morte di quest'ultimo.

Anche le scienze riportano altri chiari esempi di limitazione del libero arbitrio come lo studio dello psicologo Stanley Milgram che negli anni 70 condusse una sperimentazione sulla "disposizione all'obbedienza degli esseri umani per le cose efferate". L'esperimento, nel quale vi è un "victim" ed un "victimizer" inconsapevole che procura false scariche elettriche sempre di maggiore intensità alla vittima, è un chiaro esempio di neglet del libero arbitrio.

L'elemento che colpisce maggiormente è che, sebbene nessuno fosse a conoscenza di aver preso parte all'esperimento, nessuno abbia sviluppato una coscienza individuale tale da interrompere il test.

Visione differente proviene dallo studio condotto dal neurologo comportamentale Vilayanur S. Ramachandran nel quale si afferma il concetto di arbitrio represso. La ricerca mostra che i lobi parietali inferiori sinistri dell'essere umano elaborano continuamente vivide immagini delle molteplici possibilità di azioni che risultano disponibili in qualsiasi contesto dato e la corteccia frontale le reprime tutte tranne una. In altre parole l'arbitrio represso rappresenta una limitazione del libero arbitrio.

Studi antecedenti di Olds e Miller, psicologi sperimentali, nel 1954 rilevarono casualmente che, stimolando la parte dell'ipotalamo laterale del ratto, quest'ultimo, se lasciato libero di auto stimolarsi, tendeva ad ignorare sia il cibo che la "topina".

Studi recenti attraverso l'utilizzo dello Stimolatore Transcranico in studenti normali rilevarono un aumento nella capacità del disegno di quest'ultimi.

Se la ricerca venisse validata, probabilmente molte di quelle persone, definite "GURU", che da sempre hanno esortato le gente a far emergere i talenti nascosti dentro di loro, avrebbero a buon diritto ragione. E' interessante riflettere sul fatto che spesso è estremamente difficile distinguere opere di artisti affetti da qualche "patologia" da quelli definiti "normoidi".

Se, ad esempio, confrontassimo un'opera di Leonardo da Vinci, una di una bambina autistica con ritardo mentale ed una di un bambino di 8 anni, avremmo difficoltà ad attribuire le opere ai rispettivi autori. Altro elemento da considerare, dopo le limitazioni del libero arbitrio e quindi della signoria dell'inconsapevolezza, è il ruolo ricoperto dall'inconscio .

E' assodato che il materiale inconsapevole all'interno della nostra mente, almeno in parte, può diventare cosciente attraverso un lavoro interpersonale.

Al contrario, in alcune patologie come nell' Anasomatognosia Unilaterale, ovvero la negligenza di una metà del corpo non sede di paralisi né di anestesia che può associarsi ad ignoranza della metà omolaterale dello spazio in assenza di emianopsia, ciò che è inconsapevole rimarrà tale. Quindi il malato si comporterà come se non esistesse una metà del corpo (non userà gli arti, non li vestirà) e trascurerà la metà omolaterale dello spazio esterno. Questa persona è inconsapevole per ora e probabilmente per sempre del suo stato psicofisico. Al contrario ognuno di noi possiede un sogno da poter raccontare al quale poter attribuire uno o più significati. Questa sostanziale differenza, ovvero attraverso il lavoro personale e interpersonale, permette all'inconscio di poter divenire cosciente.

Per dirla con Marco Maria Pernich. "Una vera e propria epifania dell'invisibile di come avviene nel teatro".

Questo breve elaborato sicuramente non ha la presunzione di fornire esaustivi chiarimenti sui temi quali la coscienza, l'inconscio, la consapevolezza e il male ma piuttosto vuole porre degli interrogativi al lettore. In questo breve articolo abbiamo avuto come orizzonte l'elogio dei fatti per evitare che, come direbbe G. K. Christof Kock, tutto sia negato. Egli abbandona la concezione riduzionistica che considera inspiegabile il rapporto mente cervello a favore della visione quantitativa della coscienza (Teoria delle informazioni di Giulio Tononi).

Tutto l'universo è cosciente, non c'è differenza di natura ma di grado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bonura G., Verdenelli M. La berretta fatata. In: Fiabe marchigiane. Milano: Mondadori 1985
2. Mancia M. Il sogno e la sua storia. Padova: Marsilio Editore 2004
3. Orwell G. La fattoria degli animali. Milano: Mondadori 2001
4. Kernberg O. Mondo interno e realtà esterna. Torino: Bollati Boringhieri 1990
5. Crepet P., De Plato G. Psychiatry without asylums: origins and prospect in Italy. Int J Health Services 1983;13(1):119-29
6. Torno A. Rivalutare le diverse forme di autoinganno. Corriere della Sera 14 novembre 2013

*Corrispondenza*  
[mbianchini@libero.it](mailto:mbianchini@libero.it)

## IMPACT PROACTIVE 2014 Choosing wisely

Monica Bianchi (a cura di)

Ambulatorio Centro Cefalee, IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia

*Punti cardine di discussione e di confronto del workshop sono stati la definizione e la promozione di alcune buone pratiche sia in ambito diagnostico che terapeutico, non solo discutendo in merito all'effettiva appropriatezza di trattamenti, esami e percorsi assistenziali, ma prestando soprattutto attenzione a stabilire le procedure fondamentali da seguire mettendo sempre al centro il paziente. Medici, operatori sanitari, pazienti e associazioni dei cittadini, uniti in una comune alleanza terapeutica, hanno dovuto definire con chiarezza e condividere le "cose da fare" ed anche le "cose da non fare" per rendere più appropriata nel nostro paese la gestione del dolore.*

*Parole chiave: diagnosi, dolore, comportamento terapeutico, somministrazione terapeutica*

### INTRODUZIONE



Il workshop (Firenze 27-28 giugno 2014), come evocato dal titolo "choosing wisely", ha proposto la discussione delle buone pratiche diagnostico-terapeutiche indispensabili per portare a termine il processo di applicazione della Legge 38/2010 e per superare le resistenze che ancora si oppongono a questo obiettivo tramite un confronto tra Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni e Fondazioni.

Punti cardine di discussione e di confronto del workshop sono stati la definizione e la promozione di alcune buone pratiche sia in ambito diagnostico che terapeutico, non solo discutendo in merito all'effettiva appropriatezza di trattamenti, esami e percorsi assistenziali, ma prestando soprattutto attenzione a stabilire le procedure fondamentali da seguire mettendo sempre al centro il paziente. Medici, operatori sanitari, pazienti e associazioni dei cittadini, uniti in una comune alleanza terapeutica, hanno dovuto definire con chiarezza e condividere le "cose da fare" ed anche le

"cose da non fare" per rendere più appropriata nel nostro paese la gestione del dolore. In appendice vengono riportati i Gruppi di Lavoro.

### IL DOLORE

*"Esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale".* Fonte: International Association for the Study of Pain (IASP)

### Le tipologie

Un adeguato controllo del dolore richiede innanzitutto la classificazione del fenomeno attraverso l'analisi di tre aspetti fondamentali: patogenesi, durata e intensità.

#### Patogenesi

Sotto il profilo della patogenesi, si distinguono:

- dolore nocicettivo, causato da una lesione tissutale che stimola i "nocicettori" o sensori dolorifici, neuropatico, dovuto a una lesione a carico dei nervi, psicogeno, indotto da fattori di natura psicosomatica riscontrato maggiormente in soggetti con carattere ansioso ed emotivo o che vivono situazioni di stress;
- dolore nocicettivo che può essere a sua volta somatico se la lesione è a carico del soma (pelle, muscoli,



articolazioni) o viscerale se causato da lesioni o alterazioni a carico degli organi interni. Nel dolore misto le componenti nocicettiva e neuropatica coesistono come nel caso del dolore cronico oncologico (in presenza di coinvolgimento nervoso) e di altre diffuse patologie come il comune mal di schiena, alcune lombosciatalgie, il dolore toracico.

#### *Durata*

Per quanto riguarda la durata, si parla di dolore acuto quando il fenomeno esordisce improvvisamente ma è di natura transitoria regredendo spontaneamente o a seguito di un adeguato trattamento. Quello cronico, invece, ha un'insorgenza lenta e si protrae nel tempo per un periodo superiore ai tre mesi. Inoltre, mentre il dolore acuto è provocato da una lesione definita, ha un'intensità proporzionale allo stimolo che l'ha provocato, è ben localizzabile e svolge una funzione di "campanello d'allarme", il dolore cronico è l'esatto contrario, ovvero è disgiunto dalla causa che lo ha provocato, la sua intensità non è proporzionale allo stimolo originale e non ha più alcuna funzione protettiva. Per queste ragioni il dolore cronico deve essere considerato una malattia vera e propria che, come tale, va adeguatamente curata. Mal di schiena, emicrania, artrosi, nevralgie, dolori alle articolazioni, fuoco di Sant'Antonio sono alcuni esempi di malattie caratterizzate da dolore che, se non diagnosticato in tempo e trattato in modo appropriato, può cronicizzarsi.

#### *Intensità*

Dal punto di vista dell'intensità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito tre livelli: il dolore lieve, quello moderato e quello severo o grave.

Un cenno a parte va riservato al dolore oncologico, che rappresenta il 7% dei casi di dolore cronico. Si presenta come una sintomatologia acuta ma nel tempo diviene un classico dolore cronico che, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia, assume le caratteristiche di "dolore globale" cioè di vera e propria sofferenza personale che riconosce cause non soltanto fisiche, ma anche psicologiche e sociali.

Si parla, infine, di dolore episodico intenso quando, in un contesto di dolore cronico, oncologico e non, si verificano delle acutizzazioni improvvise e transitorie della sensazione dolorosa che raggiunge il culmine della propria intensità in pochi minuti e dura mediamente mezz'ora. In genere, colpisce la stessa sede del dolore di base.

### **I numeri del problema**

In Europa si contano 500 milioni di giornate lavorative e 34 milioni di euro persi a causa di patologie algiche; in Italia, sul fronte delle cure, il consumo di oppioidi forti cresce del 20% con un livello attuale pari a circa 1,70 euro pro capite.

Secondo i dati della ricerca EPIC sul dolore provocato dal cancro (European Pain In Cancer Survey) condotta su 4.824 pazienti in 12 Paesi europei, il 95% dei pazienti oncologici italiani convive con il dolore; le terapie prescritte sono efficaci solo nel 16% dei casi.

Per quanto riguarda, invece il dolore cronico non oncologico (legato, ad esempio, a problematiche quali osteoporosi, lombosciatalgie, emicrania, artrosi), in base a quanto emerso dalla ricerca "Pain in Europe", che ha coinvolto 46.000 persone in tutta Europa, ne soffre almeno il 19% degli europei (1 su 5) pari a circa 75 milioni di individui. In Italia è colpito 1 cittadino su 4 (26%) che corrisponde a 15 milioni di persone con punte del 40% fra gli over 65 e una presenza ancora più elevata tra le donne (49% delle casalinghe). Sempre secondo quest'ampia indagine europea il nostro Paese è terzo dopo la Norvegia (30%) e Polonia (27%) nella classifica di prevalenza.

Si tratta di un fenomeno con pesanti ripercussioni economiche per il singolo e per l'intera collettività. Secondo l'indagine "The Painful Truth Survey: the State of Pain Management in Europe", il dolore incide sui Sistemi Sanitari europei con una spesa di circa 300 miliardi di euro l'anno; il 90% di questa cifra può essere attribuito a costi indiretti, ovvero perdita di produttività e pagamenti correlati a previdenza sociale e assistenza. In Italia il 27% dei pazienti denuncia effetti negativi sull'attività lavorativa, con una media di 12,5 giorni di assenza dal lavoro nell'ultimo anno; 3 pazienti su 10 rilevano, inoltre, una diminuzione media del loro reddito intorno al 24%.

Il dolore cronico ha anche un forte impatto sociale influenzando notevolmente sulla qualità di vita dei pazienti. Secondo "The Painful Truth Survey" fare il bagno o la doccia risulta difficoltoso per il 36%, svolgere



lavori domestici per il 58%, guidare per il 45% e arriva al 64% la percentuale degli intervistati che attribuiscono al dolore cronico difficoltà nei rapporti di coppia. Anche le conseguenze psicologiche non sono trascurabili: spesso i pazienti che soffrono di dolore cronico vivono un senso di abbandono e la sensazione di perdere il proprio ruolo all'interno della famiglia, sviluppando di conseguenza depressione, sfiducia e malessere.

Il problema diventa ancora più preoccupante quando vengono prese in esame le categorie di pazienti più fragili. Più dell'80% dei ricoveri ospedalieri pediatrici sono dovuti a patologie che presentano anche dolore; il 60% degli accessi al Pronto Soccorso pediatrico è causato da questo disturbo. A livello ambulatoriale la richiesta di valutazione medica è, nel 45% dei casi, legata a sofferenza.

Altra tipologia di pazienti particolarmente vulnerabili è quella degli anziani. Oggi in Italia le persone affette da demenza sono circa il 10-12% degli over 65 (e quindi circa 1-1,5 milioni di cittadini). Di questi circa il 70-80% ha problemi di dolore nel corso della vita; a loro quindi si deve rivolgere l'attenzione della medicina perché la sofferenza venga diagnosticata e poi lenita con adeguati trattamenti. Il dolore è una patologia ancora sotto diagnosticata e sotto trattata, con rilevanti costi sociali ed economici: in Europa colpisce 1 cittadino adulto su 5; spesso sono anche gli esami inutili e le terapie inadeguate ad incidere sui sistemi sanitari. Siamo di fronte a un'epidemia invisibile: nelle rilevazioni statistiche il dolore come vera e propria malattia non esiste ma si nasconde all'interno di altre diagnosi. Nonostante il suo impatto socio-economico così rilevante, il problema non è una priorità nell'agenda degli Stati europei.

### L'approccio diagnostico-terapeutico

Primo passo per impostare il trattamento antalgico più appropriato è quello di valutare correttamente l'intensità del dolore oltre alla sua natura e durata nel tempo. La sensazione dolorosa è un'esperienza complessa e soggettiva spesso influenzata dalle esperienze di sofferenza provate nei primi anni di vita. Anche il genere sembra giocare un ruolo importante: le donne avrebbero, infatti, una maggiore sensibilità al dolore soprattutto a causa degli ormoni e delle influenze sociali.

Con l'obiettivo di raccogliere proprio i giudizi del paziente, sono state sviluppate delle scale di valutazione validate e universalmente riconosciute. Anche far annotare al malato un diario giornaliero può essere d'aiuto al clinico per impostare una terapia più appropriata alle necessità del singolo. Con un'attività di monitoraggio nel tempo è inoltre possibile valutare l'efficacia delle cure.

Molto utilizzate per la loro semplicità di impiego sono le scale numeriche come la NRS (Numeric Rating Scale) che consiste in una scala da 0, che corrisponde all'assenza di dolore, a 10, livello massimo di dolore immaginabile. Viene mostrata al paziente che, in base ad una valutazione dell'intensità del dolore percepito, dovrà segnalare il numero della scala corrispondente a tale percezione.

Per i bambini, invece, prevalentemente tra i 3 e i 7 anni, viene utilizzata la scala di Wong-Baker composta da faccine con diverse espressioni: sorridente, triste e così via, fino al pianto. Il bambino deve indicare quale espressione, in quel momento, rappresenta meglio la sua sensazione di dolore. Esistono inoltre scale studiate appositamente per valutare il livello di dolore in neonati e bambini in età pre-verbale che utilizzano parametri quali la postura, il comportamento, il movimento e le espressioni facciali.

Le più autorevoli Società Scientifiche internazionali hanno redatto delle raccomandazioni sul trattamento del dolore cronico di natura neoplastica e non. Da queste Linee Guida sono scaturite "le 5 regole d'oro" in base alle quali la della terapia corretta per il dolore deve essere:

- per bocca (via di somministrazione di prima scelta, efficace ed agevole);
- ad ore fisse (per prevenire l'insorgenza del dolore);
- secondo la scala OMS (semplice nella sua attuazione e facile nella sua diffusione);
- individualizzata (dosaggi, tipo di farmaci, vie di somministrazione);
- attenta al dettaglio (abitudini del paziente).

Le raccomandazioni dell'OMS per il trattamento del dolore cronico, rappresentano il principale riferimento per l'approccio ai pazienti che ne soffrono. Nate per affrontare il dolore del paziente neoplastico, il loro impiego è stato progressivamente esteso al trattamento di tutte le forme di dolore. Infatti:

- in presenza di dolore lieve (corrispondente all'intervallo 1-3 nella scala numerica) che si presuma abbia

una durata limitata nel tempo, è suggerito l'utilizzo di FANS;

- quando il dolore è moderato (intervallo 4-6 nella scala numerica), la terapia d'elezione prevede gli oppioidi farmacologicamente meno potenti detti "oppiacei deboli". Eventualmente associati a FANS, o gli oppioidi più forti a basse dosi, unitamente ad altri farmaci definiti adiuvanti;
- infine, se il dolore si presenta come grave (intervallo 7-10 nella scala numerica), è più appropriato il trattamento con oppioidi forti ai giusti dosaggi.

I FANS possono essere efficaci per il dolore acuto di natura infiammatoria ma con una limitata potenza antalgica; la loro azione è esclusivamente periferica e possono essere somministrati per un limitato periodo di tempo a causa dei molteplici effetti avversi. Un incremento del loro dosaggio, oltre quello massimo, non produce un maggior effetto analgesico ma solo un aumento degli effetti collaterali. Non esistono inoltre prove di efficacia dei FANS sul dolore neuropatico o il dolore misto. Il 6% dei soggetti ad alto rischio gastrointestinale e il 3,7% di quelli con malattie cardiovascolari è risultato esposto a FANS per più di 90 giorni nonostante la letteratura scientifica e le più recenti indicazioni delle Autorità regolatorie che hanno dato indicazioni circa un impiego di questi farmaci limitato al dosaggio minimo efficace e al più breve tempo possibile.

Secondo la nota n. 66 dell'AIFA, FANS e COXIB sono controindicati nei pazienti interessati da scompenso cardiaco moderato e grave, cardiopatia ischemica, patologie cerebrovascolari e arteriose periferiche. Nel nostro Paese la spesa per il ricorso a questi farmaci è ancora molto alta e a questa si aggiungono i costi dei gastroprotettori spesso abbinati agli antinfiammatori per limitarne gli effetti collaterali.

Gli oppioidi sono analgesici che agiscono a livello centrale. Le principali molecole appartenenti a questa categoria sono tradizionalmente ripartite in due tipologie, ovvero gli oppiacei deboli e forti. Gli oppiacei forti sono quelli che hanno maggiore azione analgesica: tra i più noti ci sono la morfina, il metadone, la buprenorfina, l'ossicodone, il fentanil, l'idromorfone; tra gli oppiacei deboli ci sono codeina e tramadolo.

Gli analgesici oppioidi hanno la caratteristica di agire sulle diverse componenti del dolore: somatica (da lesione tissutale), viscerale (a carico di organi interni) e neuropatica (a livello dei nervi). Questo li rende un'opzione terapeutica estremamente utile, non solo per il trattamento del dolore da cancro ma anche nei casi di dolore cronico non oncologico. Di conseguenza è scorretto e limitativo considerarli puramente dei farmaci per le cure di fine vita; se assunti già in fase precoce, prima che l'intensità del dolore diventi severa, gli oppioidi consentono di controllare il dolore in maniera migliore e più tempestiva permettendo anche di impiegare un dosaggio minore di farmaco (che, al contrario, dovrebbe necessariamente essere più elevato se la terapia venisse assunta in fase tardiva). Inoltre il ricorso a un farmaco oppioide in alternativa ai FANS, consente di controllare il dolore senza il rischio di causare danni alla mucosa gastrica e senza dover assumere, in concomitanza, un gastroprotettore.

Infine, numerose evidenze in letteratura dimostrano che gli oppioidi non sono farmaci pericolosi o in grado di indurre dipendenza: quando si prova dolore, infatti, si attivano nell'organismo dei meccanismi recettoriali del tutto diversi rispetto a quelli che entrano in gioco nei soggetti tossicodipendenti, che ricorrono agli oppiacei per provare sensazioni di piacere. Ciononostante, in Italia gli oppioidi sono ancora ampiamente sottoutilizzati.

### **Equità delle cure contro il dolore**

Implementare il lavoro d'equipe e la presa in carico integrata del paziente, anche con il supporto di reti informatiche per la condivisione "real time" delle informazioni; dedicare tempo adeguato all'ascolto del malato, renderlo più partecipe nelle scelte delle cure; privilegiare un approccio precoce e meditato al dolore, senza attendere che cronicizzi, evitare di prescrivere esami e terapie senza prima un inquadramento clinico e psicologico del paziente; scoraggiare uso improprio di FANS e automedicazioni, intensificare l'impegno nel formare i medici e informare i cittadini.

E' necessario un maggior sforzo da parte dei clinici verso la riflessione e la disponibilità all'ascolto del paziente dando valore alla sua specifica storia e instaurando con lui una relazione simmetrica; solo così sarà possibile raccogliere le informazioni e sviluppare gli strumenti necessari affinché le cure siano davvero su misura.

La Legge 38/2010, tanto innovativa e oggetto di ammirazione anche all'estero, in Italia è ancora troppo spesso disattesa. A denunciare questa situazione sono anche le Associazioni di pazienti e cittadini che in questa edizione "IMPACT 2014" hanno avuto un ruolo di primo piano arricchendo il dibattito dell'assemblea con il loro prezioso contributo. Se possono esserci delle differenze nel trattamento del dolore tra i vari Paesi europei, è invece inaccettabile che vi siano disparità all'interno del medesimo Servizio Sanitario Nazionale tra Regione e Regione. E' fondamentale che i cittadini conoscano e rivendichino con determinazione il loro diritto a ricevere in tutta Italia il medesimo livello di assistenza.

*Appendice*

### **GRUPPO 1. Unità Cure Palliative e medicina Generale: "scelte sagge" per favorire l'integrazione sul territorio, in linea con la legge 38/2010**

*Pratiche da adottare:*

- *presa in carico (PIC) integrata del paziente e della sua famiglia;*
- *care/case management nella gestione del piano assistenziale individuale (PAI) condiviso e comunicato;*
- *disponibilità di strumenti per la condivisione in tempo reale tra professionisti dei problemi del paziente e della sua famiglia;*
- *sviluppare la formazione in medicina palliativa nei corsi di laurea e nella formazione generalista e specialista;*
- *utilizzo sistematico degli indicatori di processo e di risultato.*

*Pratiche da non adottare:*

- *escludere il paziente e la sua famiglia nelle scelte di cura;*
- *implementare modelli autoreferenziali;*
- *confondere le cure palliative con le cure di fine vita;*
- *prescrivere accertamenti diagnostici e terapie non coerenti col progetto assistenziale;*
- *avviare percorsi di cure palliative al di fuori della rete locale di cure palliative.*

### **GRUPPO 2. Istituzioni e Associazioni dei pazienti : "scelte sagge" per rispettare i doveri delle Istituzioni e dei diritti dei Cittadini in linea con la Legge 38/2010**

*Pratiche da adottare:*

- *garantire una relazione continua tra associazioni di cittadini e i responsabili legali delle strutture tramite;*
- *incontri periodici come strumento di verifica e controllo, ai vari livelli assistenziali;*
- *educare ai diritti su trattamento e prevenzione anche in merito al dolore fin dalle scuole pubbliche;*
- *misurare meglio il dolore, registrandolo e rivalutandolo in tutti i setting assistenziali;*
- *prendere in carico il malato e non la malattia;*
- *ascolto e relazione riconosciuti come tempo di cura.*

*Pratiche da non adottare:*

- *non lasciare le cose come stanno;*
- *non duplicare i centri decisionale;*
- *non dare per scontata la conoscenza della legge, della rete e della cura;*
- *non limitarsi agli indicatori di processo ma usare anche quelli di risultato clinico;*
- *non confondere nuove tecnologie/nuovi farmaci come progresso di cura.*

### **GRUPPO 3. Le "scelte sagge" da adottare per un'appropriata diagnosi e terapia del BTcP in linea con la Legge 38/2014**

*Pratiche da adottare:*

- *sistematizzazione della diagnosi e caratterizzazione in tutti i setting di cura preferibilmente con l'algoritmo di Davies;*
- *formazione continua di tutti gli operatori del sistema;*
- *attività educazione del paziente e care-giver;*
- *audit periodici per la rilevazione degli scostamenti tra le indicazioni delle linee guida della pratica*

(metodologia PDTI);

- *riconoscimento e valorizzazione del ruolo professionale dell'infermiere.*

*Pratiche da non adottare:*

- *non negare/sottovalutare il problema al paziente;*
- *lasciare scoperti dolori procedurali;*
- *non limitare l'approccio alla sola terapia farmacologica ma al paziente in toto (psicologico, cognitiva, emozionale);*
- *non utilizzare un farmaco per il BTcP se non è caratterizzato e curato adeguatamente il dolore di base;*
- *trascurare il monitoraggio quotidiano del BTcP e dell'appropriatezza delle terapie in atto.*

#### **GRUPPO 4**

##### **L'approccio multidisciplinare per la gestione del dolore in linea con la Legge 38/2014: anestesiti neurologi e chi altri?**

*Pratiche da adottare:*

- *dedicare tempo adeguato all'ascolto dei pazienti;*
- *definizione e condivisione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali;*
- *sensibilizzazione e coinvolgimento dei cittadini delle associazioni;*
- *formazione (Corsi di Laurea, Specialità, Corsi di formazione in MG, ECM, personale medico ed infermieristico);*
- *prevedere meccanismi premianti e sanzionatori per il sistema regionale.*

*Pratiche da non adottare:*

- *richiedere esami e prescrivere terapie prima di un inquadramento del paziente;*
- *utilizzo improprio dei FANS;*
- *automedicazione;*
- *applicazione di metodi organizzativi troppo rigidi;*
- *preclusione all'integrazione di soluzioni e medicine complementari (es: agopuntura).*

#### **GRUPPO 5. Il dolore osteoarticolare: le "scelte sagge" in linea con la Legge 38/2014**

*Pratiche da adottare:*

- *implementare lavoro di equipe (anche tramite reti informatiche, identificare case manager);*
- *fisioterapia precoce ed igiene posturale;*
- *atteggiamento aperto verso le medicine integrative con EBM (es agopuntura);*
- *formazione (op. sanitari), informazione (dei cittadini);*
- *standardizzazione (assessment e terapeutica).*

*Pratiche da non adottare:*

- *automedicazione;*
- *attendere cronicizzazione del dolore;*
- *prescrizione FANS in pazienti complessi;*
- *utilizzare procedure invasive in prima istanza;*
- *approccio non "evidence based".*

Corrispondenza  
[monica.bianchi@mondino.it](mailto:monica.bianchi@mondino.it)

## ABSTRACTS DI INTERESSE CEFALALGICO

Marta Allena, Michele Viana (a cura di)

**Diagnostic and therapeutic errors in cluster headache: a hospital-based study**

Voiticovschi-Iosob C., Allena M., De Cillis I., Nappi G., Sjaastad O., Antonaci F.

La cefalea a grappolo è una rara forma di cefalea primaria, estremamente disabilitante e che affligge principalmente il sesso maschile.

Gli attacchi cefalalgici tipicamente sono caratterizzati da dolore severo, a sede strettamente unilaterale, più spesso definito come lancinante o a pugnalata, di breve durata (al massimo tre ore), che interessa principalmente il territorio di innervazione della prima branca trigeminale e che si associa a sintomi e segni locali ipsilaterali. La forma episodica della malattia, contraddistinta da periodi di raggruppamento delle crisi dolorose (definiti cluster o bouts in inglese) alternati a periodi più o meno lunghi di remissione della sintomatologia, è la più comune ed interessa circa l'80-90% dei pazienti. Nella cefalea a grappolo cronica non vi sono periodi di remissione o, se presenti, sono di breve durata.

Nonostante questo quadro clinico ben definito, purtroppo, ancora oggi la diagnosi di cefalea a grappolo spesso è errata o ritardata, con conseguente ricorso ad esami diagnostici non necessari e prescrizione di terapie non adeguate.

In questo recente studio gli Autori hanno investigato l'occorrenza di errori diagnostici su una popolazione di 144 pazienti con cefalea a grappolo episodica ed afferenti a centri cefalee di terzo livello. L'intervallo medio di tempo tra l'esordio della malattia e la prima visita presso un centro specialistico è risultato essere superiore ai 4 anni; molto spesso, infatti, il paziente prima di ricevere la diagnosi corretta aveva già consultato altri specialisti, con conseguente ritardo diagnostico di almeno 5 anni, tra cui neurologi generali, medici di base, dentisti ed otorinolaringoiatri. Alla prima valutazione presso il centro cefalee di terzo livello, inoltre, sono state registrate nel 77% dei casi diagnosi errate, tra cui più frequentemente nevralgia trigeminale, emicrania senza aura e sinusite. Questi ritardi ed errori diagnostici hanno di conseguenza generato il ricorso, nel 93% dei pazienti coinvolti, ad accertamenti strumentali e di laboratorio non necessari e soprattutto alla mancata prescrizione di farmaci per la cura della cefalea a grappolo.

Lo studio ha, pertanto, posto l'attenzione sulla necessità di migliorare la conoscenza della cefalea a grappolo, sia da un punto di vista diagnostico che terapeutico, mediante formazione ed educazione continue proprio rivolte a quei medici non "cefalologi" ma che vengono continuamente a contatto con questa malattia.

Il riconoscimento corretto e tempestivo della patologia "cefalea a grappolo", infatti, si associa ad una minore richiesta ed esecuzione di esami diagnostici e strumentali non necessari, con conseguente riduzione di costi sanitari, ma anche all'impostazione di terapie farmacologiche adeguate, con miglioramento della qualità di vita di questi pazienti già notevolmente disabilitati.

J Headache Pain 2014;15:56 (open access)

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=\(Diagnostic%5BTitle%5D%20AND%20therapeutic%20errors%20in%20cluster%20headache%3A%20a%20hospital-based%20study%5BTitle%5D\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=(Diagnostic%5BTitle%5D%20AND%20therapeutic%20errors%20in%20cluster%20headache%3A%20a%20hospital-based%20study%5BTitle%5D))



**Allodynia is associated with a higher prevalence of depression in migraine patients**

Louter M., Wardenaar K., Veen G., van Oosterhout W., Zitman F., Ferrari M., Terwindt G.

Come è noto da tempo esiste una significativa associazione tra emicrania e depressione. Lo scopo di questo studio è stato quello di identificare i fattori emicrania-specifici coinvolti in questa associazione.

Gli autori hanno condotto una ricerca trasversale su un'ampia e ben definita popolazione di pazienti con emicrania (2.533 soggetti). È stata valutata la presenza in anamnesi di depressione (insorta in un qualsiasi periodo della vita) attraverso questionari validati ed è stata diagnosticata l'emicrania in base all'ultima classificazione internazionale delle cefalee (ICHD-III beta). Sono state poi condotte analisi di regressione multivariata.

Dai risultati è emerso che dei 2.533 soggetti emicranici 1.137 (45%) hanno sofferto di depressione nella loro vita. I seguenti fattori indipendenti sono stati associati ad un aumento della prevalenza di depressione: i) fattori di rischio specifici per emicrania: alta frequenza di attacchi emicranici e presenza di allodinia (dolore suscitato da uno stimolo che normalmente non è in grado di provocare una sensazione dolorosa); ii) fattori generali: insonnia, sesso femminile, elevato indice di massa corporea, essere single, tabagismo e un basso consumo di alcol.

In conclusione questo studio ha identificato l'allodinia, oltre all'alta frequenza di attacchi emicranici, come un nuovo fattore emicrania-specifico associata a depressione.

Cephalalgia 2014;34(14):1187-92

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Allodynia%20is%20associated%20with%20a%20higher%20prevalence%20of%20depression%20in%20migraine%20patients%22%5BTitle%5D>

## NORME PER GLI AUTORI

La rivista pubblica articoli originali proposti direttamente dagli autori o su invito del Comitato di Consulenza. I testi devono essere inediti o in caso contrario si possono pubblicare con le dovute autorizzazioni.

La proprietà letteraria degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice; ne è vietata la riproduzione anche parziale senza autorizzazione della Redazione e senza citarne la fonte.

Gli Autori si assumono la piena responsabilità per quanto riportano nel testo e si impegnano a fornire permessi scritti per ogni materiale grafico o di testo tratto da altri lavori pubblicati o inediti.

La Redazione dopo aver eventualmente consultato i Referees si riserva la facoltà di: accettare gli articoli; accettarli con la riserva che vengano accettate le modifiche proposte; rifiutarli, esprimendo un parere motivato.

Il materiale dovrà essere inviato alla redazione al seguente indirizzo e-mail: [confinia@mondino.it](mailto:confinia@mondino.it), almeno 20 giorni prima della pubblicazione del numero (indicativamente 15 marzo; 10 luglio; 10 novembre).

I documenti devono i seguenti requisiti:

- testo: Word versione per Windows;
- tabelle: in formato Word o Excel versione per Windows;
- grafici: in formato Power Point o JPG versione per Windows.

Il testo non deve superare le 10 cartelle dattiloscritte (formato A4, doppio spazio, 30 righe per pagina, 60 caratteri), inclusa la bibliografia (max 25 voci bibliografiche).

La prima pagina deve contenere il titolo in lingua italiana e in lingua inglese, il nome per esteso ed il cognome degli Autori, gli Istituti di appartenenza, l'indirizzo del primo Autore, il riassunto in lingua italiana e inglese della lunghezza massima di 10 righe e almeno tre Key Words in lingua italiana e inglese.

Gli articoli originali devono essere di norma suddivisi in: introduzione, materiale e metodi o caso clinico, risultati, discussione.

**TABELLE** - Le tabelle (in numero non eccedente la metà delle pagine di testo) devono:

- essere citate nel testo ed inserite nel medesimo in modo coerente;
- avere un titolo conciso ed essere numerate con numeri romani;
- riportare le abbreviazioni chiaramente definite.

**FIGURE** - I grafici, le fotografie e i disegni (in numero non eccedente la metà delle pagine di testo) devono essere in formato Power Point o JPG di buona definizione (risoluzione da 150 dpi in su).

Inoltre devono:

- essere citate nel testo ed inserite nel medesimo in modo coerente;
- avere un titolo conciso ed essere numerate con numeri romani;
- riportare le abbreviazioni chiaramente definite.

**BIBLIOGRAFIA** - I riferimenti bibliografici devono essere segnalati nel testo tra parentesi e in numero. Es: "come recentemente riportato" (1) oppure (1,2)...

Le voci bibliografiche devono essere riportate alla fine dell'articolo e numerate consecutivamente nell'ordine in cui sono menzionate per la prima volta nel testo.

Nella bibliografia vanno riportati:

- tutti i lavori citati nel testo e nelle didascalie di tabelle/figure;
- tutti gli Autori fino a un massimo di sei. Se sono in un numero superiore, riferire il nome dei primi tre seguiti dalla dicitura "et al";
- i titoli delle riviste abbreviati secondo la convenzione in uso dalla MNL (v. PubMed) o per esteso.

Si invita ad attenersi ai seguenti esempi:

per riviste

Anthony M, Hinterberger H, Lance JW. Plasma serotonin in migraine and stress. Arch Neurol 1967; 16:544-552

per libri

Kudrow L. Cluster headache: mechanism and management. New York: Oxford University Press 1980;

Barzizza F, Cresci R, Lorenzi A. Alterazioni ECGrafiche in pazienti con cefalea a grappolo. In: Richichi I. & Nappi G. eds. Cefalee di interesse cardiovascolare. Roma: Cluster Press 1989; 7:133-13

per abstract

4) Caffarra P, Cammelli F, Scaglioni A et al. Emission tomography (SPELT) and dementia: a new approach. J Clin Exp Neuropsychol 1988; 3:313 (abstract)