

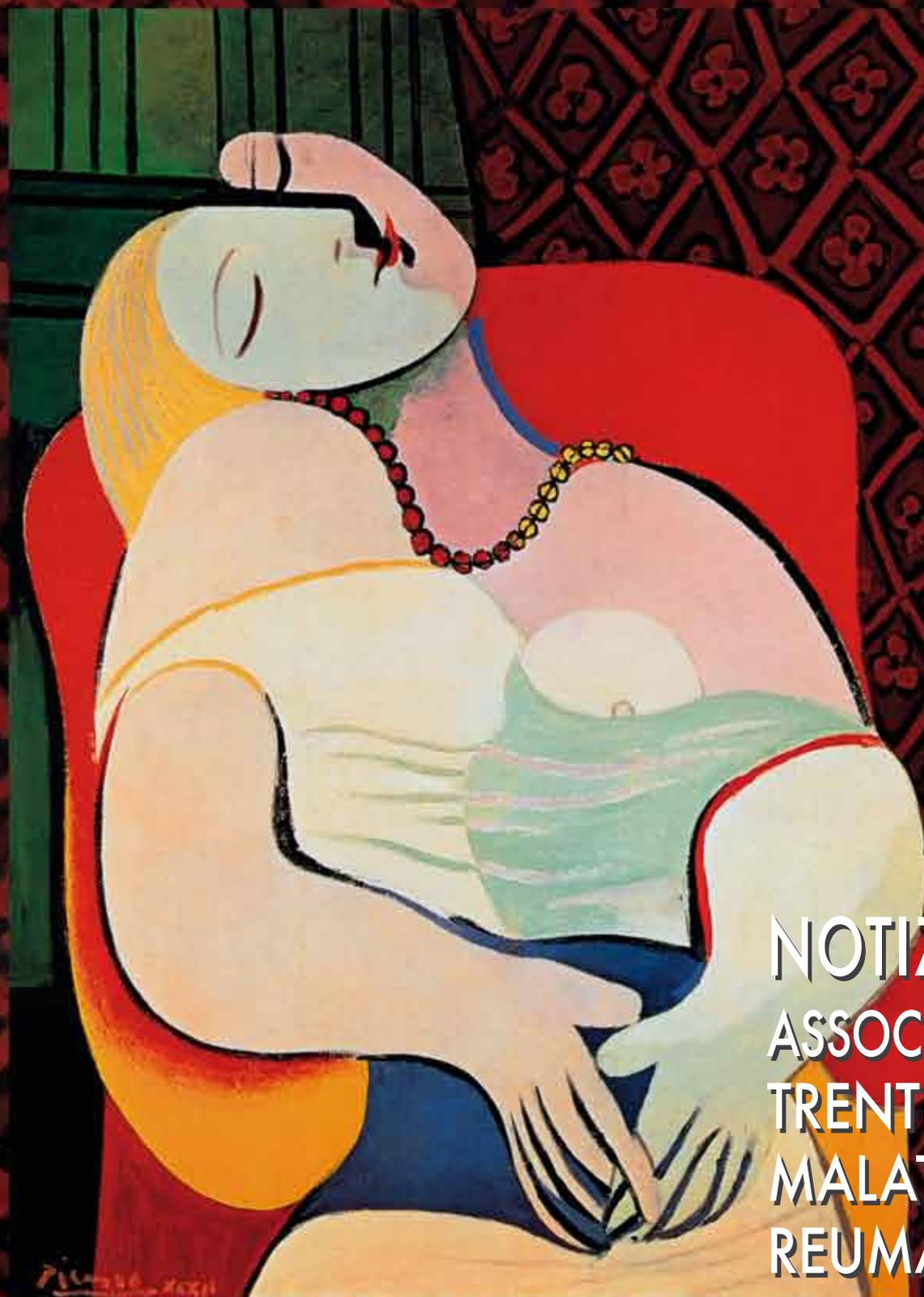
Anno VIII
Numero 20
Gennaio 2014

Quadrimestrale - Poste Italiane s. p. a. - Spedizione in Abbonamento Postale
D. L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Trento

Associazione
Trentina
Malati
Reumatici



Una mano alla speranza



NOTIZIARIO
ASSOCIAZIONE
TRENTINA
MALATI
REUMATICI

**Notiziario dell'Associazione
Trentina Malati Reumatici**

Registrazione Tribunale di Trento
n. 1331 del 12 luglio 2007

Proprietario ed Editore:

Associazione Trentina Malati
Reumatici – ATMAR ONLUS

Direttore responsabile:

Alessandro Casagrande

Comitato di redazione:

Annamaria Marchionne, Presidente
ATMAR, Coordinamento
Alessandra Faustini, Consiglio
direttivo ATMAR, cura redazionale

**Unità Operativa Complessa di
Reumatologia Ospedale S. Chiara,
Trento**

Giuseppe Paolazzi, Direttore
Roberto Bortolotti
Francesco Paolo Cavatorta
Lorenzo Leveghi
Susanna Peccatori
Alessandro Volpe

Consiglio Direttivo ATMAR

Annamaria Marchionne, Presidente
Franco Targa, Vicepresidente
Lidia Torboli, Segretario
Fabiana Chistè, Tesoriere
Laura Bonfanti, Componente
Liliana Celadon, Componente
Alessandra Faustini, Componente

Hanno collaborato a questo numero:

Anna Maria Aloisi, Linda Azzalin,
Ornella Barni, Roberto Bortolotti,
Daria Caldini, Gianniantonio Cassisi,
Marco Cazzola, Alessandra Faustini,
Marco Gradassi, Annamaria Marchionne,
Paola Mongera, Maria Elisabetta
Montagni, Piero Marson,
Giovanni Peronato, Alessia Silvi.

Progetto grafico e impaginazione:
Gabriele Weber, Trento

Stampa: Publistampa, Pergine Valsugana

Per scrivere alla redazione:

Sede ATMAR – 38122 Trento
via al Torrione, 6
tel. e fax 0461 260310 - cell. 348 3268464

Apertura sede: tutti i martedì 10-12 e
giovedì 17-19.

e-mail: atmar@reumaticitrentino. it
sito web: www. reumaticitrentino. it

SOMMARIO

- 1 **Editoriale**
Annamaria Marchionne
- 2 **Convegno ATMAR 2013**
**Le forme del dolore. Dolore cronico reumatologico:
tra medicina e vissuto del paziente.**
Focus sulla fibromialgia
Alessandra Faustini
- 5 **Meccanismi fisiopatologici del dolore:
cosa deve sapere il malato**
Marco Cazzola
- 9 **Terapia non farmacologica del dolore cronico**
Linda Azzalin
- 11 **Le differenze di genere nel dolore**
Anna Maria Aloisi
- 16 **Una breve storia dei farmaci analgesici in reumatologia**
Piero Marson
- 19 **Dolore cronico diffuso e fibromialgia: quali differenze?**
Gianniantonio Cassisi
- 21 **Percorsi di Mindfulness**
Marco Gradassi
- 23 **Buongiorno fibromialgia!**
Paola Mongera
- 24 **Dal corpo alla relazione di cura**
Ornella Barni
- 28 **L'osteoporosi. Percorso assistenziale**
Roberto Bortolotti
- 29 **Anche per i farmaci biologici è arrivato il tempo della
versione 'generica'**
Giovanni Peronato
- 31 **Il fenomeno della violenza domestica: definizione, caratteri
generali e forme di manifestazione (I parte)**
Alessia Silvi
- 34 **Nuovo Punto d'ascolto a Rovereto**
Daria Caldini
- 35 **Sì, ballare...**
Maria Elisabetta Montagni
- 37 **Eventi**

In copertina: P. Picasso, *Il sogno*, 1932, olio su tela (rielaborazione grafica)

PER CONTINUARE A SPERARE



dott.ssa **Annamaria Marchionne**
Presidente ATMAR

L'anno che si è chiuso e il nuovo anno che è appena incominciato non lasciano dubbi sulla gravità della situazione economica e sociale del nostro Paese. Anche in Trentino la pesantezza della congiuntura economica, con i suoi difficili risvolti sociali e umani, si fa sentire in modo allarmante, anche il Trentino non è più "isola felice", la disoccupazione crescente, l'impovertimento delle famiglie, la difficoltà degli enti locali a garantire il livello dei servizi cui eravamo abituati, la forte contrazione delle risorse pubbliche, sono oramai realtà innegabili con cui fare i conti.

In questo scenario il volontariato impegnato in ambito sanitario e sociale deve misurarsi con due aspetti apparentemente contraddittori: da un lato, avrà sempre più peso il suo ruolo attivo e propositivo per continuare a garantire i servizi erogati e rispondere alle esigenze dei pazienti, dall'altro, la riduzione delle risorse, pubbliche e private, a sostegno del volontariato, renderà ancora più difficile la sua azione e metterà in forse la sua stessa possibilità operativa.

Il ruolo del volontariato

Crediamo che, mai come oggi, ci sia bisogno di rafforzare e di rilanciare il fondamentale ruolo di sussidiarietà e di promozione della coesione sociale svolto dal volontariato attraverso la costruzione di una **grande rete di solidarietà** capace di intercettare i nuovi bisogni, le nuove povertà, le nuove emarginazioni e gli ambiti di azione e di proposta in cui può rinnovarsi il significato più profondo dell'essere "volontari", cioè persone che decidono di mettersi in gioco per donare ad altre persone, più fragili, il loro tempo, le loro competenze, la loro solidarietà. Il volontariato propone la **centralità della persona** e delle relazioni interpersonali in luogo della centralità dello scambio mercantile ed opera di fatto in controtendenza rispetto alla deriva economicistica della società, a cui stiamo assistendo.

Volontariato è infatti prioritario sinonimo di **gratuità**, ossia di capacità di oltrepassare l'orizzonte economico, come unica chiave di lettura dell'agire umano e dello sviluppo della società.

Il volontariato può divenire un soggetto sociale in grado di fornire una risposta concreta al bisogno immediato, ma deve al contempo essere capace di stimolare sempre più il sistema politico perché intervenga a rimuovere le cause che hanno generato quel bisogno.

Ciò significa rifiutare il semplice ruolo di ammortizzatore sociale o tappabuchi delle deficienze ed inefficienze delle istituzioni per divenire un soggetto attivo e propositivo, in concorso con gli altri attori coinvolti, nella programmazione, gestione e valutazione degli interventi sociali e sanitari nel territorio di riferimento.

In altre parole, significa saper assumere e svolgere quel **ruolo politico di portatori di istanze**, segnalatori di disservizi ed inefficienze e rilevatori dei bisogni inespressi, in particolare dalle categorie di cittadini più deboli ed emarginate, che in ultima analisi risulta essere la prioritaria *mission* del volontariato.

Non ci stanchiamo, tuttavia, di evidenziare, come anche in Trentino, nonostante l'ampiezza e il radicamento del volontariato, vi sia una scarsa visibilità delle azioni che esso sviluppa, al di là di qualche occasionale ed esteriore riconoscimento istituzionale.

È quindi necessario dare un segnale forte, inequivocabile, che possa dimostrare il "valore" dell'azione del volontariato ed il suo impatto nella nostra comunità, mobilitando gli **Stati Generali del volontariato trentino** per affrontare, con iniziative non estempo-

La Presidente, il Consiglio Direttivo, il Collegio dei Revisori dei conti, il Collegio dei Proibiviri, lo Sportello d'Ascolto di Trento e di Rovereto, i volontari ATMAR augurano

BUON ANNO 2014

a tutti Voi Associati, alle Vostre famiglie, all'equipe medica e infermieristica dell'U.O.C. di Reumatologia dell'Ospedale S. Chiara di Trento e dei Poliambulatori Crosina Sartori, ai rappresentanti delle Istituzioni pubbliche e private che ci hanno sostenuto nel 2013.

ranee ma permanenti, le grandi sfide che la crisi ci pone dinnanzi.

In questa direzione di fondamentale importanza deve essere il ruolo della **Consulta provinciale per la Salute**, organismo che riunisce le principali associazioni che operano in ambito sanitario, che dovranno, a breve, essere chiamate a confrontarsi su temi di grande rilievo per la Sanità trentina: **nuovo Piano Sanitario provinciale, rete ospedaliera provinciale e Nuovo Ospedale del Trentino, livelli essenziali di assistenza, continuità delle cure e integrazione ospedale territorio, cronicità e presa in carico multidimensionale, assistenza socio-sanitaria connessa alla non autosufficienza, integrazione sociale dei disabili.**

Per parte nostra, continueremo ad impegnarci in tutti gli ambiti in cui sia possibile offrire il nostro contributo per cercare di migliorare la qualità dell'assistenza socio-sanitaria non solo per i nostri malati, ma, più in generale, per tutti i cittadini della nostra provincia, convinti come siamo che, particolarmente su temi che riguardano la salute, sia indispensabile l'alleanza e la trasversalità di obiettivi possibilmente condivisi fra tutte le associazioni di pazienti.

Convegno **LE FORME DEL DOLORE** *Dolore cronico reumatologico: tra medicina e vissuto del paziente* *Focus sulla fibromialgia*

Trento, 16 novembre 2013

dott.ssa **Alessandra Faustini**
Consigliere ATMAR

Grande folla sabato 16 novembre 2013 al Grand Hotel Trento per la giornata dedicata al dolore e, in particolare, alla fibromialgia. Oltre a numerosi malati, molti dei quali giunti anche da fuori provincia, erano presenti medici di medicina generale, reumatologi, terapisti del dolore, psicologi, infermieri e altri professionisti legati al mondo della sanità.

Il convegno, infatti, grazie alla collaborazione tra ATMAR e l'Azienda sanitaria, è stato strutturato anche come

momento formativo per il personale sanitario.

Quest'anno, l'immagine scelta per i materiali informativi, era un quadro di Picasso che ritrae una figura femminile in un sogno. Una donna che rappresenta, in fondo, tutte le malate fibromialgiche – come ha spiegato in apertura dei lavori **Annamaria Marchionne**, Presidente di ATMAR – che sperano che il loro sogno di una vita senza dolore possa, un giorno, divenire realtà. Il convegno, ha sottolineato la Presi-



dente di ATMAR, è un'occasione per parlare di dolore non solo dal punto di vista fisiologico, ma anche dal punto di vista delle sue risonanze emotive, psichiche, nella convinzione profonda che non si possa ridurre l'esperienza del dolore alla sua oggettivazione somatica, poiché sulla scia del dolore che fa soffrire il corpo, nasce la sofferenza, con tutti i suoi complessi riverberi esistenziali.

Il tema del dolore viene approfondito dando spazio alla molteplicità di voci che si intrecciano su di esso: dolore, inteso non solo come uno stato biologico o fisiologico di un singolo corpo umano, ma inteso nella sua ricchezza di significanza personale, sociale, medica. Uno degli obiettivi dell'incontro, ha spiegato la dott.ssa Marchionne, è che possa essere occasione per i malati, per i medici e gli operatori della sanità che vi partecipano, per consolidare la consapevolezza che nell'approccio al tema del dolore vada superato il modello biomedico, essenzialmente "riduttivo" in quanto non considera adeguatamente l'interdipendenza e la complementarità di ciascuna parte del corpo, in favore di un modello biopsicosociale, centrato sul paziente, in cui la diagnosi non si riduce unicamente alla ricerca di un difetto organico, ma cerca di individuare anche gli eventuali fattori psicosociali patogeni e li tiene nel debito conto nella gestione clinica del paziente.

In questo approccio, la centralità della relazione di cura, in cui dal curare si passi al prendersi cura della persona nella totalità del suo essere, costituisce premessa irrinunciabile per l'esercizio fruttuoso dell'atto medico, nella sua valenza professionale ed etica.

In apertura del convegno è intervenuto poi il dott. **Ugo Rossi**, nuovo governatore della Provincia autonoma di Trento, ringraziando ATMAR per la fondamentale collaborazione con l'Azienda sanitaria che ha portato a importanti risultati, come, ad esempio, la realizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare e il riconoscimento della fibromialgia, risultato ottenuto anche grazie all'autonomia che permette di decidere sul territorio. Non a caso solo l'Alto Adige, oltre al Trentino appunto, ha ricono-



sciuto tale malattia.

Dopo i saluti del dott. **Luciano Flor**, direttore dell'Azienda Sanitaria e del dott. **Giuseppe Zumiani**, presidente dell'Ordine dei medici, la giornata è entrata nel vivo con la relazione del dott. **Giuseppe Paolazzi**, *Le varie tipologie di dolore*, che ha introdotto il tema fibromialgia, evidenziando come manchi ancora una definizione sufficientemente adeguata per definire il dolore. Il dott. Paolazzi, evidenziando come la complessità del dolore sia notevolissima, ha innanzitutto distinto tra dolore acuto e dolore cronico e ha schematizzato i quattro principali tipi di dolore: nocicettivo, infiammatorio, neuropatico e (dis)funzionale.

Nel malato fibromialgico il dolore persiste in assenza di cause organiche identificabili e, quindi, il dolore non è più un sintomo, ma diviene dolore malattia. Malattia che va affrontata secondo quello che oggi viene definito il modello biopsicosociale del dolore. Bisogna quindi tenere conto dei fattori biologici, psicologici e sociali.

Il dott. Paolazzi ha chiuso il suo intervento sottolineando come oggi siano cambiati i criteri per la definizione della fibromialgia. Per essere definito affetto da tale malattia, il paziente deve avere dolore diffuso da almeno tre mesi, astenia, sonno non ristoratore e disturbi cognitivi. Non si parla più,

inoltre, di tender points, ma di zone dolorose.

Il dott. **Marco Cazzola** di Saronno ha approfondito nella sua relazione, *Mecanismi fisiopatologici del dolore cosa deve sapere il malato*, i due principali modelli medici che affrontano il dolore. Il primo è un modello medico tradizionale, il secondo è un modello biopsicosociale che considera molti fattori diversi e l'interazione con le variabili personali. Le recenti ricerche, grazie anche alle risonanze magnetiche funzionali, hanno evidenziato come il cervello dei pazienti fibromialgici legga in modo "errato" i segnali periferici positivi e negativi. Bisogna, quindi, "insegnare" al cervello a rimodulare la sua capacità di interpretare i segnali e, per questo, una strategia cognitivo-comportamentale può essere molto utile. Anche il dott. Cazzola ha sottolineato l'importanza dell'informazione del malato e come sia importante la collaborazione attiva dello stesso per una miglior gestione della malattia. Cazzola ha chiuso con una citazione di Ippocrate che già nel 400 a.C. diceva che "anima e corpo non vanno separati".

È intervenuto, poi, il dott. **Piercarlo Sarzi Puttini** di Milano parlando di *Nuovi aspetti della terapia farmacologica del dolore cronico*. Il dott. **Sarzi Puttini** ha innanzitutto rassicurato i numerosi malati presenti in sala di-

chiarando che il farmaco è un amico, purché venga usato in modo corretto. Il dolore cronico rimane, in ogni caso, difficile da curare. Il malato arriva spesso dal medico in uno stato di ansia dopo aver "girovagato" per diversi ambulatori, dopo aver fatto innumerevoli esami senza aver avuto risposte certe. È importante, quindi che il medico ascolti con molta attenzione la storia clinica del paziente, rendendosi conto con empatia che l'impatto del dolore cronico è devastante.

Fare diagnosi, tutto sommato, è abbastanza facile. Molto più difficile è individuare la terapia giusta perché ogni malato ha una storia diversa, ha reazioni diverse. È importante, dunque, studiare una strategia terapeutica individuale ed educare il paziente affinché impari a gestire la malattia anche da solo. In genere in tutti i malati fibromialgici coesistono un dolore di tipo primitivo e un dolore legato al modello psicosociale.

Ormai è convinzione di tutti che l'approccio multidisciplinare sia il migliore. Importanti sono l'educazione del paziente, la terapia farmacologica e la terapia non farmacologica. Il dott. Sarzi, nella sua relazione si è concentrato sulla terapia farmacologica, sottolineando più volte come nessun trattamento farmacologico sia uniformemente efficace in tutti i pazienti. Il medico dovrà, pertanto, provare differenti modalità di terapie, seguendo naturalmente anche le linee guida e analizzando la letteratura. Purtroppo, ad oggi, nessun farmaco è stato ufficialmente approvato in Italia come specifico per la fibromialgia. Di fatto, sono state studiate molte molecole, ma nessuna efficace al 100%. Pertanto sarà il medico a studiare la terapia più adatta per ogni singolo paziente, scegliendo tra farmaci analgesici, sedativi, miorellassanti, antidepressivi, iniziando probabilmente con un solo farmaco, a basse dosi, aggiungendo, poi, eventualmente, altri farmaci e aumentando le dosi.

In conclusione, il dott. Sarzi Puttini ha evidenziato come la terapia farmacologica sia importante, ma va sempre valutata insieme alla terapia non farmacologica.

Di *Terapia non farmacologica del dolore cronico* e, in particolare di agopun-

tura e ipnosi, ha parlato poi la dott.ssa **Linda Azzalin** di Rovereto. Dopo una significativa premessa sulla complessità dell'essere umano e sul dovere del medico di considerare il malato come persona, la dott.ssa Azzalin ha ricordato che nel 2009 la Federazione nazionale medici chirurghi ha sancito che solo il medico può effettuare l'agopuntura. Si tratta di un'affermazione molto importante per la tutela dei cittadini che, sempre più, anche in Italia, si affidano alle medicine non convenzionali. Molte università, negli ultimi anni, hanno attivato corsi di agopuntura e di medicina integrata. In Trentino, attualmente, ci sono tre centri di terapia del dolore, Trento, Rovereto e Borgo Valsugana che collaborano con la Reumatologia e con la Psicologia clinica.

Ribadendo come oggi esistano numerosi studi sull'efficacia dell'agopuntura, la dottoressa Azzalin ha affermato che l'agopuntura è sicuramente utile nella riduzione del dolore poiché la stimolazione effettuata in alcuni punti, scelti con accuratezza, produce endorfine e ha, inoltre, un'azione miorellassante. Nella seconda parte della relazione si è parlato, invece, di ipnosi e di profonda relazione che si crea tra ipnologo e paziente. La dott.ssa Azzalin ha terminato il suo intervento sottolineando la necessità che i medici sappiano confrontarsi con i pazienti che sono i migliori competenti di se stessi.

È seguito un altro interessante intervento, *Differenze di genere nel dolore* a cura della prof.ssa **Anna Maria Aloisi** dell'Università di Siena che ha sottolineato l'importanza degli ormoni e, in particolare del testosterone, ormone dell'umore, che influisce sulla libido e anche sul tono muscolare. Il testosterone è presente anche nella donna e forse andrebbe studiato di più e dosato, in particolare, in tutti quei pazienti che assumono fans, antidepressivi, morfina. Gli ormoni sono, infatti, sostanze molto potenti che sicuramente possono influenzare il benessere o meno delle persone.

Ha preso la parola, poi, il dott. **Gianantonio Cassisi** di Belluno. Nel suo intervento, *Dolore cronico diffuso e fibromialgia: quali differenze?* si è soffermato sul fatto che la letteratura ancora non riporta dati coerenti per quanto

riguarda la fibromialgia e il dolore cronico. C'è ancora ampia incertezza per quanto riguarda le definizioni e più volte sono cambiati anche i criteri classificatori. Molte sono infatti le variabili: da quando c'è il dolore, quanto dura? È un dolore localizzato? A fascia? O è un dolore diffuso? Spesso il paziente ha un dolore misto, a volte un dolore locale si amplifica. Le sindromi da dolore cronico diffuso sono molte e diverse. Di queste, probabilmente, la fibromialgia è la punta dell'iceberg. Sicuramente quando un paziente arriva dal medico dicendo che ha dolore da tutte le parti, è una persona che chiede aiuto e che, pertanto, va ascoltato.

Alla ripresa dei lavori, dopo la pausa pranzo, il dott. **Piero Marson** dell'Università di Padova, nella relazione *Gli analgesici in reumatologia: le più importanti tappe storiche* ha esposto una sintesi della storia del dolore e dei farmaci usati per placarlo come, ad esempio le capsule di papavero, la corteccia di salice o il Laudanum fino alla scoperta nel 1899 dell'aspirina. Il dott. Marson ha poi illustrato una interessante carrellata di rappresentazioni del dolore nella pittura, nella scultura, nella fotografia per far capire come il dolore sia universale e debba essere ascoltato, "ogni giorno nel tuo ospedale fai fiorire la relazione di cura".

Il dott. **Daniele Conti**, rappresentante dell'Associazione Malati reumatici dell'Emilia Romagna ha presentato un filmato sull'*Esperienza del Progetto Benessere*, ideato e curato dall'Associazione, in collaborazione con i medici dell'ospedale di Ferrara, per offrire ai pazienti, in particolare fibromialgici, un percorso alla Terme di Riolo che offre, nell'arco di 12 giorni, ginnastica dolce, ginnastica in acqua, rilassamento e momenti di socializzazione. È difficile misurare il dolore fibromialgico. Pare, però, in base ai questionari somministrati ai pazienti dopo il percorso effettuato nel 2012, che ci sia stato un miglioramento del dolore e della qualità di vita. Il progetto è quindi proseguito anche nel 2013 e si spera di poter continuare, creando dei protocolli appositi. Il dott. **Giuseppe Paolazzi** è, poi, intervenuto sul *Percorso diagnostico terapeutico per la fibromialgia in Trentino* di cui si è già ampiamente

scritto nel Notiziario n. 18 di maggio 2013. Sia qui solamente ricordato come il percorso preveda che la diagnosi di fibromialgia e la conseguente esenzione per determinati trattamenti, spetti al reumatologo che, successivamente, farà intervenire gli altri specialisti: terapisti del dolore, psicologi, fisiatristi, fisioterapisti, ecc. con l'obiettivo primario di ridurre il dolore e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

La parola è passata poi al dott. **Marco Gradassi**, psicologo dell'Azienda sanitaria del Trentino che, parlando di *Percorsi di Mindfulness per il controllo del dolore cronico*, realizzati nell'ambito del percorso per la fibromialgia dell'Azienda Sanitaria, ha cercato di far capire cosa sia la mindfulness, parola inglese non traducibile in italiano, ma che significa coltivare una certa dose di intimità con se stessi, orientandosi a un atteggiamento di gentilezza, di chiarezza, di accettazione. Utilizzando alcuni brani tratti dal libro *Il piccolo principe*, il dott. Gradassi ha spiegato come sia necessario passare del tempo con il nostro mondo interno, come sia importante cercare di relazionarsi con i propri pensieri. Non serve cambiare i nostri pensieri, ma scegliere a quali pensieri dedicarsi e imparare a non sprecare tutte le risorse del nostro "regno" per tener lontano ciò che non vorremmo (malattia, dolore, perdita, ecc.). Durante i percorsi di mindfulness vengono insegnati esercizi specifici per cambiare la percezione del dolore e, di conseguenza, migliorare la qualità della vita.

La fisioterapista **Ornella Barni** nella relazione *Fisioterapia e dolore cronico: dal corpo alla relazione di cura* ha riferito di una sperimentazione avvenuta presso l'ospedale di Saronno con dieci donne fibromialgiche, in cui, all'approccio terapeutico si affiancava una mediazione corporea e artistica fatta di massaggi, esercizi di stretching, training autogeno e un laboratorio di scrittura autobiografica che ha portato alla creazione di una fiaba condivisa nella quale le varie metafore volevano dimostrare il cambiamento di atteggiamento delle pazienti. Dal "toglietemi questa malattia" a "io posso fare qualcosa pur avendo questa malattia".

La dott.ssa **Federica Mattarei**, psicologa-psicoterapeuta che collabora con

ATMAR, nella relazione *Il progetto Zefiro di ATMAR*, ha ricapitolato le tappe del progetto, che, nato nel 2008 da un'idea di Annamaria Marchionne e di Mara Marchesoni per offrire sostegno psicologico nel travagliato percorso di adattamento alla fibromialgia, è stato "sperimentato" da ATMAR per alcuni anni e, successivamente, "adottato" dall'Azienda sanitaria. La dott.ssa Mattarei, che oggi segue il progetto per ATMAR, ha sottolineato come il dolore sia sempre presente nei colloqui con le pazienti, un dolore che mette in discussione tutto, che non può essere misurato solo con le scale di misurazione, che sono importanti, ma non bastano. La sofferenza va al di là del dolore. Comporta adattamento, accettazione e il paziente non va lasciato solo, non si può delegare tutto a lui. Serve comunicare con i parenti, con la rete sociale, con chi si prende cura. Il dolore porta quasi sempre all'isolamento, alla solitudine e questo fa peggiorare i sintomi. È difficile chiedere aiuto, ma è necessario permettersi di chiedere aiuto e permettere agli altri di "prendersi cura" di noi. Ultimo intervento, ma molto seguito dal pubblico ancora numeroso in sala, è stato quello di **Paola Mongera, Buongiorno fibromialgia!**

Paola, Thien Van (Nuvola Buona), paziente fibromialgica, ha raccontato la sua esperienza, dal momento della diagnosi di fibromialgia, con successiva depressione al ritrovamento dell'energia grazie all'antica passione per il Viet Tai Chi, che dice di essere forti, essere utili, essere felici. Si tratta di una studiata combinazione di tecniche antiche (movimento e respirazione) per coltivare l'energia per elevarsi. Oggi Paola tiene ben quattro corsi, con allievi dai 14 ai 70 anni e può affermare che chi pratica il Viet Tai Chi raggiunge una maggiore mobilità e un migliore equilibrio psico-fisico.

Vista l'intensità dell'interessante giornata, non c'è stato tempo, alla fine, per rispondere a tutte le domande del pubblico alle quali, nei limiti del possibile, verrà data risposta nei prossimi mesi sul sito di ATMAR.

A partire da questo numero della rivista proponiamo la sintesi delle relazioni del convegno

LE FORME DEL DOLORE
Dolore cronico
reumatologico: tra medicina e vissuto del paziente
Focus sulla fibromialgia

che i Relatori ci hanno finora gentilmente inviato.

La videoregistrazione di tutti gli interventi è disponibile sul sito di ATMAR
www.reumaticitrentino.it

Meccanismi fisiopatologici del dolore: cosa deve sapere il malato



Dott. Marco Cazzola
Responsabile f.f. Unità Operativa Complessa di Recupero e Rieducazione Funzionale, Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo" di Busto Arsizio - Presidio Ospedaliero di Saronno (VA)

Introduzione

Il dolore cronico muscoloscheletrico rappresenta un problema emergente nei paesi industrializzati; la sua prevalenza, infatti, è stimata in circa il 35% della popolazione generale ed ha ormai superato le malattie cardiovascolari nell'indurre disabilità. Secondo la definizione dell'*International Association for the Study of Pain* (IASP) il dolore è considerato cronico quando la sua durata supera il tempo richiesto per la guarigione dei tessuti, stabilito arbitrariamente in tre mesi. Il dolore può essere la conseguenza di lesioni a carico del sistema muscoloscheletrico ma, spesso, si manifesta in assenza di alterazioni strutturali rilevabili a carico dei tessuti dove viene percepito; in altri casi le sue caratteristiche, in termini di intensità e di modalità di presentazione, non sono compatibili con eventuali patologie rilevabili all'esame clinico e con le indagini strumentali. Le basi fisiopatologiche dell'amplificazione e della cronicizzazione del dolore devono essere ricercate, da un lato, in modificazioni irreversibili dei neurocircuiti preposti alla ricezione, alla trasmissione ed alla processazione degli stimoli provenienti dalla periferia e, dall'altro, nell'interazione tra una neuromatrice alterata e la psiche del soggetto.

Da un concetto puramente temporale si è passati, quindi, ad un concetto biopsicosociale in cui il **dolore cronico** è considerato come un'esperienza **multi-dimensionale** prodotta dall'interazione dell'individuo sofferente con variabili esterne, sociali e familiari.

Il problema del dolore può essere quindi affrontato seguendo due modelli concettuali:

1. un **modello biomedico**, che ha indirizzato la ricerca scientifica, nel secolo scorso, verso l'indagine anatomico-morfologica, neurofisiologica e neuro-endocrina;
2. un **modello biopsicosociale**, che sta raccogliendo ultimamente più ampi consensi, in cui è sottolineata l'importanza di fattori emotivi, cognitivi e comportamentali sulla percezione e, soprattutto, sulla cronicizzazione del dolore.

Il modello biomedico

I fattori biologici che contribuiscono alla cronicizzazione del dolore muscoloscheletrico sono stati ampiamente studiati in una condizione prototipica, la sindrome fibromialgica (FM). Recentemente le stesse alterazioni neurochimiche che caratterizzano la FM sono state riscontrate in altre condizioni dolorose croniche a partenza dall'apparato muscoloscheletrico, quali la coxartrosi e le numerose sindromi algodisfunzionali variamente denominate (sindrome temporomandibolare, sindrome da dolore toracico atipico ecc.). Alla base di tutte queste condizioni e, probabilmente, del dolore cronico muscoloscheletrico in generale, vi sarebbe una sensibilizzazione dei neuroni che a diversi livelli, sotto e sovraspinali, costituiscono le strutture deputate alla nocicezione. Le classificazioni più recenti, infatti, tendono a raggruppare le diverse entità nosologiche precedentemente individuate sotto la definizione comune di "sindromi da sensibilizzazione centrale".

Quali sono i meccanismi che provocano questa sensibilizzazione e perché solo in alcune persone questi meccanismi, di per sé normali, non si esauriscono ma sfociano in una condizione di dolore cronico?

Per farci un'idea di cosa possa accadere, ad esempio, nel caso della FM, dobbiamo considerare tutto il sistema nocicettivo come una rete elettrica, costituita da cavi (le fibre nervose), da numerosi relè (i neuroni) e da una serie di sostanze, liberate dalle cellule nelle diverse sedi di questa rete, che possono facilitare o inibire il passaggio degli impulsi elettrici. Questa rete non trasporta solo stimoli nocivi, pericolosi, ma molte delle sensibilità provenienti dall'esterno. Ciò che differenzia uno stimolo termico piacevole da uno sgradevole, o addirittura doloroso, è semplicemente l'apertura o la chiusura di uno o più di questi relè. Esistono molteplici meccanismi di controllo lungo la rete, che sarebbe lungo e difficile analizzare in dettaglio in questa sede. Semplificando molto il discorso possiamo dire che un certo numero di sostanze, quali la *sostanza P*, la *noradrenalina* ecc, facilitano l'apertura dei relè, e quindi il passaggio di più impulsi che sono percepiti come dolorosi, mentre altre, quali la *serotonina* e le *endorfine*, ne determinano la chiusura, bloccando la trasmissione. Possiamo quindi individuare due sistemi, uno definito nocicettivo ed uno, ad azione opposta, definito anti-nocicettivo, che agiscono sulla stessa rete. In condizioni normali esiste un perfetto bilanciamento tra i due sistemi;

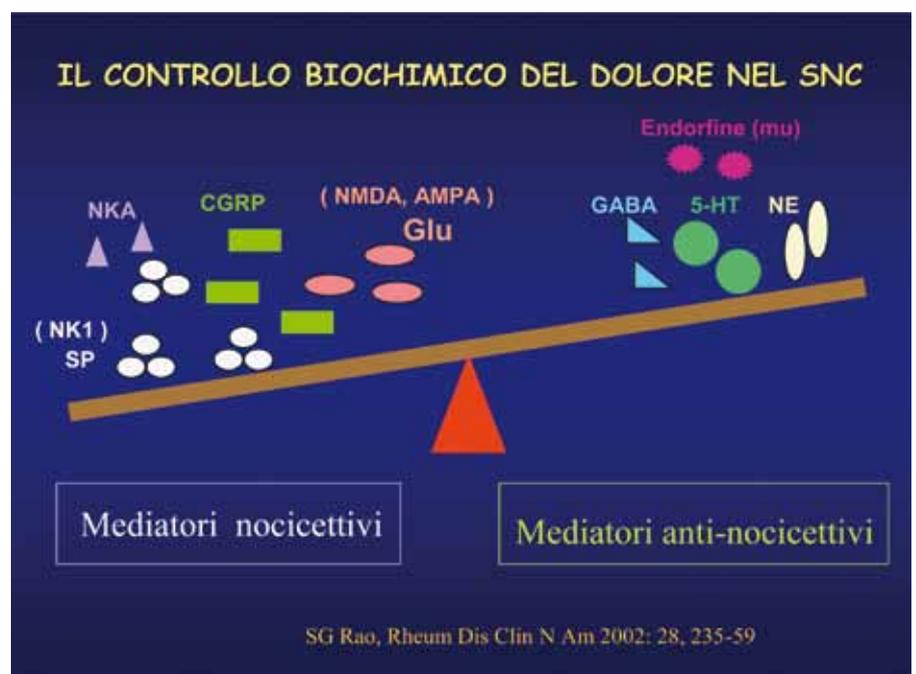


Fig. 1

qualsiasi situazione che favorisca l'attività del sistema nocicettivo, ad esempio un aumento della concentrazione delle sostanze che hanno un'azione di apertura dei relè, farà sì che stimoli normalmente percepiti come non dolorosi lo diventino. Nei pazienti fibromialgici succede proprio questo: la sostanza P ed altre sostanze del sistema nocicettivo sono aumentate mentre quelle ad effetto opposto, quali la serotonina, risultano diminuite rispetto ai soggetti normali (Fig. 1). Le cause di queste modificazioni possono essere ricercate in stimoli periferici ripetuti, ma possono anche partire dal cervello. Esistono infatti fibre che discendono dal cervello e arrivano al midollo spinale dove svolgono un'azione di blocco della trasmissione del dolore (vie inibitorie discendenti) (Fig. 2). L'interruzione di queste fibre o la lesione dei neuroni da cui esse originano, facilita quindi la percezione del dolore che può essere avvertito, ad esempio, a carico di un'articolazione anche se, a livello di quella articolazione, non vi è alcuna malattia documentabile. Nei pazienti fibromialgici sono state documentate alterazioni della funzione di neuroni situati in diverse aree del cervello che avrebbero, normalmente, questa azione inibitoria, tramite le fibre discendenti, sulla trasmissione del dolore.

Il ruolo del sistema di reazione allo stress

La constatazione clinica che l'insorgenza della FM nonché di altre sindromi algo-disfunzionali quali la cefalea cronica, la sindrome da colon irritabile ed i disturbi temporo-mandibolari, spesso coincide con eventi stressanti fisici o psicologici, ha indotto alcuni Autori ad inserire queste sindromi nello spettro delle patologie stress-correlate. In studi clinici controllati i pazienti fibromialgici presentano effettivamente punteggi più elevati, rispetto ai gruppi di controllo, nelle scale psicometriche che valutano il grado di stress. Lo stress può essere definito come uno stato di disarmonia o di omeostasi disturbata che induce una serie di risposte adattative da parte dall'organismo. Tali risposte, di solito, permangono per un periodo

limitato; quando la minaccia per il mantenimento dell'omeostasi eccede una certa soglia, tuttavia, possono essere generalizzate. In questo caso, l'attivazione stereotipata dei meccanismi di adattamento generale, può di per sé rappresentare uno stressore capace di produrre alterazioni della funzione di molti sistemi compresi quelli correlati alla vigilanza, alla nocicezione ed al tono dell'umore. L'insieme di queste alterazioni è definita dai neurofisiologi "reazione da stress" o "sindrome da stress".

Il modello biopsicosociale

Nonostante l'evoluzione delle conoscenze circa i meccanismi che regolano diversi processi sensoriali, tra cui la nocicezione, numerosi aspetti delle sindromi dolorose croniche dell'apparato muscoloscheletrico non sono ancora stati chiariti. Si ritiene che nel processo che può portare da una sindrome dolorosa localizzata ad una condizione di dolore cronico diffuso intervengano molteplici fattori, non necessariamente riferibili solo all'area biologica. Il modello biopsicosociale proposto da Engel, secondo il quale lo **stato di salute e l'evoluzione delle malattie croniche sono influenzati dall'interazione tra fattori biologici, psicologici**

e sociologici, è probabilmente il più idoneo a spiegare la fenomenologia della cronicizzazione del dolore. Il significato attribuito al dolore nel contesto dell'esperienza personale concorre a determinare la strategia di coping, ossia la modalità comportamentale con cui il soggetto si confronta con la propria condizione; i soggetti con un elevato concetto di autoefficacia, definibile come la consapevolezza del paziente di essere in grado di confrontarsi in modo vantaggioso con una situazione esterna modificata, tendono ad attuare comportamenti di coping attivo fino a quando è raggiunto il successo mentre quelli con un basso concetto di autoefficacia interrompono precocemente le strategie di coping perché essi anticipano il fallimento. Tale stile *maladattativo* nell'affrontare la propria situazione è definito "*comportamento anomalo di malattia*", inteso come "*una modalità di malapprendimento nel percepire, valutare ed agire in rapporto al proprio stato di salute*". Il coping maladattativo influisce sia sull'intensità del dolore soggettivo sia sull'impatto globale della malattia; è questo il motivo per cui la discordanza tra grado di disabilità riferito dai pazienti e misura della disabilità con questionari specifici risulta maggiore nei pazienti fibromialgici rispetto a pazienti affetti da malat-

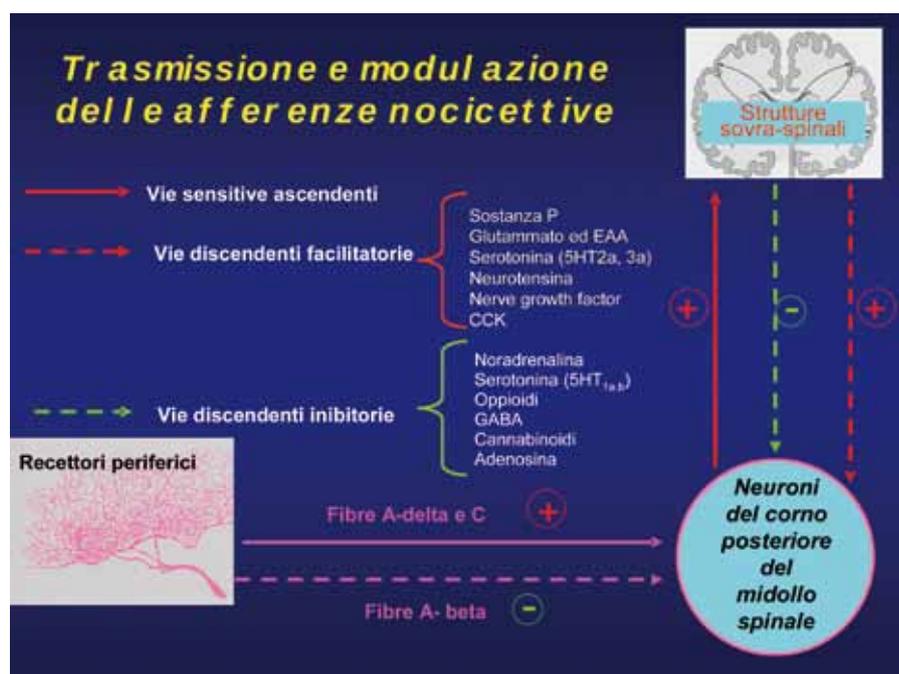


Fig. 2

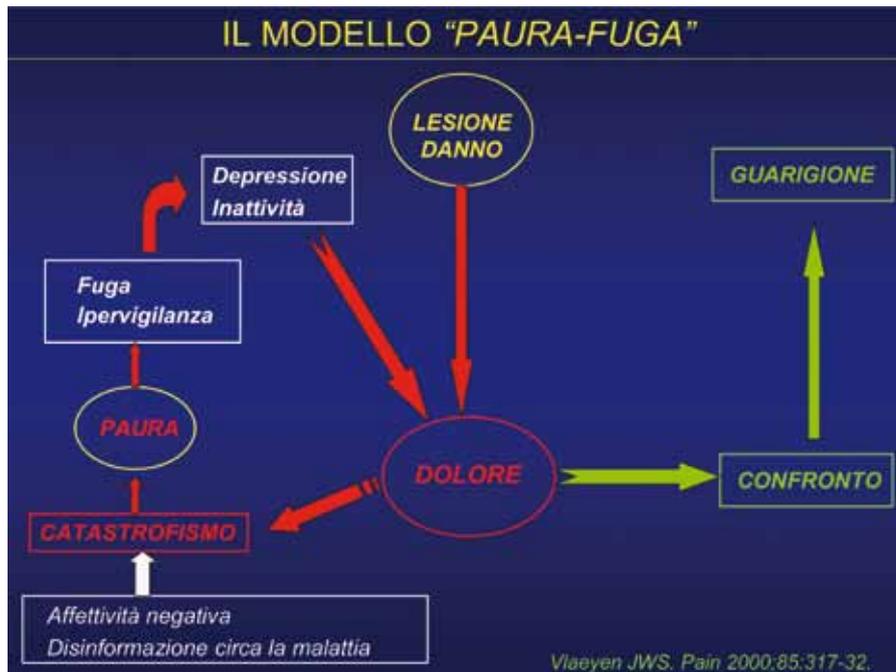


Fig. 3

tie reumatiche diverse quali l'artrite reumatoide (AR). Anche l'ipervigilanza, intesa come una maggiore attenzione agli stimoli sia estero che interocettivi, può essere considerato un modello maladattativo che comporta uno stile percettivo di amplificazione delle sensazioni, compresa la nocicezione. Un altro modello che può aiutare a comprendere la causa della cronicizzazione del dolore muscoloscheletrico è quello definito da Lethem, nel 1983, come "fear-avoidance" (paura-evitamento). Il concetto centrale di questo modello è la **paura del dolore**; le due risposte estreme a questa paura sono il confronto e la fuga. Mentre il confronto, ossia l'attivazione di meccanismi di coping attivo, porterà nel tempo a strategie volte a ridurre la sintomatologia dolorosa, la fuga, al contrario, tenderà ad esacerbare la paura fino, nei casi estremi, all'insorgenza di una vera e propria fobia (Fig. 3).

Il ruolo del filtro emozionale-cognitivo

La depressione è un denominatore comune delle condizioni dolorose croniche. Il rapporto tra dolore e depressione sembra essere bidirezionale: la depressione cronica può indurre fenomeni di sensibilizzazione centrale, con

abbassamento della soglia nocicettiva, così come il dolore cronico può associarsi a modificazioni caratteriali che possono arrivare ad un vero e proprio stato depressivo. D'altra parte tra i differenti cluster sintomatologici della depressione (affettivo, cognitivo e somatico) quello somatico comprende sintomi fisici sovrapponibili a quelli di molte sindromi dolorose croniche disfunzionali (cefalea, lombalgia, dolori viscerali aspecifici). Questo parallelismo,

evidenziato dall'osservazione clinica, trova riscontro in momenti patogenetici che accomunano depressione e dolore, non solo a livello neurotrasmettitoriale ma anche dei sistemi ormonali, immunologici e neurotrofici (Fig. 4).

Conclusioni

Alla base del dolore cronico non vi è, semplicisticamente, l'attivazione persistente dei nocicettori periferici ma, piuttosto, una modificazione della sensibilità di tutto il sistema nocicettivo, sia periferico sia centrale.

La dimostrazione dell'induzione di una sensibilizzazione recettoriale periferica in situazioni di stress psicologico, ed in assenza di cause lesive esterne, supporta l'ipotesi, più volte avanzata, che la cronicizzazione del dolore sia il risultato dell'interazione tra fattori neurofisiologici (neuroplasticità), psicologici (ansia-depressione) e sociali (supporto nell'ambiente familiare e lavorativo, reddito ecc.).

Da queste complesse interazioni deriveranno una serie di risposte neuroendocrine ed autonome che perdono, in questo contesto, il loro originario significato di mantenimento dell'omeostasi diventando esse stesse causa della cronicizzazione e dell'amplificazione del dolore.

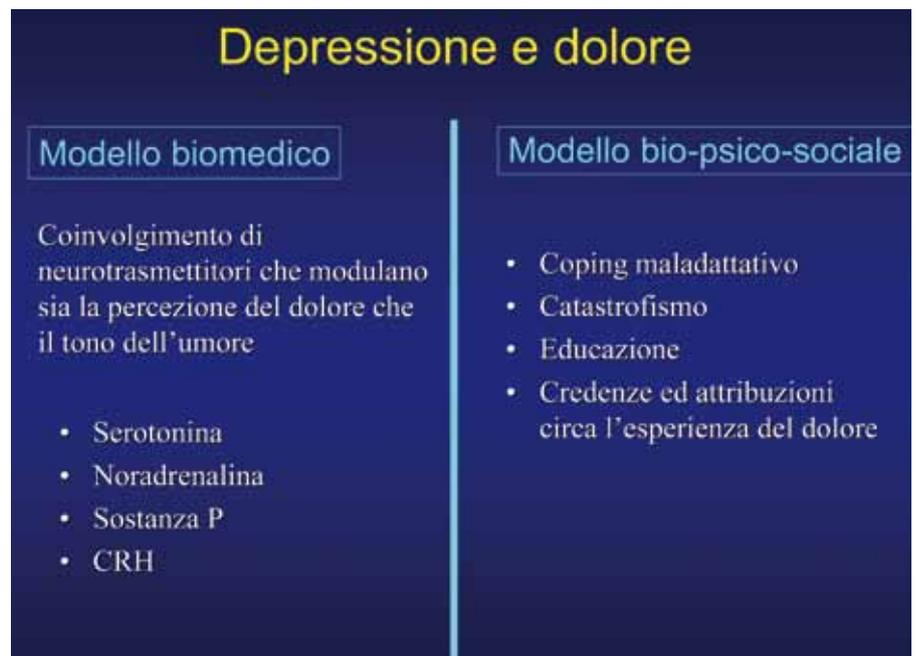


Fig. 4

Terapia non farmacologica del dolore cronico



dott.ssa **Linda Azzalin**

U.O. Anestesia e Rianimazione
Ambulatorio Terapia Antalgica
Ospedale S. Maria del Carmine,
Rovereto

Da quando è stato aperto presso l'Ospedale di Rovereto un centro di Terapia Antalgica, sono giunti alla nostra osservazione pazienti affetti da dolore cronico prevalentemente provocato da patologie osteoarticolari, muscolari e reumatologiche. Fra queste ultime un posto di rilievo è occupato dai malati di fibromialgia (FM).

Il dolore cronico perde la funzione biologica di protezione dell'individuo e acquista caratteristiche qualitative completamente diverse instaurando un malessere generale nella persona fino ad una vera e propria "malattia dolorosa". Quando il dolore persiste nel tempo, quando la sua presenza continua instaura un circolo vizioso di depressione, ansia e altri disturbi emotivi senza che le cure mediche o chirurgiche apportino sollievo, la sofferenza della persona e di chi le sta intorno può essere molto intensa e profonda al punto che diventa un "dolore

superfluo che non eleva l'uomo, ma lo umilia". Questo è il dolore del paziente fibromialgico e misurarsi con il dolore solo su un piano organico non è quindi sufficiente. Il dolore cronico è "dolore globale" e trova una sua espressione a livello fisico, psicologico, sociale, spirituale, come evidenziato nei documenti dell'OMS. Il corretto approccio alla terapia del dolore dunque non può essere rappresentato dalla pedissequa e meccanica applicazione di protocolli e linee guida di terapia, poiché essa risulterà drammaticamente insufficiente se isolata dal contesto più ampio di sofferenza della persona.

Già Aristotele sottolineava che la conoscenza di dolore non poteva essere limitata solo al corpo poiché vi era spesso una sofferenza a livello di spirito inscindibile, non divisibile dall'uno. Ridurre in parti sempre più piccole l'uomo, alla ricerca continua di spiegare in maniera sempre più approfondita il dato nasconde un pericolo: osservando il particolare rischiamo di perdere di vista il tutto e la persona che chiede aiuto sparisce come unità biopsichica. Ciò è ancora più vero quando si parla di dolore. Molti studiosi e operatori della salute soffrono la contraddizione tra l'aumento delle conoscenze scientifiche e la riduzione del campo di indagine e di intervento terapeutico.

La necessità di offrire una risposta terapeutica adeguata ha portato l'algologo a considerare la medicina integrata la strategia più idonea per affrontare il dolore nella sua globalità poiché è una medicina che mette in primo piano il

rapporto medico-paziente e propone piani diagnostici e terapeutici che integrano gli strumenti moderni della medicina convenzionale con quelli della medicina non convenzionale (MNC) scientificamente validi quali l'agopuntura e l'ipnosi.

In Italia circa il 20% della popolazione utilizzano MNC, in prevalenza laureati e diplomati, dirigenti, impiegati. Netto il divario tra nord e sud, in particolare la provincia di Trento supera il 20% e quella di Bolzano il 34%.

Il grado di soddisfazione è elevato e in molti casi si è vista l'integrazione della MNC con la Convenzionale.

Nel 2008 in Toscana è stato aperto il primo Ospedale di Medicina Integrata a Pitigliano. Anche le Università hanno aperto in alcuni casi corsi obbligatori, in altri corsi di perfezionamento post-laurea oppure master di I e II livello. La medicina integrata quindi sembra oggi intendersi come nuova sintesi medica e culturale.

Presso l'ambulatorio di Terapia Antalgica di Rovereto è stato istituito un percorso specifico per la FM utilizzando l'agopuntura e l'ipnosi. Queste rappresentano le due tecniche terapeutiche che sono state scelte dal nostro Ambulatorio a fianco di un supporto psicologico dei pazienti (gestito dal servizio di Psicologia Clinica del nostro Ospedale) e un percorso di counseling in merito allo stile di vita, dieta e attività fisica moderata che costituiscono il completamento alla terapia.

A questo punto credo sia opportuno chiarire alcuni aspetti relativi all'ago-

TERAPIA NON FARMACOLOGICA DEL DOLORE CRONICO

"...non mi interessa tanto la
malattia di quell'uomo,
ma l'Uomo che ha quella malattia..."

Aristotele

TERAPIA NON FARMACOLOGICA NEL DOLORE CRONICO

17.000 STUDI IN AGOPUNTURA



1.990 LAVORI RANDOMIZZATI E
CONTROLLATI

1.910 REVIEWS

UTILIZZO: 62% in USA (dati del 2004)
40% in EUROPA (dati del 2006)
20% in ITALIA

puntura e all'ipnosi. **Perché scegliere l'agopuntura?**

Il fatto che nel caso dell'agopuntura si operi una diagnosi personalizzata da cui ne deriva una terapia altrettanto personalizzata, risponde al principio che "si cura il paziente e non la singola malattia". Tutto ciò è estremamente interessante per il medico che considera il paziente nella sua unicità ed affascinante per il paziente stesso che si sente "preso in carico" e non ridotto a "caso" anonimo. Questo modo di procedere è stato alla base del successo delle MNC ed in particolare dell'agopuntura, sia per i medici che vi hanno aderito che per i pazienti che l'hanno scelta, a volte in alternativa alle terapie convenzionali. D'altro canto i medici che aderiscono e sostengono il loro operare con l'EBM guardano con scetticismo e diffidenza le MNC che operano in maniera assolutamente individualistica. Fino a qualche tempo fa questo pregiudizio trovava facile appiglio nella scarsità di studi clinici, elaborati senza rispettare i criteri richiesti ad un lavoro di ricerca per esser considerato tale. Nell'ultimo decennio però la letteratura scientifica offre molti studi di alto valore scientifico. Basta consultare la Cochrane Library per trovare molti titoli riguardanti l'utilizzo dell'agopuntura in varie patologie e dobbiamo ricordare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità

(OMS) la pone come primo trattamento in molte patologie.

L'agopuntura è una riflessoterapia la cui efficacia è oggi scientificamente accettata in quanto:

- provoca analgesia o ipoalgesia con ripristino della soglia del dolore
- provoca rilassamento muscolare
- induce uno stato di sedazione e benessere fino ad un effetto antidepressivo
- ha azione modulatoria sui mediatori dell'infiammazione neurogena
- ha azione di modulazione su molteplici organi e apparati

La tecnologia però potrebbe essere lo strumento che porta un po' di chiarezza in questa diatriba. Una recentissima review eseguita presso l'Università della Charité a Berlino conferma, utilizzando la neuroimaging, non solo una risposta del cervello all'agopuntura come già dimostrato in altri studi, ma in particolare un intervento in aree preposte ai processi affettivi e cognitivi su cui la metodica sembra avere un effetto modulatorio. Indagando in particolare l'applicazione dell'agopuntura alla FM vi sono molti riscontri positivi di efficacia della tecnica terapeutica sia in termini di dolore che di miglioramento della qualità della vita.

Quale altro aspetto possiamo approfondire per migliorare la comprensione della persona che abbiamo di fronte?

Sicuramente dobbiamo migliorare la capacità relazionale, imparare cioè a usare meglio le parole...

Uno studio interessante fatto a Parma dai medici di medicina generale con l'arruolamento di 21000 pazienti ottenne un risultato interessante: l'empatia del medico è direttamente correlata a una migliore gestione della malattia da parte del paziente.

L'empatia consente di comprendere meglio l'essenza perché ci permette di immedesimarci nella sofferenza altrui senza viverla in prima persona. Ciò è ancora più vero per l'ipnosi, per questa particolare condizione psicosomatica in cui esiste uno stato di coscienza diverso dal normale stato di veglia e da tutte le fasi del sonno.

L'ipnosi, nella definizione di M. Erickson colui che viene considerato il padre dell'ipnosi, viene descritta come un processo mediante il quale le persone vengono aidate ad utilizzare le loro associazioni mentali e le loro potenzialità per raggiungere il proprio scopo terapeutico. L'ipnosi può facilitare l'utilizzazione di capacità già esistenti nel soggetto ma che sono inutilizzate o sottoutilizzate per mancanza di esercizio o perché non comprese.

Viene quindi enfatizzato il ruolo della **relazione tra ipnologo e paziente**, una particolare interazione umana. Ma cosa c'è alla base della relazione? Ancora una volta ci vengono in aiuto le neuroscienze ipotizzando che la rete neurale a specchio sia la spiegazione del fenomeno di risonanza interiore che troviamo nell'empatia e nell'ipnosi. E nel dolore come interviene l'ipnosi? Nel lavoro di Rainville si evidenzia come l'ipnosi sia importante nel modulare la percezione del dolore e questo effetto modulatore è mediato dalla corteccia cingolata anteriore (ACC). La ACC ha un ruolo importante sugli aspetti emozionali del dolore ed è in grado di modificare il proprio grado di attivazione a seguito di modulazioni di sgradevolezza del dolore conseguenti a suggestioni ipnotiche che la aumentano o la riducono.

In un altro lavoro di Derbyshire si può vedere come vi siano differenze significative, a livello di attivazione delle aree cerebrali preposte, tra dolore immaginato e sperimentato o in ipnosi.

Le aree attivate realmente e in ipnosi erano quasi sovrapponibili.

Cosa si deduce da questo? Una implicazione importantissima: che non solo è possibile produrre una esperienza di dolore completamente "funzionale" utilizzando la suggestione ipnotica, ma che si tratta di una esperienza "reale" di dolore in quanto implica l'attivazione delle stesse aree cerebrali. Di conseguenza le persone che si lamentano di dolore cronico che non sembra avere una causa fisica possono tuttavia sperimentare veramente un dolore "reale" e non solo "immaginato". E questo è probabilmente ciò che avviene nella FM. Se a questo aggiungiamo l'esito di un lavoro di Gracely che evidenzia come il dolore del paziente fibromialgico abbia una risonanza maggiore rispetto al soggetto controllo per un aumento dell'attivazione delle aree corticali e subcorticali preposte alla processazione del dolore, possiamo allora ben comprendere quanto sia "devastante" il dolore fibromialgico.

Il medico nel suo percorso umano e professionale ha molte occasioni di riflessione. Oggi più di ieri si avverte la necessità di recuperare la bellezza dell'Ars Medica, di quella scienza applicata all'uomo che a nostro avviso

è sempre più affascinante. Le neuroscienze, i nuovi farmaci, le tecnologie più avanzate sono una splendida possibilità di crescita e miglioramento della nostra professionalità e noi abbiamo il dovere di mantenere una ottima formazione.

Ma non si può rispondere solo al desiderio infinito di conoscenza. Dobbiamo migliorarci come medici e come persone. Perché il mantenere lo sguardo oltre il corpo, verso l'anima rende l'occhio dello scienziato più acuto e penetrante. Le MNC condividono una visione più completa dell'uomo e del mondo, tengono conto della complessità dei fenomeni naturali, delle relazioni uomo-ambiente e mente-corpo, dell'integrità spirituale dell'uomo, del potenziale ruolo attivo del paziente nel suo recupero e nella conservazione della buona salute.

Il confronto metodologico è difficile perché si parte da presupposti teorici diversi.

Per questo ben vengano le tecnologie più recenti perché possono oggi venire in aiuto alle MNC per dare loro una interpretazione scientifica occidentale. Senza dimenticare che il denominatore comune è sempre l'uomo che ovunque vada porta con sé il suo corpo, la sua mente e il suo cuore.

Le differenze di genere nel dolore



Prof.ssa Anna Maria Aloisi

Professore di Fisiologia presso il Dipartimento Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena

Sono ormai diversi anni che mi occupo di differenze di genere con particolare riferimento al ruolo svolto dagli ormoni sessuali nel Sistema Nervoso Centrale. Insieme a me altri ricercatori hanno diretto le loro ricerche verso la definizione delle strutture e funzioni del corpo umano in maniera genere-dipendente, ed infatti in letteratura sono moltissimi i dati disponibili su differenze tra uomo e donna, sia a livello macroscopico che molecolare. Nonostante ciò, molto spesso la medicina si rivolge ai pazienti come se fossero soggetti asessuati, o meglio, uomini, giovani/adulti, di sesso maschile e di razza bianca. È chiaro che in molti casi la pratica clinica ha anticipato le nozioni ricavate dalla ricerca, molti colleghi clinici affermano di trattare diversamente i soggetti in base al loro sesso proprio perché sanno 'per esperienza' che i trattamenti possono avere effetti diversi in una donna o in un uomo.

Anche nello studio del dolore per molti anni si è fatto finta che i pazienti sofferenti di dolore fossero solo soggetti umani, senza bisogno di definirne

TERAPIA NON FARMACOLOGICA DEL DOLORE CRONICO

IPNOSI

"...modificato stato di coscienza altamente motivato e diretto a sviluppare risorse potenziali dell'individuo attraverso un attivo apprendimento inconscio, in ciò facilitato da un restringimento selettivo del campo di coscienza."



M.Erickson

il sesso l'età e quindi le condizioni del loro stato riproduttivo, e quindi ormonale ecc. ecc. In realtà il problema maggiore di queste abitudini, era quello di non considerare importanti questi parametri e quindi difficilmente venivano riportati nei lavori scientifici. Ancora oggi anche se è richiesta di solito l'indicazione del sesso dei soggetti, moltissime volte ci troviamo di fronte a dati in cui le caratteristiche dei due sessi si limitano al numero dei soggetti considerati per ogni sesso... Altro problema ancora molto presente nella ricerca sia clinica che di base, è quello di escludere a priori le donne dai trial clinici. Le ragioni addotte sono le più varie tra cui le "difficoltà" presenti nella corretta valutazione delle molteplici variabili a carico del sesso femminile: l'età riproduttiva, i rapidi cambiamenti ormonali, la gravidanza (Becker et al., 2005).

Le varie difficoltà comunque non hanno impedito una progressiva presa di coscienza del problema, con studi sempre più mirati alla valutazione delle differenze tra i sessi, sia a livello di morfologia che di funzione dei vari organi e apparati. In particolare, l'importante differenza presente a livello clinico tra maschi e femmine, la presenza cioè di molte più donne sofferenti di dolore cronico che uomini, ha fatto sì che i clinici ed i ricercatori ponessero sempre più attenzione al fattore sesso. Questo ha permesso di acquisire numerose informazioni soprattutto sull'**influenza degli ormoni gonadici** e sulle strutture del sistema nervoso coinvolte **nel dolore**. Più recentemente sono stati studiati altri aspetti molto importanti quale, ad esempio, la differenza di genere nella risposta alla terapia permettendo la scoperta di differenze sostanziali nell'uso di molti farmaci.

Uomini, donne e dolore

Quando nello studio del dolore si è cominciato a valutare in che cosa consistesse la differenza fra donne e uomini, ci si è resi conto che in molti tipi di dolore cronico le donne denunciavano livelli di dolore più severi, più frequenti e di maggiore durata degli uomini (emicrania, cefalea muscolo-scheletrica e

osteoarticolare, fibromialgia). D'altra parte certe patologie dolorose si riscontravano prevalentemente negli uomini come la cefalea a grappolo. Dal momento in cui si è preso coscienza di questi dati e si è iniziato a valutare l'influenza del genere sul dolore, è emerso chiaramente che:

- certe sindromi dolorose si riscontrano prevalentemente in un sesso perché collegate a patologie più frequenti in quel sesso; ad esempio, la neuropatia diabetica si riscontra prevalentemente nella donna perché il diabete è molto più diffuso nel sesso femminile

- la maggiore incidenza di alcune sindromi dolorose in un solo sesso non è facilmente comprensibile.

Perché, ad esempio, moltissime forme di emicrania e di fibromialgia sono più frequenti nelle donne? Perché la cefalea a grappolo è tipica degli uomini?

D'altra parte, per altri aspetti del dolore il genere riveste una particolare importanza. Per esempio, alcuni studi (Teutsch, 2003) hanno dimostrato che i medici trattano più seriamente una patologia quando è riportata da un uomo rispetto ad una donna, nonostante i soggetti si presentino con gli stessi sintomi. Inoltre, sebbene sia stato documentato che le donne consumano più analgesici rispetto agli uomini, i medici prescrivono oppioidi più frequentemente, e con dosaggi maggiori, agli uomini che alle donne, mentre sembrano considerare più facilmente le componenti psicologiche della malattia nel caso di pazienti donna, rispetto agli uomini.

Karen Berkley, la neurofisiologa statunitense che ha avuto il merito di stimolare l'inizio del dibattito su "Sex, Gender and Pain", scrive: "il dolore ci avvisa di un pericolo, ci dice di stare attenti e di fare qualcosa a riguardo".

La maggiore sensibilità al dolore presente nelle donne e la loro maggiore attenzione al dolore potrebbero essere intesi come un meccanismo protettivo che contribuisce al mantenimento della loro salute.

In effetti, il primo approccio verso la soluzione di un problema è quello di riconoscerlo, e le donne sembra che riconoscano il problema più precocemente. Rispondere al dolore non è una debolezza, ma una forza adattativa. Anche accettando questa spiegazione, rimane da valutare quali siano le strutture del nostro corpo coinvolte in questi processi e in cosa questi processi siano diversi nei due sessi. In particolare, **molti sforzi** si stanno facendo **per comprendere le influenze esercitate dal corredo genetico dei soggetti e dai livelli e variazioni cicliche degli ormoni**.

Sono proprio questi due i campi principali su cui si è concentrata la ricerca. Studi di genetica hanno dimostrato la presenza di differenze tra i sessi in certi ceppi di topi ma non in altri: la presenza di un certo gene sembra dare informazioni sulla maggiore o minore sensibilità al dolore.

Per esempio, donne di carnagione chiara e capelli rossi sembrano essere più sensibili al dolore di donne con capelli scuri o biondi. Questo è dovuto alla presenza di una mutazione sul gene della melanina (Mogil et al., 2005).

Gli ormoni gonadici sono l'altro argomento su cui si sono focalizzati gli studi di genere. Gli estrogeni e gli androgeni, in particolare, sono stati modificati in numerose tipologie di esperimenti. Il dato che ne è emerso indica chiaramente una **partecipazione degli ormoni gonadici alla modulazione delle vie e dei centri nervosi coinvolti nel dolore** (Aloisi, 2003).

Valori ematici del testosterone e dell'estradiolo in uomini e donne adulti. I valori del testosterone sono riportati in ng e pg/ml per permettere il confronto con l'estradiolo

	TESTOSTERONE		ESTRADIOLO
	ng/ml	pg/ml	pg/ml
Uomini	3-10	3.000-10.000	<50
Donne	0.5-1	500-1000	20-400

Sesso, genere e dolore sperimentale

Nei numerosi studi condotti su uomini e donne sane (per es. Gazerani et al., 2005; Keog et al., 2004; Arendt-Nielsen et al., 2004) è stata esaminata la sensibilità al dolore verso stimoli nocicettivi indotti sperimentalmente.

Sono stati usati svariati mezzi per indurre il dolore, generando stimoli di natura meccanica, elettrica e termica di durata e caratteristiche variabili (stimoli tonici o fasici, singoli o ripetuti), e in diverse parti del corpo. I parametri studiati per determinare le caratteristiche del dolore percepito, comprendono la soglia, la tolleranza, l'intensità, e parametri autonomici, come variazioni nella frequenza cardiaca e nella pressione arteriosa.

Questo tipo di studio riguarda la psicofisica del dolore e si limita a valutare nei soggetti le risposte soggettive ad un dato stimolo. Negli studi in cui si sono trovate differenze significative le donne mostrano sempre una sensibilità al dolore maggiore degli uomini. Le differenze più consistenti tra maschi e femmine si sono ottenute quando il dolore veniva indotto con una pressione meccanica, o altri metodi che producevano una sensazione dolorosa profonda e prolungata, come la risposta ischemica o termica. Il dato è interessante, dal momento che proprio questo tipo di stimolo può mimare più accuratamente il dolore clinico, come ad esempio i crampi muscolari ed il mal di testa. D'altra parte in diversi lavori in cui sono stati utilizzati altri stimoli non è stata trovata differenza tra i sessi. Si ritiene comunque che quest'ultimo risultato si debba soprattutto allo scarso numero di soggetti testati. La mancanza di un risultato definitivo a livello sperimentale non cambia, comunque, il dato clinico: **ci sono molti più pazienti donne sofferenti di dolore cronico che uomini**. Roger Fillingim, un ricercatore americano che da molti anni si occupa di ricerca sul dolore, ha dimostrato che nelle donne sane, ma non negli uomini sani, la soglia ad una stimolazione nocicettiva è correlata ad un maggior numero di episodi di dolore durante i mesi precedenti, e solamente il sistema

nervoso centrale femminile è in grado di memorizzare informazioni capaci di modificare (amplificare) successivi eventi anche solo di carattere sperimentale (Fillingim, 2000).

Infine, è noto che molte donne sofferenti di dolore cronico, come il dolore temporomandibolare, il mal di testa e la fibromialgia, mostrano una maggiore sommazione temporale indotta da stimoli nocicettivi rispetto ai controlli. In pratica, in risposta ad una stimolazione nocicettiva ripetuta, i pazienti con dolore temporomandibolare e fibromialgia percepiscono sensazioni postume di maggiore ampiezza, e riportano dolore di intensità maggiore rispetto ai controlli (Fillingim, 2000).

Nelle correlazioni cercate tra il dolore sperimentale e quello clinico, è stato dimostrato che la maggiore sensibilità al dolore sperimentale e la maggior frequenza di dolore cronico sono in relazione tra di loro. Infatti, pazienti con fibromialgia, mal di testa, dolore temporomandibolare e sindrome del colon irritabile mostrano una maggiore sensibilità al dolore indotto in laboratorio rispetto a soggetti senza dolore (Fillingim, 2000).

Differenze anatomico-fisiologiche

La maggior parte degli organi e apparati in cui si sono cercate differenze tra i sessi hanno mostrato diversità morfologiche e funzionali. In particolare, una differenza tra uomini e donne che da sola potrebbe spiegare molte delle patologie tipiche del sesso femminile, è la facilità di accesso fornito dall'utero e vagina a vari agenti patogeni. Le donne avrebbero una maggiore probabilità di sviluppare condizioni infiammatorie che, attraverso l'attivazione di numerosi circuiti ormonali ed immunitari, potrebbero partecipare alla responsabilità dolorosa viscerale. Infatti, input provenienti da vagina e utero arrivano ai segmenti T10-L1 e S2-S4 del midollo spinale. È stato dimostrato su animali, che un input continuo o comunque prolungato sui neuroni spinali, induce sensibilizzazione, cioè un aumento della sensibilità agli stimoli dolorosi (iperalgia) (Berkley, 1997).

Si può ipotizzare quindi una partecipazione di queste strutture tipicamente

femminili, all'insorgenza e al mantenimento di stati di dolore cronico. In effetti, è stata più volte descritta una maggiore suscettibilità a certe forme di dolore viscerale in soggetti sofferenti di altra patologia dolorosa. Ad esempio, donne dismenorriche con problemi anche di calcolosi renale, hanno un numero di crisi maggiore rispetto a pazienti non dismenorriche ma con lo stesso problema ai reni.

Ormoni gonadici

Gli ormoni gonadici influenzano il dolore. In alcune patologie si è notata una correlazione tra il dolore e le fasi del ciclo mestruale. Studi epidemiologici (Riley, 1999) dimostrano che in donne sane si può avere un aumento della sintomatologia durante la fase premenstruale (luteinica). Anche in pazienti con la sindrome del colon irritabile o altri disturbi gastrointestinali, cefalea o fibromialgia, si è notato un aumento del dolore durante la fase luteinica del ciclo. In effetti la fase premenstruale corrisponde ad un maggior uso di analgesici.

Gli studi effettuati per individuare le strutture e/o i circuiti sensibili agli ormoni gonadici, in grado di modificare i processi nocicettivi, non hanno ancora dato risposte soddisfacenti. Possiamo però sottolineare che l'effetto degli ormoni gonadici nell'indurre differenze di risposte a stimoli dolorosi nei due sessi possono originare sia da un'azione diretta degli ormoni sulle strutture nervose coinvolte a vari livelli nei circuiti del dolore, che da un'azione indiretta attraverso la modulazione di altre strutture che in qualche modo sono coinvolte nell'insorgenza di una sintomatologia dolorosa. Per esempio, la somministrazione di estrogeni può cambiare il rilascio di acetilcolina nell'ippocampo e quindi i processi di memorizzazione del dolore, ma gli estrogeni possono anche prevenire il riassorbimento osseo e quindi possono ridurre l'incidenza di fratture ed il dolore che ne deriva (Aloisi, 2003).

Il coinvolgimento degli steroidi gonadici nelle risposte ormonali, neuronali e comportamentali a stimoli dolorosi è stata oggetto di numerose ricerche condotte dal nostro laboratorio. In una

prima serie di esperimenti effettuati su ratti maschi e femmine sottoposti al test della formalina, si erano osservate maggiori risposte al dolore nelle femmine rispetto ai maschi (Aloisi et al., 1994; Aloisi et al., 1996). Si è quindi dimostrato che la deplezione degli androgeni circolanti nei ratti maschi determina un aumento delle risposte al dolore nel test della formalina (Ceccarelli et al., 2003) mentre l'iniezione intracerebroventricolare di estradiolo, sempre in ratti maschi, determina un aumento delle risposte di dolore in risposta alla stessa stimolazione nocicettiva (Ceccarelli et al., 2004), riproducendo in laboratorio la condizione clinica di riferimento. Per quanto riguarda gli effetti sul sistema nervoso centrale si è dimostrato un importante coinvolgimento del sistema limbico nel dolore e l'influenza degli ormoni gonadici su queste strutture. Infatti, è stato dimostrato come una stimolazione dolorosa persistente sia in grado di attivare i neuroni ipotalamici e ippocampali (Aloisi, 1997); queste strutture sono molto importanti in quanto sono coinvolte nei meccanismi di attenzione, apprendimento, memoria e sono in grado di modificare anche i livelli di vigilanza e/o lo stato emotivo del soggetto. Queste funzioni sono naturalmente mediate da neurotrasmettitori, tra cui l'acetilcolina (ACh) svolge un ruolo importantissimo. Nelle femmine i livelli di ACh sono fortemente modulati dalla fase del ciclo estrale, con livelli massimi di ACh durante il proestro, quando cioè si hanno i più alti livelli di estrogeni. Infatti nel ratto i livelli basali di ACh sono doppi nelle femmine rispetto ai maschi e uno stimolo doloroso determina un aumento della liberazione di ACh: nelle femmine tale aumento è rapido e i livelli rimangono alti per un periodo abbastanza lungo; anche nei maschi è presente un incremento ma è ritardato rispetto alle femmine e anche se non raggiunge la stessa percentuale di aumento (Ceccarelli et al., 1999). In un altro esperimento in cui si misurava l'attivazione della ChAT (l'enzima di sintesi dell'ACh) si è dimostrato che l'attività di questo enzima diminuiva in seguito alla iniezione di formalina, ma che questo effetto era sesso-dipendente,

cioè la diminuzione si aveva solo nei maschi mentre nelle femmine la tendenza era verso un aumento (Aloisi et al., 1996). Appare quindi evidente che mentre nei maschi i processi neuronali coinvolti nell'attenzione vengono depressi dalla stimolazione nocicettiva, nelle femmine gli stessi sistemi vengono attivati, effetto in cui sicuramente gli estrogeni svolgono un ruolo importante. Si può quindi ipotizzare che, una volta esposte ad una stimolazione sensoriale, come quella nocicettiva, il SNC delle femmine sia in grado di trattenere una maggiore quantità d'informazioni di quella dei maschi.

Modulazione endogena del dolore

La percezione del dolore è modulata (diminuita) da sistemi endogeni multipli tra cui quello degli oppioidi; è noto che questi possono operare diversamente nelle donne e negli uomini. Questo sistema è implicato nella risposta allo stress, nella soppressione del dolore e nell'azione di farmaci analgesici oppiati. In modelli animali (e recentemente anche nell'uomo) è stata dimostrata la presenza di **differenze sessuali nell'efficacia delle sostanze oppiacee** sia in studi comportamentali che neurochimici (Craft et al., 2004). È stata dimostrata (Zubieta et al., 1999) la presenza di differenze tra i sessi nello sviluppo, nell'ampiezza e nella direzione del reclutamento del sistema oppioide in risposta ad una stimolazione nocicettiva sostenuta. In questo studio i maschi dimostravano un maggiore rilascio di oppioidi endogeni e una maggiore attivazione di regioni implicate nella soppressione della qualità sensoriale e affettiva del dolore. Si concludeva, quindi, che il sistema degli oppioidi era meno attivo nelle donne (in fase follicolare) rispetto agli uomini. Tra i vari parametri che sono stati indicati come regolatori di sistemi del dolore in grado di indurre delle differenze di genere nella risposta al dolore c'è la pressione arteriosa a riposo. L'aumento della pressione arteriosa attiva i barocettori che a loro volta attivano le reti

inibitorie centrali del dolore. Questa capacità di regolazione è presente negli uomini mentre è meno evidente nelle donne e addirittura non è presente nelle donne con dolore temporomandibolare.

Fattori cognitivo-affettivi

Nello studio delle differenze tra i sessi alcuni gruppi di ricerca si sono focalizzati anche su fattori psicosociali. In particolare, teorie di apprendimento socio-cognitivo propongono che i bambini sviluppino un senso di appartenenza maschile o femminile, detto identità di genere, e acquisiscano conoscenza del loro genere appropriato attraverso gli stessi processi che sono coinvolti in tutti gli apprendimenti. Questo sviluppo include modelli di imitazione, rinforzo e punizione ed, in effetti, si è dimostrato che questo può influenzare anche le risposte al dolore. Per esempio quando i soggetti erano esposti ad un modello di tolleranza al dolore, si aveva un aumento della loro soglia al dolore di tre volte. Cioè modelli di bassa o alta tolleranza al dolore erano efficaci nell'alterare la risposta a stimoli nocicettivi simili (Keogh et al., 2004). Questo è in accordo con uno studio in cui si dimostra che il numero di soggetti con dolore di una data famiglia è positivamente associato alla frequenza delle lamentele espresse per il dolore tra gli adulti. Questo è vero soprattutto tra le donne. Un dato molto importante che in qualche modo sottolinea l'importanza delle condizioni socio-ambientali nel dolore, è quello secondo cui tra le pazienti sofferenti di dolore facciale, quelle che mostravano una storia di abuso sessuale e fisico, accusavano un dolore di grado più severo rispetto alle altre pazienti (Campbell et al., 2000). Infine, tra le diverse ipotesi avanzate per spiegare le differenze presenti tra i due sessi nella memoria per eventi emotivamente significativi, ricordiamo la "affect-intensity" e la "cognitive-style". La prima ipotizza che le donne conservino una memoria degli eventi maggiore perché vivono gli avvenimenti più intensamente degli uomini, questo naturalmente porterebbe a depositare gli eventi nella memoria

più efficacemente degli uomini. L'altra ipotesi, la "cognitive-style", considera che le donne differiscono dagli uomini nel modo in cui rielaborerebbero la loro esperienza affettiva e nel modo in cui genererebbero le risposte, cioè si ipotizza l'attivazione di sistemi neuronali diversi per esperienze emozionali di comparabile intensità.

I dati fino ad ora disponibili sui diversi modelli di attenzione sono più in linea con l'ipotesi "cognitive-style" (Canli et al., 2002).

Donne, uomini e farmaci

Fino a pochi anni fa le donne venivano escluse dalle ricerche cliniche; le ragioni di volta in volta presentate sono state numerose, tra queste un certo credo generale secondo cui donne e uomini non differivano significativamente in risposta al trattamento nella maggior parte delle situazioni.

Inoltre, un altro motivo di esclusione è stata la possibilità che le varie sostanze potessero interferire con il sistema riproduttivo femminile (see Berkley, 1997). Infine, molto spesso si è evitato di inserire le donne perché questo avrebbe introdotto numerose variabili e quindi avrebbe diminuito l'omogeneità della popolazione studiata. Per questi ed altri motivi, **la conoscenza sulla risposta terapeutica ai farmaci tra uomo e donna è scarsa.** Nelle linee guida messe a punto non molti anni fa e ad oggi accettate dalla comunità scientifica, non solamente si auspica un coinvolgimento dei soggetti di sesso femminile, ma si invita a condurre studi mirati sulle donne al fine di:

- studiare gli effetti del ciclo mestruale e dello stato di menopausa sulla farmacocinetica dei farmaci
- studiare gli effetti degli estrogeni e dei contraccettivi orali sulla farmacocinetica e dinamica, sull'efficacia e sulla tollerabilità dei farmaci.

Oltre a questi fattori che possono influenzare la risposta ai diversi farmaci, esistono differenze morfologiche e funzionali tra i due sessi che devono essere tenute presenti.

Prima di tutto la composizione corporea: la percentuale di grasso corporeo è maggiore ed il contenuto di acqua è minore nelle donne; è importante

tenere presente che la percentuale di grasso aumenta in entrambi i sessi con l'età. Queste differenze fanno sì che per farmaci lipofili, come oppioidi e benzodiazepine, il volume di distribuzione per Kg peso corporeo generalmente è maggiore nelle femmine che nei maschi. Al contrario, il volume di distribuzione per farmaci solubili nell'acqua, come i miorilassanti, saranno più bassi nelle femmine che nei maschi. Per le poche sostanze di cui si è valutato l'influenza del genere sulla loro efficacia, le differenze tra i due sessi sono apparse subito importanti. Per esempio, differenze di risposta alla terapia analgesica sono state documentate per due classi di agenti analgesici molto importanti: gli antinfiammatori non steroidei e gli oppioidi.

I farmaci antinfiammatori non steroidei sono ampiamente usati per trattare problemi di dolore acuto e cronico. Per esempio lo studio dell'effetto dell'ibuprofene, un importante antiinfiammatorio non steroideo ampiamente usato per la sua capacità di ridurre il dolore, anche sperimentale, ha dimostrato che l'effetto analgesico era presente in soggetti sani maschi ma non in femmine (Walker and Carmody, 1998). La concentrazione plasmatica era simile nei due sessi e quindi la differenza di genere non poteva essere attribuita ad un'inadeguata dose di ibuprofene e neanche ai livelli iniziali di dolore, dal momento che l'analgesia era misurata proprio come variazione dalla baseline. Questo risultato non è inaspettato dal momento che era già stata notata una forte variabilità individuale nella risposta agli antinfiammatori non steroidei, però il genere non era ancora stato studiato. Questo è da tenere presente dal momento che molte condizioni dolorose, per cui i farmaci non antiinfiammatori steroidei sono usati, si riscontrano prevalentemente nelle donne. In soggetti sani gli effetti analgesici della morfina mostravano: maggiore efficacia nella donna, un inizio più lento e termine degli effetti più lenti, soglia e tolleranza al dolore confrontabili tra i due sessi, nessuna differenza nella concentrazione plasmatica di morfina o dei suoi metaboliti (Craft et al., 2004). In una serie di studi effettuati su dolore postoperatorio in pazienti con il siste-

ma di somministrazione controllato direttamente dal paziente (PCA), si è visto che i maschi consumavano circa 2,4 volte più oppioidi rispetto alle femmine (Pley et al., 2003; Cicero et al., 2003; Aubrun et al., 2005). In effetti, è stato dimostrato che i maschi necessitano di almeno il 60% in più di morfina delle donne per ottenere lo stesso sollievo dal dolore. Questo significa che **le donne sono più sensibili degli uomini alla morfina.** In letteratura sono presenti anche articoli in cui questa differenza non è presente (Fillingham et al., 2005).

Questi risultati implicano l'esistenza di complesse differenze di genere nei circuiti coinvolti nella modulazione del dolore. Infine, dal momento che le donne hanno una gettata cardiaca minore, questo porterà di conseguenza ad avere una clearance epatica minore. In effetti, il metabolismo degli oppiacei a livello epatico è diverso nell'uomo e nella donna, e queste differenze dipendono dalla presenza in circolo di ormoni sessuali.

Dal momento che i metaboliti della morfina sono attivi, la risposta terapeutica diversa tra uomo e donna può essere ricercata anche in questo processo. Queste informazioni sono importanti perché le differenze tra i sessi, per quanto riguarda farmacocinetica e farmacodinamica, possono modificare l'efficacia dei farmaci e indurre effetti collaterali non previsti



Una breve storia dei farmaci analgesici in reumatologia



Dott. Piero Marson

U.O.C. Immunotrasfusionale -
Azienda Ospedaliera di Padova

Il controllo del dolore è forse la priorità che il malato rivolge al medico e, di conseguenza, è il primo dei doveri di quest'ultimo. *"Divinum opus est sedare dolorem"*: già la medicina antica, da Ippocrate a Galeno (Fig. 1), rifletteva su questo tema e, a dimostrarne l'attualità, una recente legge italiana (n. 38 del 15 marzo 2010) impone provvedimenti precisi nella cura del dolore cronico.

La reumatologia, per buona (così si favorisce il progresso della scienza e, in particolare, della farmacologia) o cattiva sorte (magari, per malati e medici, non ci fosse un terreno così ingrato su cui dover intervenire!), è in effetti un luogo privilegiato nella terapia dei "dolori", termine con cui spesso il paziente reumatico definisce in maniera impropria ma assai significativa la malattia di cui soffre. Per questo motivo i farmaci destinati a ridurre e, possibilmente, spegnere il dolore, cioè gli analgesici, occupano da sempre un ruolo essenziale nel trattamento delle malattie reumatiche, anche se il vero obiettivo del reumatologo non sarebbe tanto quello di eliminare il dolore, ma piuttosto di rimuoverne le cause, siano esse infiammatorie, degenerative o meccaniche.

I primi farmaci del dolore sono stati, com'è nella logica della storia della medicina, **d'origine vegetale**. I popoli primitivi – l'etnologia può darne numerosi esempi – avevano identificato molte piante in grado di attenuare il dolore e le utilizzavano sia per applicazioni topiche che per via orale. La medicina popolare, ancor oggi, conserva la testimonianza viva di queste tradizioni e talora consente risultati non del tutto disprezzabili.

Il più "classico" tra gli analgesici d'origine vegetale rimane **l'oppio**, estratto dalle capsule ancora immature di una varietà di papavero, il *Papaver somniferum*. Questa specie vegetale veniva coltivata in Europa nel tardo Neolitico, cioè in epoca preistorica, per quanto

non si sappia se in quei tempi se ne conoscessero o se ne utilizzassero le proprietà. Queste, comunque, erano già note ai Sumeri nel terzo millennio a.C., e sono citate in testi di medicina assiri ed egiziani (papiro di Ebers) e, in epoca più tarda, da Teofrasto (IV secolo a.C.) e da Dioscoride (I secolo d.C.). Ben presto, e soprattutto nelle aree del Medio e dell'Estremo Oriente, l'oppio assunse tuttavia la connotazione di una vera e propria droga, per la sensazione di ottundimento e di benessere indotta dal suo uso, in particolare mediante inalazione: tutti, infatti, ricordano le tradizionali immagini storiche del fumatore d'oppio (Fig. 2)!

Nel mondo occidentale, invece, l'oppio è stato prevalentemente usato, a parte le inevitabili ed imbarazzanti eccezioni, con finalità esclusivamente sanitarie e con funzioni analgesiche. Thomas Sydenham scrisse che *"tra i rimedi che l'Onnipotente ha donato all'uomo per il sollievo delle sue sofferenze nessuno è tanto universale ed efficace quanto l'oppio"*. Sotto il profilo storico, due sono state le classiche preparazioni medicinali a base di oppio: il laudano ovvero una tintura alcolica in cui l'oppio era miscelato con altre piante (in particolare zafferano), introdotta da Paracelso (Fig. 3), e la polvere di Dover (dal nome del capitano Thomas Dover, allievo di Thomas Sydenham), ovvero una miscela a base di oppio, salnitro, liquerizia e ipecacuana (Fig. 4), la cui aggiunta serviva, provocando il vomito, a prevenirne l'abuso.

Nel XVI secolo, il medico e naturalista



1. Ippocrate e Galeno (Cattedrale di Anagni, XIII secolo)



2. I fumatori d'oppio: immagine della tradizione orientale



3. Paracelso (1493-1541)



5. Felix Hoffmann (1868-1946)



4. Polvere di Dover (XIX secolo)

iberico Cristovão Acosta documentò che l'oppio poteva indurre "dipendenza" e nel secolo successivo il medico inglese Thomas Willis dimostrò che esso non agiva a livello periferico, ma direttamente sul sistema nervoso centrale. Agli inizi del XIX secolo i progressi della chimica consentirono d'isolare dall'oppio i suoi principi attivi, in particolare la morfina, identificata nel 1805 dal farmacista tedesco Friedrich Wilhelm Sertürner, per la quale agli inizi venne usato il termine *morfium*, che deriva da quello di Morfeo, il dio dei sogni della mitologia greca.

Nel frattempo, però, la scoperta delle proprietà antipiretiche e analgesiche della **corteccia di salice** e dei suoi derivati (salicina, acido salicilico, fino

all'aspirina) limitò progressivamente l'impiego dell'oppio e dei suoi derivati, almeno per quanto riguarda le malattie reumatiche. Fu soprattutto la sintesi dell'**aspirina**, nel 1899, a dare una svolta decisiva alla terapia del dolore reumatico. C'è un episodio curioso che testimonia questo cambiamento di direzione: nei laboratori della Bayer, Felix Hoffmann (Fig. 5), pochi mesi dopo la sintesi dell'aspirina, aveva realizzato anche quella dell'eroina, un prodotto acetilato della morfina, ed Heinrich Dreiser, il superiore di Hoffmann, piuttosto scettico sulle prospettive dell'aspirina, sembrava preferirle addirittura l'eroina, in quanto la riteneva utile per impedire la dipendenza da morfina, che in quel periodo cominciava a rappresentare una prospettiva piuttosto inquietante. Poi, per fortuna, s'imboccò la strada giusta!

Nella seconda metà del XIX secolo erano stati prodotti anche altri farmaci analgesici di sintesi, appartenenti a due categorie principali: quella dei derivati del para-amino-fenolo (anilide) e quella dei derivati del pirazolo.

La storia dei derivati del para-amino-fenolo inizia nel 1886, quando Arnold Cahn e Paul Hepp, due ricercatori di Strasburgo, scoprirono, sembra per caso – la sostanza sarebbe stata scambiata per errore con un'altra che stavano studiando! – le proprietà antipiretiche e analgesiche dell'acetanilide (antifebrina), sintetizzata nel 1853 dal chimico francese Charles Frédéric

Gerhardt, che fu però presto abbandonata perché causava una pericolosa complicanza a carico del sangue, la metemoglobinemia. Si passò allora alla meno tossica fenacetina, che ha avuto un impiego larghissimo per vari decenni, anche se fu poi documentato che poteva determinare danni renali anche gravi (la cosiddetta "nefropatia da analgesici"). Nel 1949 venne accertato che nell'organismo sia l'acetanilide che la fenacetina si trasformano in una sostanza, nota come acetaminofene o, più comunemente, come paracetamolo, che le ha abbastanza rapidamente soppiantate ed è ancor oggi uno degli analgesici – oltre che potente antipiretico, soprattutto in età pediatrica – più utilizzati.

L'altra serie di analgesici di sintesi, quella dei derivati del pirazolo, ha avuto inizio nel 1883 con la sintesi dell'antipirina da parte di Ludwig Knorr, seguita subito dopo, nel 1885, da quella dell'amidopirina o aminopirina o aminofenazone, molto più nota con il nome commerciale di piramidone. Questo farmaco ha avuto un larghissimo e prolungato successo in Europa, mentre in America fu poi visto con sospetto perché, a partire dal 1922, cominciò ad essere segnalata la comparsa relativamente frequente di una grave complicanza ematologica a carico dei globuli bianchi, l'agranulocitosi. Il farmaco, pertanto, fu tolto dal commercio, dapprima negli Stati Uniti e, con un certo ritardo, anche in Europa. Viene invece ancora largamente utilizzato un altro derivato pirazolico, il dipirone o metamizolo (Novalgina®), introdotto già nel 1922. Nel 1946 fu sintetizzato un nuovo derivato pirazolico: il fenilbutazone, che in un primo tempo fu considerato un farmaco essenzialmente analgesico e come tale fu commercializzato in associazione all'amidopirina (Irgapirina®), per favorirne la solubilità. Venne poi dimostrato che questa associazione aveva anche una significativa azione antinfiammatoria e che questa era fondamentalmente legata al fenilbutazone, che nel 1949 fu introdotto in terapia da solo (Butazolidina®), con la specifica qualifica di farmaco antinfiammatorio. Il fenilbutazone, a parte l'aspirina, si può considerare il primo di quelli che oggi sono noti come farmaci antiflogi-

stici non steroidei (FANS), ed è stato utilizzato per decenni nel trattamento di molte reumatoartropatie, prima di essere "esodato" con l'arrivo di FANS più moderni!

Da questo momento la storia degli analgesici si sovrappone in larga misura con quella dei FANS. In pratica tutti i FANS hanno anche un'attività analgesica, che è dovuta anzitutto alla riduzione del dolore in quanto sintomo d'infiammazione, ma anche ad un effetto sul sistema nervoso centrale. Ancora, alcuni FANS, o comunque composti chimicamente correlati con i FANS, hanno dimostrato un'azione prevalentemente analgesica e sono stati utilizzati in passato (e tuttora occupano un posto di rilievo nell'armadio dei farmaci del reumatologo!) soprattutto per questa loro attività. È sufficiente qui ricordare i principi attivi (per evitare qualsiasi forma di pubblicità più o meno occulta!) come l'acido flufenamico, il mefenamato, la glafenina il diflunisal, il ketorolac e la stessa nimesulide, tutti farmaci che hanno letteralmente fatto la storia recente della terapia del dolore reumatico. I FANS, com'era naturale e forse anche per motivi di pressione commerciale, hanno ampiamente sostituito gli analgesici nelle loro indicazioni reumatologiche, anche se questi ultimi sono ancora molto utilizzati, soprattutto in area anglosassone, nei reumatismi non infiammatori, come l'osteoartrosi.

Per completare la storia "recente" degli analgesici, anche se ciò sfiora solo marginalmente la terapia delle malattie reumatiche, non si può non citare alcuni farmaci ad azione centrale – per intenderci, sulla scia degli oppioidi – resisi disponibili negli ultimi decenni. È peraltro noto che, nel corso della seconda metà del XX secolo, le conoscenze sui meccanismi d'azione degli oppioidi hanno compiuto progressi veramente importanti. Nel 1973, infatti, è stato dimostrato che nel sistema nervoso centrale esistono dei recettori specifici per gli oppioidi e nel 1971 l'équipe di Davis J. Mayer ha eseguito le prime ricerche sulla possibile esistenza di sostanze endogene oppioido-simili, capaci di legarsi a questi recettori. Queste sostanze furono quindi identificate nel 1975 da un gruppo di ricercatori, fra i



6. Hans Walter Kosterlitz (1903-1996)

quali spiccano i nomi di John Hughes e Hans Walter Kosterlitz (Fig. 6), in alcune molecole proteiche alle quali venne data la qualifica di "encefaline". A queste, nel 1976, vennero aggiunti altre sostanze biologiche, denominate "endorfine". Tali acquisizioni hanno portato, negli ultimi decenni, alla messa a punto di un numero crescente di agonisti e antagonisti di questi recettori: tra i primi, che hanno evidentemente attività analgesica centrale, è sufficiente ricordare, perché sono stati occasionalmente impiegati in reumatologia, il destropropossifene, la pentazocina (che, peraltro, al pari degli oppioidi tra-

dizionali si è dimostrata in grado di indurre sia dipendenza che sindrome da astinenza) e, soprattutto, il tramadolo.

Un'ultima riflessione oltre la storia, per concludere. Sono state finora tracciate le tappe principali che nel corso del tempo hanno condotto all'impiego sistematico dei farmaci contro il dolore. Contro il dolore, appunto, è oggi possibile mettere in atto molte tecniche, e non solo farmacologiche (si pensi solo alle terapie fisiche o a quelle cosiddette "alternative"). Tuttavia, riportando qui le sapienti parole dello storico della medicina tedesco Dietrich von Engelhardt, oltre alle diverse tecniche, esiste una "cultura della guarigione" la quale "partirà sempre dalla dimensione antropologica, cosmologica e anche metafisica del dolore", alla quale mi piace fare riferimento, in particolare in questo contesto. Qualche anno fa, percorrendo in tarda primavera la statale Porrettana, appena sopra Bologna, sono rimasto fortemente colpito dalla fioritura "esplosiva" di un campo di papaveri (Fig. 7), vegetale qui ampiamente citato per le straordinarie proprietà analgesiche. Questa fioritura è metafora di un'altra fioritura, quella della relazione di cura, che se coltivata con dedizione e passione dagli operatori della salute nei rispettivi ospedali e negli ambulatori, rimane strumento di guarigione, anche del dolore, e in misura non secondaria, ne sono convinto, rispetto ai farmaci analgesici.



7. Una "cartolina" contro il dolore...

Dolore cronico diffuso e fibromialgia: quali differenze?



Dott. Gianniantonio Cassisi
Reumatologo - Branca di
Reumatologia - Poliambulatorio
Specialistico - ASL 1 BL

Quando una persona, richiedendo la mia consulenza, mi riferisce di avere dolore, generalmente accolgo la sua lamentela, non avendo motivo di non credere. Più difficile la situazione, quando invece mi viene riferito un dolore "da tutte le parti" e mi chiedo: "Stai attirando la mia attenzione? Esageri? È una richiesta di aiuto? Anche se non è proprio da tutte le parti ... non lo vuoi "tra i piedi"?"

Sappiamo che il dolore cronico è un problema estremamente diffuso in tutta Europa; in Italia raggiunge circa il 26% della popolazione, di cui il 13% riferisce un dolore cronico severo. Esso è causato per il 60% da malattie dell'apparato muscolo-scheletrico; pertanto la competenza è sicuramente

reumatologica. Malattie degenerative, come l'artrosi o il dolore lombare, infiammatorie, come le artriti di diversa natura o i reumatismi extra-articolari, come tendiniti, bursiti, dolori muscolari, fibromialgia e sindromi correlate, sono veramente molto frequenti e richiedono un'attenzione maggiore rispetto a quanto avviene a tutt'oggi, non meritando in realtà l'appellativo di reumatismi cosiddetti "minori".

Il dolore cronico può essere localizzato, regionale e diffuso.

Quest'ultimo ha una prevalenza variabile nella popolazione mondiale e molti sono gli studi che hanno cercato di chiarirne l'entità, senza pervenire a risultati omogenei, proprio per la difficoltà di arrivare ad una definizione comune: la maggioranza degli autori riferisce la propria percentuale infatti alla fibromialgia, che però non è l'unica forma di dolore cronico diffuso. Nell'unico studio di questo genere in Italia, il dolore muscolo-scheletrico era presente nel 2.2% dei casi della popolazione studiata, ma in realtà si ritiene che questa prevalenza sia fortemente sottostimata.

Negli ultimi vent'anni vari studi hanno stimato la prevalenza del dolore cronico diffuso, variabile tra il 10.7 e il 24%. In realtà questa diversità è legata non solo alla mancanza di una definizione condivisa, ma alla presenza di molte variabili soggettive (di malato e medico), obiettive (riscontro di segni alla visita), topografiche (quali sedi?), anamnestiche (il racconto del paziente). Inoltre la stessa terminologia usata dai vari autori non è chiara dato che si fa spesso indifferentemente riferimento a dolore "muscolare", "articolare" o "scheletrico". È giusto quindi chiedersi: il dolore cronico diffuso da dove origina? Dalla pelle, dai muscoli, dalle articolazioni, dall'osso o da altro?

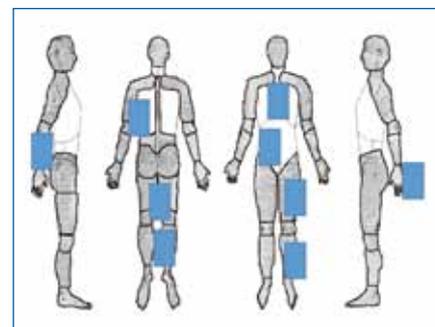
La fibromialgia è senz'altro la condizione più studiata da tempo, quella con i valori di intensità di dolore più elevati e considerata la punta di un ipotetico iceberg che è il dolore cronico diffuso. Ma qual è stata nel tempo l'evoluzione del concetto di "dolore cronico diffuso"?

Nel 1990 i criteri classificativi per la fibromialgia stilati dal Collegio Americano di Reumatologia si riferirono

ad un dolore cronico diffuso che fosse presente almeno 4 giorni a settimana per almeno 3 mesi, nella parte superiore e inferiore, nella parte destra e sinistra del corpo, sia il tratto cervicale che lombare e a cui corrispondesse un numero definito di punti dolorabili alla visita, i cosiddetti "tender points".

Nel 1993 un conferenza mondiale di "consenso" a Copenhagen confermò il concetto di dolore diffuso non-articolare, predominante ai muscoli, associato però a sonno non ristoratore, fatica e rigidità globale.

L'unico tentativo di un certo rilievo di dare una connotazione specifica al dolore cronico diffuso senza alcun riferimento alla fibromialgia fu fatto da alcuni autori inglesi che lo definirono come tale se, duraturo da oltre 3 mesi, interessasse due sezioni di 2 arti controlaterali e lo scheletro assile (testa, tronco, gabbia toracica), facendo individuare allo stesso malato le sedi di dolore in un semplice manichino (fig. 1).



Nel 2004, sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, vennero meglio definite le caratteristiche di sintomi e limitazioni funzionali tipiche del dolore cronico diffuso, utili per la pratica clinica, la ricerca e l'insegnamento, senza però entrare nelle definizioni di questo problema.

Nel 2010 ancora il Collegio Americano di Reumatologia definì nuovi criteri preliminari per la diagnosi della fibromialgia, cambiando sostanzialmente il concetto di dolore diffuso e la metodologia di approccio al malato. Infatti tali criteri prevedono che una diagnosi di fibromialgia possa essere fatta semplicemente con la compilazione di un questionario che, sebbene complesso e veramente comprensivo dei vari problemi del malato fibromialgico, non

contempli una visita del paziente. Inoltre, pur considerando la valutazione dei vari sintomi addizionali diversi dal dolore (fatica, sonno non ristoratore, disturbi cognitivi e somatici), si ritiene possibile una diagnosi di fibromialgia anche dichiarando dolore solo in tre sedi, purché gli altri sintomi possano essere valutati come di severa intensità. È quindi inevitabile la critica posta a questi nuovi criteri: "È possibile fare una diagnosi con soli tre punti dolorosi e senza visitare un malato?". È noto infatti da uno studio internazionale che quasi un terzo della popolazione riferisce un dolore in almeno tre di dieci aree anatomiche definite. Potrebbe esserci una sovrastima dei malati fibromialgici?

La **fibromialgia** è una condizione classificata come una malattia da dolore cronico diffuso associata a iperalgesia (percezione esagerata di dolore a seguito di stimolo doloroso) e allodinia (percezione di dolore a seguito di stimolo normalmente non doloroso). È però anche considerata una delle sindromi da sovrapposizione caratterizzata da dolore e fatica altrimenti non spiegabili, le cui caratteristiche principali, oltre al dolore, sono proprio i disturbi del sonno e l'astenia (stanchezza). Colpisce maggiormente il sesso femminile e presenta associati con frequenza disturbi psicologici ed elevate condizioni di stress psico-fisico, ridotta capacità di concentrazione, umore depresso, ma anche atteggiamenti solitamente nocivi all'evoluzione della malattia, come la perenne insoddisfazione, il "catastrofismo" doloroso e la caratterialità negativa o, a volte, aggressiva. Spesso la fibromialgia va "a braccetto" con altre sindromi, che sono state classificate tra le "sindromi da sensibilizzazione centrale", quali per esempio le sindromi da dolore miofasciale, delle "gambe senza riposo", della fatica cronica, della sensibilità chimica multipla, della disfunzione delle articolazioni temporomandibolari, ed altre ancora.

Ma allora cos'è veramente il dolore cronico diffuso? È una sindrome? È solo un sintomo? È un costrutto medico, magari inutile o è invece un concetto utile per meglio definire pazienti senza una diagnosi?

Il **dolore cronico diffuso** è una con-

dizione patologica la cui prevalenza nella popolazione generale tende ad aumentare con l'invecchiamento, differisce da quello localizzato non solo per la più estesa distribuzione, ma anche per come influenza la vita dei pazienti, colpisce prevalentemente il sesso femminile (3:1) soprattutto nella fibromialgia (9:1). Rispetto al dolore localizzato si associa ad una più alta intensità del dolore, ad una più lunga durata e a una maggiore disabilità; ansia e depressione sono più comuni. Va tenuto distinto dalla fibromialgia, proprio perché potrebbe esserci un errore diagnostico, con diagnosi troppo frequenti di questa sindrome.

Solo il 20% degli individui che riferiscono dolore cronico diffuso ha una fibromialgia definita, mentre per gli altri non c'è una diagnosi chiara. Inoltre il medico deve porre grandissima attenzione a differenziare le possibili cause di dolore cronico diffuso, soprattutto per evitare di non diagnosticare malattie molto gravi.

Si pongono però altri due problemi: di fronte ad un dolore regionale è giusto parlare di dolore cronico diffuso o, addirittura, di fibromialgia? Esiste un confine tra il dolore cronico diffuso e la fibromialgia?

La fibromialgia è probabilmente la "propaggine" finale di un percorso continuo di dolore cronico, che fluisce dal dolore cronico localizzato (come una cefalea) a quello più esteso (focale o regionale) fino al dolore diffuso che ha come suoi estremi la fibromialgia e, da ultima, la condizione di allodinia diffusa.

Questa evoluzione non è ovviamente automatica e molti sono i fattori che possono influenzarla; non è però mai bene non curare un dolore perdurante, perché il rischio di peggiorare non solo localmente ma in modo generale è tutt'altro che irrilevante.

Se il dolore resterà localizzato sarà sufficiente definirlo in base alla sua sede; se regionale o diffuso ma con pochi sintomi aggiuntivi (astenia, disturbi del sonno, ed altri) potremo parlare di dolore cronico diffuso; se i sintomi aggiuntivi saranno invece importanti se non prevalenti, sarà giusto parlare di fibromialgia (fig. 2).

Noi sappiamo dalla letteratura scientifica che un numero variabile tra il 10.4% e il 17.4% dei pazienti con dolore regionale di varia natura sviluppa dolore cronico diffuso; in particolare due studi hanno dimostrato che in soggetti affetti da mal di schiena a distanza di 18 anni il 24.5% ha sviluppato un dolore diffuso e in soggetti con dolore cronico al collo dopo distrazione cervicale il 10-22% ha dolore diffuso o fibromialgia.

Un dolore estremamente localizzato come potrebbe essere quello di un'artrosi del ginocchio, in soggetti predisposti e di fronte ad un mancato trattamento della patologia, potrebbe evolvere progressivamente interes-

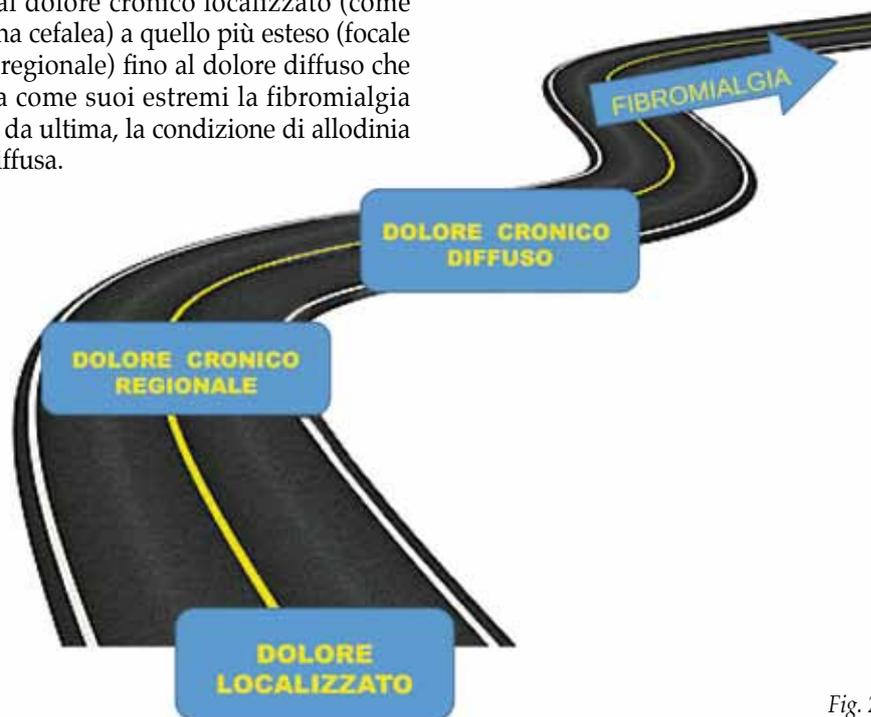


Fig. 2

sando aree più ampie dapprima dello stesso arto e quindi addirittura dell'arto opposto.

Questo meccanismo viene spiegato dal processo di "sensibilizzazione centrale" che sta alla base dell'evoluzione del dolore da localizzato a diffuso, il cosiddetto "dolore centrale" legato a difetti di interpretazione e percezione del dolore stesso, ovviamente involontari, ma che danno al malato una scorretta sensazione di dolore.

Questa "amplificazione" del dolore è stata ampiamente dimostrata dagli studi di risonanza magnetica funzionale (esame per altro non utile ai fini diagnostici), in cui, di fronte ad uno stimolo sostanzialmente differente tra sani e fibromialgici, ma a parità di intensità di dolore percepito dai soggetti, le aree stimolate nei pazienti e rispetto a soggetti sani di controllo si sovrappongono o sono limitrofe. Un piccolo stimolo doloroso quindi nei soggetti con fibromialgia equivale ad un grande stimolo doloroso nei soggetti sani.

Ci appare ora più chiaro il volto "nascosto" dell'iceberg, quello sommerso, in cui, vasto e indefinito, possiamo far confluire il dolore cronico diffuso con le sue varie caratteristiche ed origini. La fibromialgia è la condizione peculiare ed estrema del dolore cronico diffuso e quest'ultimo rappresenta la condizione senza la quale la fibromialgia non può esistere.

Il dolore cronico diffuso può quindi non essere una "sindrome", cioè un insieme di sintomi e segni e la sua diagnosi richiede sempre una attenta valutazione dei sintomi e di malattie reumatiche e psichiatriche concomitanti, di ambiente di vita e fattori genetici che vanno sempre tenuti in considerazione, non dimenticando la presenza

inevitabile di aree di sovrapposizione tra dolore cronico e fibromialgia stessa. Concludendo possiamo cercare di sintetizzare le differenze tra fibromialgia e dolore cronico diffuso come segue:

Dolore

la sensazione di dolore è comune ma il paziente fibromialgico la descrive come più intensa e persistente.

Disturbi affettivi

sono una delle cause della maggiore disabilità nella fibromialgia.

Sonno

è disturbato in ambedue le condizioni, ma nella fibromialgia sonno non ristoratore associato a fatica e disturbi cognitivi colpiscono maggiormente.

Funzioni fisiche

sono significative le differenze a svantaggio del malato fibromialgico perché i sintomi sono più severi e di maggior durata; esistono dei questionari ad uso medico utili a questo fine.

Qualità della vita

è peggiore rispetto alla popolazione generale in ambedue i casi, ma soprattutto nella fibromialgia rispetto a situazioni di dolore cronico locale, regionale o diffuso.

La fibromialgia si qualifica quindi per l'intensità dei sintomi rispetto al dolore cronico diffuso e questo va tenuto assolutamente in considerazione da parte dei medici nella valutazione clinica, ma anche da parte del malato che non deve automaticamente immedesimarsi in condizioni o peggio diagnosi che non corrispondono alla realtà.

Percorsi di Mindfulness



dott. Marco Gradassi

*psicologo e psicoterapeuta
Azienda Provinciale per i Servizi
Sanitari, Trento*

Definire cosa significa Mindfulness è estremamente difficile, da un punto di vista etimologico, il termine mindfulness è la traduzione inglese della parola in lingua Pali "sati".

Il termine sati definisce un particolare stato di coscienza: la consapevolezza. Il termine mindfulness, dunque, rappresenta uno stato mentale con il quale entriamo raramente in contatto durante la vita quotidiana: la consapevolezza. Tipicamente lo stato in cui si trova la nostra mente è privo di consapevolezza, trascorriamo la maggior parte del tempo "distratti" da noi stessi, persi nel mondo dell'apparire.

Man mano che la mindfulness viene adottata dalla psicoterapia occidentale, il suo significato si allontana dalle antiche radici includendo anche altre qualità mentali oltre la consapevolezza, qualità come il non giudizio, l'accettazione e la compassione.

Jon Kabat-Zinn, pioniere dell'applicazione terapeutica della mindfulness (nella cura del dolore cronico), la definisce come "la consapevolezza che



emerge prestando intenzionalmente attenzione, nel momento presente e in modo non giudicante, al dispiegarsi dell'esperienza, momento per momento" (Kabat-Zinn 2003).

A me piace definire la mindfulness usando parole diverse, per me mindfulness significa "coltivare una certa dose di intimità con se stessi".

Il prodotto di questo "piccolo orto" a cui dedicarsi giornalmente con cura, sarà la nascita di un nuovo atteggiamento verso noi stessi; un atteggiamento di gentile curiosità.

A questo punto il lettore sarà portato a chiedersi, ma come si fa? Come si fa a coltivare un atteggiamento? Come si diventa intimi di noi stessi?

Molti di noi hanno la "cattiva" abitudine di conservare tutto quello che entra nelle nostre case, potrebbe essere utile, è la scusa che di solito utilizziamo per non buttare via nulla. Chi ha conservato i vecchi libri di scuola, (elementari, medie, superiori, università) potrebbe provare a rispolverarli per vedere se trova le risposte a queste domande.

Non troveremo nessuna risposta, non troveremo nessun insegnamento che riguardi noi stessi.

Studiamo anni come funziona il mondo là fuori, e come funziona il mondo qui dentro? Non deve essere così importante ...

Fra i vari libri che ho letto, ho trovato interessante un particolare capitolo del "Piccolo Principe", il capitolo secondo. In questo capitolo il piccolo principe incontra la volpe e ha una curiosa conversazione sul significato dell'addomesticare.

Con un piccolo stratagemma, sostituendo la volpe con la mente, la nostra

mente, abbiamo una delle migliori istruzioni per l'uso che abbia mai trovato.

Di questa meravigliosa storia mi piace la semplicità delle parole, sono convinto che non sia necessario nascondere la propria fragilità dietro parole misteriose e altisonanti, i concetti più profondi, più veri, possono essere descritti da parole semplici e chiare come "gentilezza" o "curiosità".

La verità è che dietro a discorsi incomprensibili, c'è una mente incomprensibile.

Veniamo al testo, l'autore ci permetta la libertà di cambiare i personaggi della sua storia e immaginare che non sia la volpe a parlare con il piccolo principe ma la mente a parlare con noi.

Dal libro il "Piccolo Principe"

... Che cosa vuol dire "addomesticare"?

È una cosa da molto dimenticata. Vuol dire creare dei legami...

Creare dei legami?

Certo, disse la volpe.

Tu, fino ad ora, per me, non sei che un ragazzino uguale a centomila ragazzini.

E non ho bisogno di te.

E neppure tu hai bisogno di me.

Io non sono per te che una volpe uguale a centomila volpi.

Ma se tu mi addomestichi, noi avremo bisogno l'uno dell'altro.

Tu sarai per me unico al mondo, e io sarò per te unica al mondo.

se tu mi addomestichi, la mia vita sarà illuminata.

Conoscerò un rumore di passi che sarà diverso da tutti gli altri.

Gli altri passi mi fanno nascondere sotto terra. Il tuo, mi farà uscire dalla tana, come una musica.

E poi, guarda! Vedi, laggiù in fondo, dei campi di grano? Io non mangio il pane e il grano, per me è inutile.

I campi di grano non mi ricordano nulla.

E questo è triste!

Ma tu hai dei capelli color dell'oro.

Allora sarà meraviglioso quando mi avrai addomesticato.

Il grano, che è dorato, mi farà pensare a te.

E amerò il rumore del vento nel grano...

La volpe tacque e guardò a lungo il piccolo principe:

Per favore... addomesticami,

disse.

Se vogliamo coltivare un'intimità con noi stessi dobbiamo "addomesticare" la nostra mente, ma cosa significa "addomesticare". Addomesticare significa creare un legame con noi stessi.

Creare un legame intimo con noi stessi potrebbe sembrare romantico, poetico, interessante, ma al di là di questo perché dovremmo investire del tempo per raggiungere questo risultato?

La volpe è chiara su questo punto, "se tu mi addomestichi, la mia vita sarà illuminata".

Le cose che prima sono prive di significato, tristi, inutili, come il colore dei campi di grano, si trasformano in qualcosa di meraviglioso.

Coltivare l'intimità significa illuminarsi, ovvero cambiare la visione del proprio mondo, e non solo del mondo esterno, con i passi delle persone che ci stanno accanto e i campi di grano, ma anche e soprattutto del mondo interno. Se il nostro mondo interno sarà in pace saremo in pace a prescindere dalle circostanze,

se il nostro mondo interno sarà turbato saremo turbati a prescindere dalle circostanze.

Questa è la mia risposta alla domanda precedente, perché investire tempo e sforzi a coltivare l'intimità con noi stessi.

I percorsi di mindfulness sono uno strumento che viene offerto a tutte le persone che hanno incontrato la malattia del dolore nel corso della loro vita. Chi si ammala di dolore sa che non potrà guarire facilmente, sa che si insinua in tutte le pieghe interne ed esterne della sua vita, modificandone la percezione e il senso.

Questi percorsi offrono uno strumento prezioso per riappropriarsi di una serenità, a prescindere dalle circostanze. Non si tratta di una serenità tutto o nulla, ma di un percorso che va coltivato giorno dopo giorno.

Buongiorno fibromialgia!



Paola Mongera

Thien Van (Nuvola Buona)

Nell'ottobre 2008 mi diagnosticarono la fibromialgia: nell'arco di due mesi mi ero bloccata nei movimenti più banali, in casa, sul lavoro, non riuscivo a dormire né a fare le scale; la badante di mia madre aiutava anche me preparandomi da mangiare e pulendo la mia casa; inevitabilmente ero caduta in una forte depressione.

In queste condizioni ho trascorso un lungo inverno durante il quale ho cercato varie forme di sollievo: la psicoterapia, l'agopuntura, i massaggi, il reiki, la farmacologia più o meno naturale, i trattamenti termali, ritrovando però soprattutto in una mia passione, il VietTaiChi (VTC), la forza e lo stimolo per reagire.

Alla sua prima visita, il dott. Paolazzi mi lanciò una sfida: "un'istruttrice di VTC non può avere la fibromialgia!" Quella frase l'ho scritta ed appesa a fianco del mio letto, ogni mattina e sera, per mesi è stata sotto i miei occhi. Anche il dott. Gradassi mi sfidò con il suo fare serafico: "e chi l'ha detto che non potrai mai insegnare?". Un'altra frase che mi ha accompagnato per i

mesi seguenti e stimolato a reagire per un obiettivo.

"Essere forti, essere utili, essere felici": questo è il motto del Gran Maestro Charles Phan Hoang, professore universitario di Metodologia della Ricerca per l'Economia, Scienze Cognitive e Scienze Sociali negli Stati Uniti ed in Canada, ideatore del VTC, una disciplina che non è un'arte marziale né tantomeno una derivazione del più famoso Tai Chi Chuan.

Il VTC è un marchio registrato e individua una Scuola che nasce nei primi anni '90 come risultato di una ricerca del M. Hoang il quale ha organizzato e classificato dal punto di vista strutturale e didattico una enorme quantità di informazioni e tecniche per consentirne un uso e un insegnamento più adatto ai tempi moderni e alla popolazione occidentale. È una studiata combinazione di tecniche antiche con le moderne conoscenze nel campo delle pratiche mente-corpo. Attraverso una varietà di forme armoniose, le tecniche uniscono i movimenti e la respirazione con i flussi interni di energia per sviluppare una durevole forza fisica, salute mentale ed autostima.

Ciascun movimento è poi il supporto fisico di un pensiero filosofico o di un principio mentale, ad ogni sequenza corrisponde un poema che esprime profonde riflessioni interiori e suggerimenti di tecniche di vita.

Qualcuno mi chiese: "se praticare il VTC fa così bene come dicono, perché a te è sorta la fibromialgia quando già lo praticavi?" Non seppi rispondere, ma in quell'istante capii: il VTC, così come l'avevo fino ad allora praticato, non mi aveva preservato dalla malattia. Attraverso e grazie alla malattia, però, avrei potuto scoprire la sua essenza profonda e le sue potenzialità benefiche.

Avevo per le mani uno strumento veramente potente ed era il momento giusto per dimostrarlo principalmente a me stessa.

Dopo neanche un anno, più per rispondere alle sfide lanciatemi che per convinzione, ho provato ad insegnare dapprima ad un piccolo gruppo eterogeneo di persone, poi, tre anni fa, grazie al pieno appoggio di Claudia Chini Responsabile dell'a.s.d. Dinamica di Pergine V., sono riuscita ad avviare un corso particolarmente attento alle persone fibromialgiche tra le quali anche qualche "compagna" di malattia, nel frattempo conosciuta.

Nel giro di tre anni gli allievi sono diventati una cinquantina: fra questi si sono avvicinate 32 persone con malattie reumatiche di cui 24 fibromialgiche. Alcune di loro continuano con costanza ed impegno a seguire le mie lezioni aperte comunque a tutti (ed è a loro che dedico questa mia relazione). Questa mia esperienza di "malata" mi ha portato in diretta "condivisione" con

COSA VUOL DIRE

VIET = ELEVARSI
TAI = COLTIVARE
CHI = ENERGIA

Cultivare l'energia per elevarsi

i miei allievi, comprendono meglio i dolori, i disagi ed i limiti, incoraggiandone con il mio esempio la fiducia nelle proprie capacità residue e le motivazioni di ognuno.

Ho trovato, quindi, attraverso una mia passione la maniera per dare un **senso alla mia malattia**: trasformare un evento comunemente debilitante in uno strumento arricchente per me stessa e utile per gli altri.

“Essere forti”: un incoraggiamento quotidiano,

“essere utili”: un obiettivo,

“essere felici”: il risultato.

In tre anni ho anche raccolto dati attraverso dei questionari che convergono ad un unico risultato: praticare con costanza il VTC può contribuire al benessere psico-fisico della persona.

La maggior parte delle persone giunge in palestra stanca e rigida fisicamente, gli esercizi di respirazione vengono particolarmente apprezzati; durante la lezione la concentrazione e gli stimoli positivi rilassano i partecipanti che tornano a casa più sciolti e tranquilli.

Il “rilassamento e calma generale”, la “maggiore mobilità”, “flessibilità” ed “elasticità fisica”, la “tranquillità”, il “benessere generale” sono i risultati più evidenti. Troviamo anche maggior equilibrio psico-fisico, maggior energia e resistenza corporea, aumento della capacità di concentrazione e auto-controllo, maggior coordinazione ed armonia nei movimenti.

A questo punto una breve considerazione finale: *“il nostro miglior medico siamo noi stessi”*: siamo NOI che ci possiamo e dobbiamo curare, non i medici, le medicine o le terapie; questi sono solo STRUMENTI che ci vengono offerti e che dobbiamo saper utilizzare al meglio; da ognuno di loro (siano occidentali, orientali, scientifici, sperimentali, alternativi, naturali) possiamo trarre un piccolo o un grande contributo alla nostra salute, ma siamo noi che ci dobbiamo curare, siamo noi gli artefici del nostro “benessere”, se lo vogliamo con convinzione e serenità nel cuore.

Oggi io continuo la mia leggera terapia farmacologica, mi sottopongo periodicamente a sedute di agopuntura, annualmente faccio i fanghi termali, ma soprattutto continuo a trasmettere in palestra la mia esperienza.

Dal punto di vista medico io rimango, infatti, una persona affetta da fibromialgia con tutti i miei sintomi, ma da un punto di vista psicologico, di “energia interna” sto bene e mi sento perfettamente guarita.

Quest'estate ho anche testato su me stessa cosa succedeva non praticando: per due mesi circa non ho notato nulla di particolare, ma nel terzo mese, una volta, sono riapparsi sintomi e dolori che avevo ormai dimenticato ed altri di nuovi.

Sapendo di poter alleggerire questo “fardello” riprendendo la pratica del VTC, non mi sono spaventata dimostrando quanto la sicurezza e tranquillità interiore possano contribuire ad una convivenza più serena con la malattia.

Vorrei chiudere con questi “commenti” raccolti in varie occasioni, delle vere e proprie “medicine emotive”:

- “Gli stati di tensione muscolare con dolore e le contratture muscolari si verificano in modo meno pesante e con episodi di minore durata temporale”
- “È una pratica che mi attira e mi coinvolge molto, io che di solito sono pigra sono riuscita a non mancare praticamente mai agli incontri”.
- “Sento di avere un corpo che serve a qualcosa che non sia patire male e essere stanca, mi sento più energica nell'affrontare le due giornate seguenti l'allenamento”;
- “Trovo un beneficio generale per la mia patologia in quanto lo stimolo delle parti più dolenti del corpo mi porta un successivo benessere... e' molto positivo anche il lavoro di un gruppo affiatato nel quale c'è confronto e conforto reciproco”;
- “Provo interesse verso un'attività specifica, sensazione di appagamento per l'interesse verso il mio corpo e la mia salute”
- “M'ha resa una persona forte”
- “Quando pratico mi sento più elegante e bella”
- “Alla sera non sono così stanca come una volta e posso uscire, guidare e andare a dormire più tardi”.

Oggi, quando mi sveglio ogni mattina, che sia riposata o stanca, tranquilla o sofferente, con riconoscenza saluto: “buongiorno fibromialgia!”

Dal corpo alla relazione di cura Approccio terapeutico e mediazione corporea ed artistica per la sindrome fibromialgica



dott.ssa **Ornella Barni**

Terapista della riabilitazione

Servizio di Rieducazione Funzionale del Presidio Ospedaliero di Saronno

Il lavoro che oggi presento parte da una sperimentazione iniziata nel 2010 presso il Servizio di Rieducazione Funzionale dell'ospedale di Saronno grazie al dott. Cazzola, responsabile del servizio, il quale, dopo avermi proposto di seguire alcune signore fibromialgiche, ha accettato la mia richiesta, di provare a sperimentare un trattamento che si staccasse dalla fisioterapia classica e che fosse una presa in carico più globale della sintomatologia complessa che presentano questi pazienti.

Ho iniziato con un gruppo di dieci donne di età compresa fra i 50-65 anni che si erano sottoposte a trattamenti

fisioterapici di vario tipo senza alcun risultato. Ognuna di queste signore seguiva la propria terapia farmacologica: per alcune ho speso anche qualche seduta per far accettare il farmaco inizialmente rifiutato.

All'inizio di tale lavoro ho pensato di sperimentare un trattamento che mediasse fra la fisioterapia e la relazione di cura, usando come tecnica il lavoro sul corpo e specificatamente il **massaggio bioenergetico dolce** di Eva Reich figlia e allieva di Wilhelm Reich padre della bioenergetica.

Questo massaggio nasce come terapia di sostegno a bambini prematuri nati da parti difficili e traumatici (cesarei, forcipe, ventosa, sofferenza fetale) si sviluppa poi come forma di terapia anche nell'adulto. È conosciuto anche come "massaggio farfalla" per la leggerezza del tocco che caratterizza questa tecnica: leggero come ali di una farfalla. Si tratta di un massaggio lieve per tutto il corpo a partire dal capo che faccio alle pazienti prima in posizione supina poi prona accompagnato da una musica di sottofondo per aumentare l'effetto rilassante.

Lo scopo di questa tecnica è quella di far sperimentare sensazioni piacevoli che arrivano dal corpo per imparare a riconoscerlo come fonte di piacere non solo di dolore e per arrivare ad una riappacificazione con esso. Il dolore cronico rende il corpo oggetto, oggetto rotto, frammentato dipendente dalle cure di altre persone (parenti, medici operatori sanitari ecc.) estraneo a noi stessi e nemico nostro.

Le persone con dolore cronico necessitano di riappropriarsi del proprio corpo, percepirlo nel suo insieme come unità e sentirlo ancora amico nella capacità di ridare sensazioni piacevoli. Ai pazienti fibromialgici con un'esperienza cronica di dolore fisico non poteva che far bene provare a risentire sensazioni piacevoli provenienti dal corpo. Inoltre il rilassamento provocato dal massaggio toglie anche le contratture che sono generate da ansia e tensione. Dal punto di vista organico si attuano assieme con il desiderio ed il piacere una serie di processi neuroendocrini per il buon funzionamento del corpo stesso.

La moderna ricerca in neurobiologia ha

evidenziato che esistono aree del corpo che presentano un'alta concentrazione di neuropeptidi (molecole messaggere delle emozioni) e di agenti chimici fra i quali le endorfine che sono distribuite a macchia nel corpo.

Attraverso la stimolazione tattile di queste zone, i neuropeptidi attivati invierebbero messaggi all'ipotalamo e al sistema immunitario che a loro volta invierebbero processi di guarigione, regolerebbero il sonno e le funzioni respiratorie.

Le signore della sperimentazione, poste in una condizione di benessere fisico col massaggio e in un setting di accoglienza, si sono aperte parlando dei propri problemi legati alla difficile accettazione della sintomatologia dolorosa e della propria storia di malattia ma anche mettendo in gioco parti vitali attive presenti (sono riemersi i desideri) al di là della sofferenza cronica e della depressione forse conseguente.

Quando le signore si sono aperte ho iniziato un lavoro relazionale utilizzando strumenti semplici come la **scrittura autobiografica** in modo che potessero raccontare parti della loro storia e che si abituassero ad uno strumento, che una volta appreso, potessero autogestire e trovare utile nell'esperienza quotidiana.

Ho abituato le signore a dialogare col proprio dolore e con la propria malattia cronica venendo a patti con essa, contemporaneamente rinforzavo le parti vitali che emergevano.

La sofferenza fisica richiede di essere accolta, lenita ma anche di essere inserita in racconti reali per costruire il senso, divenire riconoscibile, trasformarsi in risorsa.

Il paziente non è solo ridicibile alla sua malattia, c'è dell'altro: vissuto e rappresentazione che ha della propria malattia, ha bisogno di sentirsi accolto e riconosciuto cioè curato nella sua totalità di essere umano.

Col lavoro sul corpo (massaggio) si accoglie la sofferenza fisica cercando di trasformarla in sensazione piacevole, con l'ascolto ed il riconoscimento del paziente nella sua storia di malattia, si aiuta a trasformare la sofferenza in senso.

Al termine del trattamento le signore stavano meglio nel senso che in loro era

diminuita l'ansia e riuscivano a dormire la notte. Ho consigliato a tutte di ripetere il ciclo nei momenti di maggior acuzie della malattia.

Incoraggiata dal piccolo risultato raggiunto ho deciso di proseguire con tale approccio sempre più personalizzandolo: ad alcune proponevo la scrittura autobiografica ad altre in cui sentivo una difficoltà alla scrittura lasciavo spazio perché raccontassero liberamente la propria storia dopo il massaggio.

Gli obiettivi che mi sono posti col lavoro relazionale sono stati quelli di porre le persone in contatto con la propria storia per condurre alla consapevolezza che la loro non era solo storia di malattia aiutandole a recuperare un prima dell'evento patologico per far riemergere interesse ed investimenti e cogliere cosa potesse essere ancora vissuto ed integrato.

Sentivo però che non bastava mancava qualcosa, una persona con dolore cronico, depressione, crisi di ansia come accade spesso nei soggetti fibromialgici ha bisogno anche di strumenti di cura da gestire nella quotidianità così ho pensato di insegnare **esercizi di stretching e ginnastica dolce** da fare a casa ed il **Training autogeno di Schultz** perché una volta terminato il ciclo potessero usare questo strumento per gestire momenti di crisi od ansia. Ad alcune, in cui avevo notato una notevole componente di ansia ed una difficoltà a gestire questi momenti ho lasciato il mio numero di cellulare, una volta concluso il ciclo in modo che potessero avere un punto di riferimento al bisogno.

Dopo circa tre anni di sperimentazione di tale lavoro, con una media di due cicli all'anno, alcune signore non si consideravano più solo ammalate bisognose di cure, ma avevano ripreso in mano la propria vita ed avevano ricominciato alcune attività che avevano sospeso a causa della malattia.

Singolare il caso di Francesca che scoprendo il piacere di scrivere con la scrittura autobiografica ha partecipato al concorso Premio Mimosa di Salò ed ha vinto anche un premio. Francesca aveva dovuto lasciare il lavoro a causa della fibromialgia, ora sta meglio, si è trovata un lavoro a part-time che la gratifica maggiormente rispetto al precedente.

All'inizio di quest'anno, verificando che, in alcune signore, si stava creando una dipendenza dalle sedute con me, nonostante gli strumenti di autocura in loro possesso (le signore durante il ciclo di trattamento stavano bene e chiedevano di ripetere il ciclo con maggior frequenza) ho pensato di sperimentare un gruppo di lavoro a mediazione artistica usando le tecniche attive (gioco di ruolo, improvvisazione teatrale, danza, disegno collage, ecc.. cioè tecniche incentrate sull'azione che tendono a dare visibilità alle dimensioni del mondo interiore della persona) ed il play back. Una persona racconta la propria storia che viene poi rappresentata da altre persone del gruppo scelte da colei che racconta. Questo dà modo al protagonista di vedere la propria storia come in uno specchio, di cogliere parti di ciò che non aveva colto, in quanto le vengono restituite da chi le interpreta o di vedere la propria storia in una nuova prospettiva.

La sofferenza raccontata, condivisa, messa in forma con l'uso di tecniche artistiche ha trovato altri sensi, altri significati, altri modi di essere vissuta. L'esperienza del gruppo ha fatto emergere anche problematiche più complesse ed ha aperto la strada ad un invio psicoterapeutico per alcune persone partecipanti.

Credo che l'esperienza del gruppo possa essere ben riassunta nella favola che le signore partecipanti hanno scritto alla conclusione del lavoro.

Favola scritta dalle signore del gruppo: Storia di Ginevra

Al tempo dei cavalieri di Re Artù, aveva vissuto presso la sua corte, una nobildonna che divenuta anziana si era ritirata nel suo palazzo.

La figlia non potendola accudire le mandò la più piccola delle sue figlie, la preferita della nonna.

La fanciulla di nome Ginevra curò in modo amorevole la nonna fino alla fine dei suoi giorni.

Dopo la morte della nonna, Ginevra ritornò in famiglia, riprendendo la vita di sempre. Quando i genitori andarono a riscuotere l'eredità della nonna, ebbero l'amara sorpresa di scoprire che aveva

lasciato tutto, palazzo compreso, alla giovane Ginevra. Ciò suscitò nelle sorelle un'immensa invidia e rabbia.

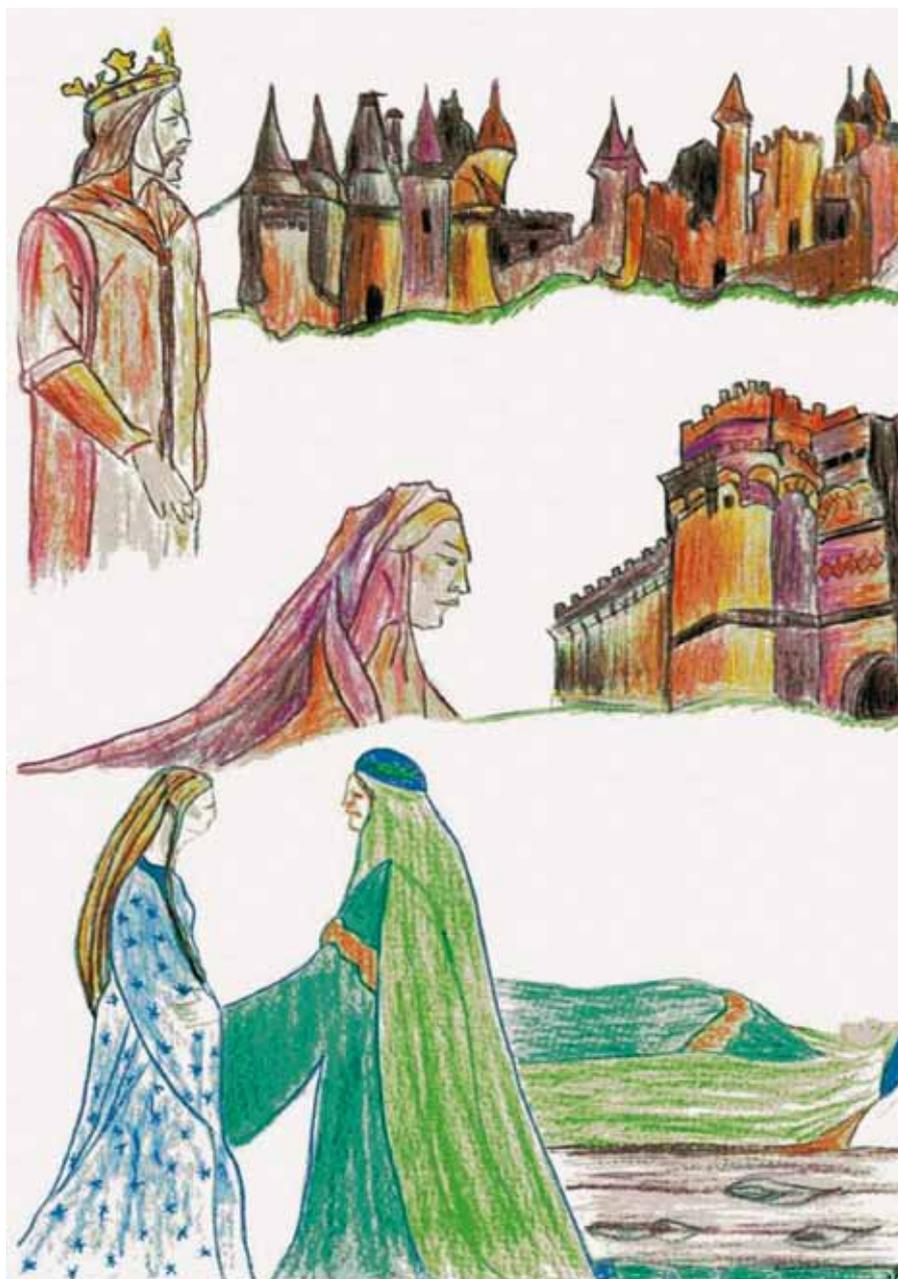
Essendo in età da marito, vari pretendenti si presentarono ai genitori chiedendo la sua mano, il prescelto fu Lancillotto, un giovane cavaliere di bell'aspetto che ambiva ad avere un posto di comando nell'esercito di Re Artù. Come era d'uso a quel tempo, convolarono a nozze senza potersi frequentare e conoscersi più a fondo. Il matrimonio fu celebrato in pompa magna avendo come testimone Mago Merlino.

Alla fine dei festeggiamenti, durati una settimana, i giovani sposi andarono a vivere nel palazzo lasciato dalla nonna a Ginevra e Ginevra iniziò ad abbellirlo

secondo il suo gusto personale, per renderlo un nido d'amore.

Lancillotto venne chiamato alla guerra e felice di andare, lasciò la giovane moglie sola. Dalla sua partenza in poi, iniziarono a verificarsi strani fenomeni ai quali Ginevra all'inizio non dette peso. Questi fenomeni andavano dai bracieri rovesciati che rischiavano di incendiare il palazzo, mobili spostati, suppellettili lanciate in aria e rotte e altre cose simili.

Il marito, tra una vittoria e l'altra, ritornava al palazzo dalla moglie, la quale, preoccupata gli raccontava gli eventi che accadevano ma lui rispondeva che questi erano dovuti esclusivamente alla sua sbadataggine, colpevolizzandola.



Non capendo ciò che stava succedendo e non sentendosi compresa, Ginevra finì per convincersi di quello che diceva il marito. Prestò molta più attenzione a tutto quello che faceva ma ciò nonostante, i fenomeni si ripetevano e lei non riusciva a capacitarsi, fin che pian piano la sua autoconvincimento di incapacità la portò sempre più allo sconforto. Passava le notti insonni rimuginando sugli eventi, lasciò andare in rovina il bel palazzo e si lasciò andare anche lei sempre più.

Un giorno incontrò Mago Merlino e sfogandosi con lui gli chiese un consulto, era alla disperazione pura. Meravigliato, Merlino volle vedere il palazzo e dopo varie consultazioni alla sua sfera di cristallo trasse le sue conclusioni: una presenza estranea si era impossessata del bene di Ginevra e la voleva far soffrire. Era una delle sue sorelle, la strega Grimilda, che invidiosa dell'eredità di Ginevra voleva fargliela pagare fino all'aspezzazione e ci stava riuscendo se non fosse intervenuto Mago Merlino che, con tanta calma e tanta pazienza insegnò a Ginevra a

difendersi dal male, a rimettere insieme i cocci della sua vita e del suo palazzo.

Ginevra da parte sua ce la mise tutta a capire come fare a convivere con l'invidia e la gelosia di Grimilda, non fu facile ma alla fine la convivenza divenne un nuovo modo di vivere insieme.

Anche Lancillotto si meravigliò di come Ginevra era diventata brava a gestire la situazione che quasi mandava a rotoli il loro matrimonio e da quel giorno con alti e bassi trovarono la pace tanto desiderata e ripresero la vita serenamente e consapevolmente tutti e tre assieme (Grimilda compresa).

Dal corpo alla relazione di cura:

Curiamo questo corpo "il palazzo di Ginevra" perché possa ricomporsi spezzato dal dolore "per rimettere assieme i cocci del palazzo" ma curiamolo **in una relazione di cura** Mago Merlino con tanta calma e pazienza insegnò a Ginevra a difendersi dal male" perché la storia di

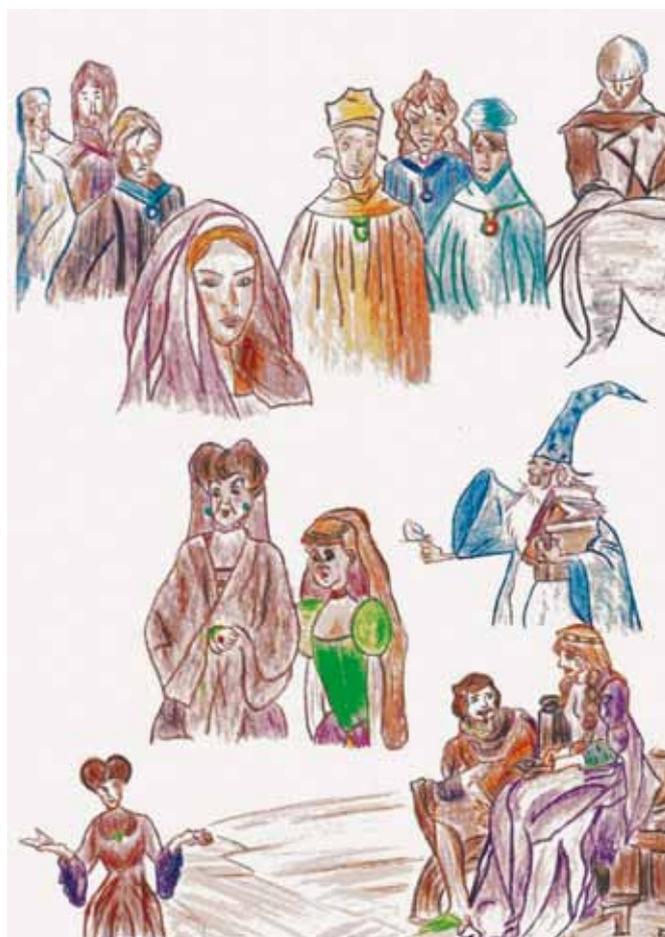
una persona spezzata dalla malattia possa ricomporsi.

"Ginevra da parte sua ce la mise tutta per imparare a convivere con la strega Grimilda (la fibromialgia) si assunse cioè la responsabilità della propria cura e storia non fu facile ma alla fine divenne un nuovo modo di vivere assieme.

Curare sempre per ricomporre una storia "e da quel giorno con alti e bassi Ginevra e Lancillotto trovarono la pace tanto desiderata", guarire qualche volta.

Risultato della sperimentazione:

Il risultato di questa sperimentazione può essere riassunto nel passaggio dalla condizione che era "Toglietemi questa malattia" alla condizione che diventa "Io posso fare qualcosa per stare meglio, pur avendo questa malattia". Da un punto di vista terapeutico: la riconferma di un approccio multidisciplinare per la cura della sindrome fibromialgica.



Reumatologia in Trentino: i percorsi diagnostico-terapeutici.

L'osteoporosi: percorso assistenziale



Dott.
Roberto Bortolotti
U.O.C.
Reumatologia
Ospedale Santa
Chiara, Trento

Cos'è l'osteoporosi

L'osteoporosi è la più comune malattia dello scheletro. Si presenta più frequentemente nelle donne in età adulta e nei soggetti anziani. È caratterizzata da una riduzione progressiva della massa ossea, ossia una riduzione del contenuto di sali di calcio, associata ad una alterazione della struttura a causa della quale l'osso diventa più fragile e maggiormente suscettibile alla frattura. Questa complicanza può interessare tutte le ossa. Polso, vertebre e femore risultano le sedi più colpite.

Come riconoscerla

La graduale perdita di minerale dall'osso non crea disturbi. I sintomi compaiono quando si verifica un cedimento della struttura dell'osso anche per un lieve o moderato sovraccarico. In questo caso compare il dolore per la frattura che può essere evidente (in caso di frattura di femore o polso) o non immediatamente riconosciuta (vertebre) perché non accompagnata ad una immediata perdita di funzione. Il riconoscimento precoce della malattia parte dalla identificazione dei fattori di rischio (menopausa precoce, età, familiarità per osteoporosi, fumo, uso di cortisone, basso apporto di calcio con la dieta e carenza vitaminica D) e dalla valutazione medica che può avvalersi dell'esame densitometrico dell'osso (MOC). La mineralometria ossea computerizzata (MOC) è l'indagine più sensibile e accurata per identificare

uno stato di fragilità scheletrica ma va sempre interpretata insieme agli altri dati clinici del paziente per migliorarne le capacità predittive sul rischio di frattura.

Come comportarsi

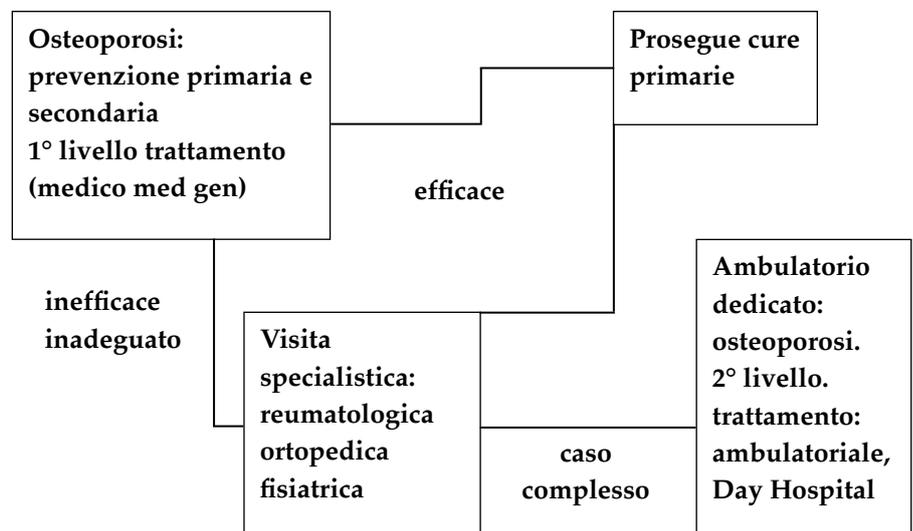
La prevenzione primaria si attua seguendo i principi generali di corretto stile di vita: evitare il fumo, l'eccesso di bevande alcoliche. Seguire una dieta equilibrata con corretto apporto di calcio. Una regolare attività fisica è fondamentale per la salute dell'osso e del muscolo perché interviene favorevolmente sulla densità ossea e sul rischio di caduta. Attenzione va posta inoltre a mantenere adeguati livelli di vitamina D con attività all'aria aperta, esposizione al sole o attraverso una integrazione con supplementi.

In caso di malattia manifesta con rischio di frattura aumentato (ad esempio: bassi valori di densità ossea, età post menopausale o terapia steroidea concomitante) o pregressa frattura da fragilità, il medico di medicina generale, dopo un prima valutazione di definizione della affezione (distinzione tra forme primitive o associate ad altre condizioni morbose), potrà prescrivere il trattamento farmacologico adeguato

ed eventualmente richiedere una valutazione specialistica.

Il percorso assistenziale

Il percorso assistenziale dell'osteoporosi comprende una **prima valutazione dei fattori di rischio o di aumentata probabilità di frattura da fragilità da parte del medico di medicina generale che quindi individua il provvedimento terapeutico del caso. In alcune manifestazioni di malattia si ricorre alla competenza specialistica:** ortopedica in caso di frattura che necessita di trattamento chirurgico, fisiatrica per il trattamento ortesico, riabilitativo, **reumatologica per le forme associate alle malattie reumatiche o per un approfondimento diagnostico/terapeutico.** In caso di difficoltà nella attuazione del piano terapeutico, inefficacia del trattamento (nuova frattura da fragilità, ulteriore calo densitometrico) o in presenza di osteoporosi severa è **indicato l'invio presso un ambulatorio di secondo livello** (ambulatorio delle patologie ossee fragilizzanti) attivo **presso l'U.O.C. di Reumatologia** (visita prenotabile presso la segreteria di reparto su richiesta specialistica). In questa sede saranno eventualmente definibili ulteriori approfondimenti (esami bioumorali di secondo livello, densitometria ad ultrasuoni), suggerito un provvedimento terapeutico adeguato (eventualmente con farmaci somministrabili per via infusiva o prescrivibili come centro autorizzato con piano terapeutico) e programmati i controlli successivi.



Anche per i farmaci biologici è arrivato il tempo della versione 'generica'



Dott.
**Giovanni
Peronato**

Reumatologo,
Vicenza

Il vento del cambiamento soffia sulla reumatologia...

La terapia dell'artrite reumatoide, dell'artrite psoriasica e della spondilite anchilosante è profondamente cambiata negli ultimi dieci anni grazie all'introduzione dei farmaci cosiddetti biologici. Raggiungere la remissione (controllo completo della malattia) e fermare la progressione del danno articolare non sono più un miraggio, ma realtà che il reumatologo può toccare con mano ogni giorno.

I farmaci biologici andrebbero chiamati con il loro nome completo, 'biotecnologici', perchè derivati con tecnologie diverse da organismi viventi (cellule in cultura, batteri, lieviti...). Questi organismi vengono geneticamente modificati in modo da poter produrre una sostanza, in genere una proteina (un'insieme di molecole molto più piccole dette aminoacidi) che può imitare in tutto e per tutto una proteina già presente nel nostro organismo (esempio l'insulina) oppure che andrà a legarsi ad altre proteine anche qui già presenti nel nostro organismo, modificandone la funzione. Questo secondo caso è quello che interessa ai malati reumatici. Quando ci si vaccina contro l'influenza l'anticorpo (vaccino) si lega all'antigene (virus), bloccandolo, così il farmaco

biologico si lega ad una proteina che contribuisce a tenere attiva la malattia, bloccandone l'azione. Un esempio è rappresentato dal TNF-alfa, sostanza che sostiene l'infiammazione ed il danno articolare e contro il quale stati prodotti i primi farmaci biologici usati in reumatologia e denominati appunto anti TNF-alfa, Infliximab, Etanercept, Adalimumab (certamente più noti ai lettori come Remicade® Enbrel® e Humira®). Più recentemente, sempre per bloccare il TNF-alfa, si sono aggiunti il certolizumab pegol (Cimzia®) e il golimumab (Simponi®).

A mano a mano che sono stati individuati altri passaggi chiave nella catena di eventi che portano allo sviluppo e mantenimento dell'artrite sono stati prodotti altri farmaci biologici.

I biologici (parleremo di quelli che ci interessano da vicino) sono oramai entrati nell'uso comune e secondo il prof. Ferraccioli si prevede che in un prossimo futuro il 30-35% dei pazienti reumatici verrà trattato con questi farmaci.

Purtroppo i costi molto elevati fanno correre il rischio di non poter trattare tutti i pazienti che ne potrebbero beneficiare, soprattutto in anni di crisi economica come quelli che stiamo vivendo.

Quando un nuovo farmaco viene immesso in commercio è coperto da brevetto e nessun'altra azienda farmaceutica può copiarlo, fino alla sua scadenza. Quando questo succede, in genere dopo 20 anni, altre aziende possono produrre il farmaco che prenderà il nome di 'equivalente', anche se oramai è più comune il nome di 'generico', che userò per comodità dei lettori.

Tutti noi conosciamo il vantaggio nell'acquisto dei farmaci generici, che presentano un prezzo inferiore anche del 50% rispetto al prodotto originale. Un notevole risparmio per il Sistema Sanitario Nazionale, che potrebbe essere ben maggiore se i farmaci generici fossero più largamente usati, come in Germania ed Inghilterra, dove coprono il 70% del mercato.

La durata del brevetto dei farmaci biologici può essere però prolungata a discrezione di ciascun paese aderente alla comunità europea di altri 5 anni e mezzo, come è già avvenuto anche

negli USA dove il brevetto dell'Enbrel, che scadeva nel 2012 ed è stato prolungato fino al 2018.

La faccenda però non è così semplice come potrebbe a prima vista sembrare. Un conto è 'copiare' un farmaco comune come l'aspirina o il paracetamolo e un conto è 'copiare' un farmaco biologico, vale a dire una molecola almeno 800 volte più grande, così grande che anche una piccola modifica nella sua forma può comportare un'efficacia diversa, differenti effetti collaterali, diversa produzione di anticorpi che ne possono inattivare la funzione.

'Copiare' l'aspirina o il paracetamolo comporta una sintesi chimica relativamente semplice. Un farmaco biologico è invece prodotto da organismi viventi con una tecnica estremamente complessa e che necessita di un processo di purificazione altrettanto delicato che separi la proteina / farmaco da tutto ciò che non dovrà comparire nella confezione messa in commercio. Successivamente saranno necessari studi clinici sull'uomo per verificare che la sua efficacia sia né più né meno quella del biologico originale.

I farmaci generici o equivalenti sono molecole esattamente uguali in tutto e per tutto all'originale, cambia solo il nome commerciale. Per capirci meglio, il nome commerciale potrà essere A,B,C o D ma se nella compressa c'è acido acetilsalicilico saranno tutti identici all'aspirina.

Copiare un farmaco biologico che risulti identico all'originale è praticamente impossibile e quindi si parla di farmaci simili (biosimilari, appunto, oppure bioequivalenti) ma non identici. Dicendo così però si può generare confusione, come se si trattasse di prodotti di serie B rispetto al farmaco "di marca", denominato 'originatore'.

Se guardiamo bene nemmeno i farmaci 'originatori' vengono prodotti sempre identici a se stessi, la fiala di Infliximab che inietto oggi al mio paziente contiene un prodotto del tutto simile ma non esattamente identico a quello che avevo usato in precedenza, e lo stesso si può dire per l'etanercept e altri. Mentre l'aspirina che compero oggi in farmacia è identica a quella che Felix Hoffman sintetizzò nel 1887, nel caso dei biolo-

gici possono esistere piccole differenze nei vari lotti di preparazione, anche se l'efficacia e la sicurezza rimangono invariate.

Ecco perchè se nemmeno i biologici 'originatori' vengono prodotti sempre uguali a se stessi, nemmeno i biosimilari saranno mai identici all'originatore. Ma, e questo è quello che ci interessa, l'efficacia e la sicurezza non cambiano. Per questo l'agenzia europea del farmaco (EMA) definisce "biosimilare" una *versione copia di farmaci biologici già autorizzati con caratteristiche di similarità, efficacia e sicurezza, basati su studi comparativi*.

A questo punto ci viene da pensare se sia il caso di fidarsi di un prodotto simile ma non uguale.

Si può provare a rispondere così: per approvare un biosimilare occorre fare degli studi clinici di comparazione con il farmaco originale, che dimostrino come i pazienti ottengono gli stessi benefici a fronte di una sicurezza analoga. Questo complicato processo non avviene nazione per nazione ma è centralizzato per tutta la comunità europea. Alla fine il farmaco biosimilare autorizzato dovrà essere efficace sicuro e di qualità quanto l'originale.

Un'altra domanda che viene spontanea è perchè si 'copia' un farmaco biologico se è così complicato, lo si fa per lo stesso motivo per cui sono nati i farmaci generici, il risparmio di danaro e la possibilità di trattare, a parità di spesa, più pazienti.

Non è ancora chiaro quanto si potrà risparmiare con un farmaco biosimilare perchè i costi di produzione sono ben più alti che per un farmaco generico. Anche i tempi sono diversi, per un generico bastano in genere tre anni, per sviluppare un biosimilare è stimabile un tempo attorno a 6-9 anni, da sommare ad altri 2-3 anni per riprodurre gli studi clinici (sull'uomo) che garantiscano un prodotto del tutto simile all'originale. I costi possono così arrivare a 20-50 milioni di dollari, rispetto agli 0.5-3 milioni di dollari per i generici.

In ogni caso il ribasso sul prezzo di acquisto dovrebbe essere di circa il 20%, il che vorrebbe dire in dieci anni in Europa un risparmio superiore a 1,6 miliardi di euro.

A questo punto occorre assicurare il lettore, i farmaci biosimilari che si potranno usare in reumatologia non sono certo i primi che compaiono in commercio. Attualmente sono già disponibili oltre 250 farmaci biotecnologici, che comprendono vaccini (epatite, difterite, tetano etc), fattori della coagulazione, ormoni (insulina), oltre a farmaci usati in oncologia ed in altre specialità mediche. Questi prodotti attualmente disponibili in Italia rappresentano nell'insieme oltre il 10% del mercato dei farmaci biologici.

Chi potrà decidere se trattare un paziente con il farmaco originatore o con il suo biosimilare? Sarà una decisione clinica affidata al medico con il consenso informato del paziente.

Consenso *informato* è una parola grossa! Come e quanto il paziente è stato realmente informato?

Spero che queste poche righe possano dare un contributo aggiuntivo sull'argomento.

Intanto, nel settembre scorso, EMA ha approvato *Inflectra* il primo biosimilare anti TNF-alfa, che dopo uno studio di un anno si è rivelato efficace e sicuro quanto l'originatore *Remicade*.

Nei prossimi anni saranno in scadenza di brevetto, *Etanercept* (2015) e *Adalimumab* (2018) tutti biologici che interessano i malati reumatici.

Tutto facile? Nemmeno per sogno!

La questione spinosa e tutt'ora irrisolta che proverò a semplificare (anche se si tratta di un problema davvero complesso) è il percorso che si vuole imporre alle aziende che produrranno i bioequivalenti usati in reumatologia.

Mi spiego, se queste aziende dovranno ripetere da principio tutti gli studi clinici (sull'uomo) che sono stati fatti per arrivare alla registrazione e immissione in commercio dei farmaci originatori i costi saranno molto elevati. In questo modo il prezzo al commercio sarà solo di poco inferiore e la produzione di biosimilari poco appetibile come margine di guadagno.

Questo spiega il pessimismo di voci autorevoli come quella del prof. Garattini, direttore dell'Ist. M. Negri di Milano, secondo il quale l'industria farmaceutica rema contro, sostenendo che i farmaci biologici sono *inimitabili*.

(Silvio Garattini: *Bio sì, ma meno caro*. L'Espresso 11 luglio 2013).

A questo punto voglio illustrarvi anche il parere autorevole di *Medicines in Europe Forum* associazione di esperti nata nel 2002, che si pone a tutela del pubblico interesse nei confronti dell'industria farmaceutica. Secondo questa organizzazione le aziende che producono i biologici attualmente in commercio spingono perchè il brevetto venga prolungato più a lungo possibile, ritardando così la possibilità di avere questo tipo di cure più a buon mercato. A fine ottobre, assieme a ISDB (Associazione mondiale di riviste indipendenti di farmacologia) è stato redatto un documento che commenta la posizione ufficiale di EMA sui biosimilari: richiedere ai produttori di biosimilari di rifare tutto il lungo percorso per la registrazione dell'originatore vorrebbe dire imporre una complicazione ingiustificata, tale da non rendere appetibile commercialmente l'impresa.

È su questo contenzioso che si gioca la salute di molti pazienti reumatici.

Attualmente le 10 maggiori aziende farmaceutiche detengono il monopolio del 70% dei prodotti farmaceutici, il prezzo dei farmaci biologici è esorbitante e non più giustificato in quanto i costi di produzione sono stati ampiamente ripagati dal mercato negli anni di brevetto esclusivo.

I farmaci biosimilari dovrebbero poter vedere la luce con minori difficoltà tenendo conto che le differenze fra questi e gli originatori non sono maggiori che fra i diversi lotti di produzione di uno stesso originatore.

Vorrei concludere con le parole dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) " *i medicinali biosimilari rappresentano uno strumento irrinunciabile per lo sviluppo di un mercato dei biologici competitivo e concorrenziale, necessario alla sostenibilità del sistema sanitario e delle terapie innovative, mantenendo garanzie di sicurezza e qualità per i pazienti e garantendo loro un accesso omogeneo e tempestivo ai farmaci innovativi, pur in un contesto di razionalizzazione della spesa pubblica*".



Violenza di genere, violenza domestica, "femminicidio", sono fenomeni drammaticamente saliti alla ribalta della cronaca nel nostro Paese in questi ultimi anni. Parallelamente alla crescita esponenziale di episodi di violenza sulle donne, sulla spinta della sensibilizzazione e della denuncia da parte di molte organizzazioni femminili, è maturata nell'opinione pubblica la consapevolezza della gravità e della diffusione di questi reati e della conseguente necessità di denunciarli e di lottare affinché siano puniti e finalmente sottratti alla penombra in cui erano relegati – e ancora oggi spesso lo sono – dalle stesse vittime.

La violenza domestica rappresenta lo sfondo del vissuto di molte donne che sviluppano forme di dolore cronico: spesso, dal mare della loro sofferenza, affiora, come un iceberg, il drammatico racconto della violenza subita per anni fra le mura domestiche, fin dall'età infantile o nell'età adulta.

Una relazione tra violenza domestica e problemi di salute psico-fisica della donna (depressione, sindromi da stress post-traumatico, dolore cronico, alterazioni del sistema neuroendocrino, alterazioni della funzione immunitaria) è confermata del resto da diversi studi scientifici condotti in questi ultimi anni. Per questo abbiamo deciso di parlarne sulla nostra rivista e abbiamo chiesto la collaborazione della dott.ssa Alessia Silvi, Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica di Trento, che da anni si occupa di questi reati e che ringraziamo per il prezioso contributo, di cui pubblichiamo su questo numero la prima parte.

Sul prossimo numero pubblicheremo la seconda parte dedicata agli strumenti di tutela, offerti dalla legislazione.

Il fenomeno della violenza domestica: definizione, caratteri generali e forme di manifestazione (I Parte)

dott.ssa **Alessia Silvi**

Pubblico Ministero presso la Procura della Repubblica di Trento

Lavoro da nove anni come Sostituto Procuratore presso la Procura della Repubblica di Trento e mi sono sempre occupata di quei reati classificati, con una definizione che personalmente non ho mai condiviso ma che è diffusa in

tutti gli uffici giudiziari di Italia, come "reati a tutela delle fasce deboli". Tali reati comprendono sia quelli ai danni di minori che ai danni della donne.

Premesso che non ritengo né i minori né tanto meno le donne "soggetti deboli", ma semmai persone che per varie ragioni (culturali, sociali, fisiche e psicologiche) ontologicamente sono più facilmente predisposte a diventare vittime di violenza altrui, limiterò la



P. Picasso, *Donna che piange*, 1937

presente trattazione al fenomeno **della violenza sulle donne da parte degli uomini perpetrata tra le mura domestiche**, cercando di fornire un quadro il più sintetico e completo possibile delle caratteristiche e delle forme di manifestazione di tale fenomeno, della sua regolamentazione giuridica nonché infine degli strumenti di tutela a disposizione delle vittime di simili soprusi.

Definizione e caratteri generali della violenza domestica

È intuitivo – credo – il **significato del termine “violenza domestica”**: secondo l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) la violenza domestica è un fenomeno che riguarda ogni forma di abuso psicologico, fisico, sessuale nonché le varie forme di comportamenti coercitivi posti in essere per controllare emotivamente una persona appartenente al nucleo familiare: mogli, mariti, conviventi, figli, genitori. Il referente soggettivo di questo tipo di fenomeno è, dunque, la **famiglia intesa in senso lato** come nucleo di persone stabilmente conviventi legate da una relazione affettiva e parentale.

Si tratta di un **fenomeno particolarmente ampio**: risulta essere **diffuso**, sebbene con diversi dati di incidenza, in tutti i paesi d’Europa e in tutte le fasce sociali; gli aggressori e le vittime appartengono a tutte le classi e a tutti i ceti economici, senza distinzione di età, razza, etnia. È però opportuno sfatare subito un’affermazione spesso diffusa dai mass media, secondo cui gli stranieri, in particolare quelli di religione mussulmana, sarebbero più frequentemente degli italiani autori di tali forme di violenze. È un dato confermato dalle più recenti statistiche quello secondo cui, in molte zone del sud Italia ma anche del Trentino, soprattutto nelle valli, purtroppo gli autori di simili reati sono cittadini italiani.

Altro dato statistico rilevante è quello che conferma come, per una donna, il rischio di subire violenza da parte di un altro membro della propria famiglia, di regola il marito/convivente, sia mediamente assai più elevato rispetto a quello di essere aggredita per strada

da sconosciuti e che episodi di violenza fisica di una certa serietà si verificano, almeno una volta, nel 30% di tutti i nuclei familiari.

Nel 2009 ci fu un bell’articolo su un quotidiano locale che si intitolava **“la famiglia uccide più che la mafia in Italia”**: credo che questa affermazione sia significativa della gravità e della diffusione del problema sul quale stiamo riflettendo.

Certo risulta estremamente difficile arrivare a **quantificare con precisione quanto diffuso** sia il fenomeno della violenza domestica perché ogni calcolo statistico (che pure dal 2006 con la creazione dell’osservatorio nazionale della violenza domestica a Verona si è tentato di fare) ed ogni tentativo di indagine cosiddetta a tappeto, basata sui casi denunciati dalle vittime, **sconta la cosiddetta cifra oscura**, ossia tutti quei casi di violenza che non vengono alla luce perché non denunciati, anzi tenuti nascosti. **“Quello che le donne non dicono”**, oltre ad essere il titolo di una bellissima canzone di Fiorella Mannoia, purtroppo è una frase che rispecchia una tragica realtà: **spesso le vittime di violenza domestica si nascondono per vergogna o per paura** (paura di reazioni peggiori da parte del proprio carnefice, paura di rimanere sole, di essere giudicate dal “paese” come spione, traditrici, cattive mogli), impedendo alle loro grida e alle loro lacrime di varcare l’uscio di casa. Ci sono donne che non vanno al Pronto Soccorso per farsi curare ematomi e ferite, che non si rivolgono ai servizi sociali per tutelare sé e i propri figli, che si isolano attraverso le bugie raccontate ad amici e parenti i quali dunque riescono solo ad intuire sui loro volti una muta richiesta di aiuto. Si tratta spesso di donne educate col principio che bisogna solo obbedire e subire in casa, che chi porta lo stipendio a casa ha diritto di comandare, che uno schiaffo o un pugno da parte del marito possono avere una valida giustificazione, che forse anche una vittima ha le sue colpe. **La cosiddetta cifra oscura, purtroppo, è un orrendo dato di fatto di cui prendere atto, per cercare di fare il possibile per ridurla**, ciascuno con i propri mezzi, creando una **rete di personE** con competenze diverse (ser-

vizi sociali, medici, polizia giudiziaria magistratura) e non sovrapponibili che possano responsabilmente aiutare materialmente e psicologicamente le vittime di simili soprusi.

Oltre ad essere molto diffuso, il fenomeno della violenza domestica è anche particolarmente **odioso** perché:

- 1) colpisce spesso proprio le persone che hanno maggiore difficoltà a difendersi (donne, bambini) ed avviene per mano di uomini che hanno o hanno avuto con le vittime un rapporto di fiducia e di intimità: mariti, fidanzati, padri, suoceri, patrigni, fratelli, zii, figli, o altri parenti. Essa rappresenta in buona sostanza il tradimento più grave di quella promessa di amore e di rispetto che dovrebbe essere alla base di qualunque nucleo familiare ed in cui ciascun essere umano ha bisogno di credere.
- 2) le vittime vengono colpite nel luogo in cui dovrebbero sentirsi più al sicuro, la propria casa, il proprio nido.

La violenza contro le donne è un fenomeno spesso **ciclico**, nel senso che varie donne, nel corso della loro vita, subiscono per mano di figure maschili diverse (padre, fidanzato, marito/compagno) differenti forme di violenza. Persino prima di nascere, in alcuni Paesi in cui prevale una cultura patologicamente maschilista, una bambina può essere oggetto di un cosiddetto “aborto selettivo del sesso del nascituro”, o infanticidio femminile. Nel corso dell’infanzia, le forme di violenza contro le bambine possono comprendere la malnutrizione forzata, la mancanza di accesso all’assistenza sanitaria e all’istruzione, l’incesto, la mutilazione genitale femminile, il matrimonio precoce e la costrizione alla prostituzione o al lavoro coatto. Alcune bambine proseguono poi, nella vita adulta, lungo un percorso di sofferenze, percosse, maltrattamenti, stupri che in alcuni casi ha tragici epiloghi. Si tratta di manifestazioni di violenza domestica cruenta, fortunatamente poco ricorrenti in Trentino (almeno in queste forme più disumane) ma non del tutto assenti sul territorio italiano.

Tipologie di violenza

Quando si parla di violenza domestica si parla di varie forme di violenza:

- violenza fisica, (botte, ferite, omicidio)
- violenza psicologica e verbale (minacce, ricatti, denigrazioni, svalutazioni)
- violenza sessuale (stupro, tentato stupro, molestie)
- violenza economica (privazione di fondi e risorse)

In dettaglio, per **violenza fisica** si intende qualsiasi atto di aggressione fisica dalle percosse, per esempio lo schiaffo, che non va mai sottovalutato, alle lesioni (ferite, lividi, ematomi). Ogni persona ha un proprio confine fisico, rappresentato dalla propria pelle. Confine molto importante anche dal punto di vista emotivo. Ogni sconfinamento che non avvenga con il nostro consenso, ancora più se attuato con la forza, è una grave offesa. Alcuni esempi pratici possono aiutare ad avere un quadro più chiaro di ciò di cui ci stiamo occupando:

È violenza fisica:

spingere, schiaffeggiare,

strattonare, prendere per il collo

mordere, tirare calci, pugni, strappare i capelli

impedire di muovere trattenendolo con forza, di mangiare, di dormire

causare bruciature di sigarette

rompere o danneggiare oggetti nella vicinanza o contro la vittima

Per **violenza psicologica** si intende un insieme di comportamenti che hanno come obiettivo quello di ledere la dignità della propria vittima e d'indebolirla facendola sentire sola e priva di difese, in balia del suo carnefice e delle sue paure.

È violenza psicologica:

spaventare con gesti, sguardi e parole

minacciare di violenza fisica o di morte il partner o suoi familiari

ricattare, minacciare il suicidio o di farsi male, insultare, ridicolizzare e svalutare, essere sarcastici, deridere, disprezzare, mortificare, squalificare una persona

compiere atti d'infedeltà e vantarsene, costringere a sopportare la presenza dell'amante nel domicilio coniugale

denigrare ed umiliare, colpevolizzare in pubblico e in privato, chiudersi alla comunicazione e rifiutare d'ascoltare

danneggiare gli oggetti personali di valore affettivo per la donna

isolare la propria vittima impedendole di uscire, tagliandole i vestiti, chiudendola in una stanza, togliendole il telefono in casa, i mezzi per spostarsi

Per "**violenza sessuale**" si intende qualsiasi forma di costrizione fisica o psicologica finalizzata a costringere taluno a subire un atto di natura sessuale (baci, toccamenti, rapporto sessuale) contro la propria volontà.

È violenza sessuale:

costringere al rapporto sessuale dopo aver picchiato e/o umiliato la donna

costringere al rapporto sessuale con la forza o con i ricatti

imporre con la forza pratiche indesiderate

costringere con la forza o con le minacce qualcuno ad utilizzare materiale pornografico o ad avere rapporti sessuali in presenza di o con altre persone

Per **violenza economica** si intende qualsiasi azione che crei un comportamento di dipendenza economica della donna nei confronti dell'uomo.

È violenza economica:

vietare, ostacolare o boicottare l'accesso ad un lavoro fuori casa

privare dello stipendio o controllarlo, appropriarsi dei proventi del lavoro della donna ed usarli ad esclusivo proprio vantaggio

controllare o limitare l'accesso alle finanze familiari (conti in banca o altre finanze)

non adempiere ai doveri di mantenimento stabiliti da leggi e sentenze

sfruttare la donna come forza lavoro nell'azienda familiare (contadina, turistica, artigiana, ecc.) senza alcuna retribuzione né potere decisionale o accesso ai mezzi finanziari

indebitare la donna per far fronte alle proprie inadempienze

attuare ogni forma di tutela giuridica, anche preventiva, a esclusivo proprio vantaggio e a danno della donna (intestazione d'immobili o d'attività produttive)

essere patologicamente avari (attenzione però: non tutti i mariti tirchi sono delinquenti)

Nuovo punto d'Ascolto ATMAR a Rovereto

Daria Caldini

Responsabile punto d'Ascolto

A partire dal 9 ottobre 2013, dalle ore 9 alle ore 12, il secondo mercoledì di ogni mese, presso l'Ambulatorio Reumatologico attivato nell'ambito dell'U.O. di Medicina Generale dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto, Corso Verona 4, è aperto un nuovo punto d'ascolto dell'Associazione Trentina Malati Reumatici ATMAR, che fornisce gratuitamente informazioni e materiali sulle malattie reumatiche e sull'attività di ATMAR a tutti i pazienti interessati.

L'iniziativa, incoraggiata e sostenuta dal dott. Mauro Mattarei, Direttore del Dipartimento Medico dell'APSS e dell'U.O. di Medicina Interna dell'Ospedale di Rovereto, è finalizzata ad offrire anche ai pazienti della

Vallagarina la possibilità di conoscere l'offerta assistenziale, le diverse attività informative, di consulenza, assistenza e di sostegno promosse da ATMAR e la legislazione sociale a favore delle persone disabili.

Il nuovo punto d'ascolto si propone inoltre di intercettare i bisogni e le problematiche di vario ordine che il malato reumatico affronta nel suo percorso di malattia e di rappresentare un punto di riferimento in cui la persona possa trovare accoglienza e solidarietà e sentirsi meno sola nelle tappe, spesso difficili, della cura e della vita quotidiana.

Il punto d'ascolto è gestito dalla sottoscritta, responsabile dello Sportello ATMAR, che, nel giro di pochi giorni dalla attivazione del nuovo servizio, ha visto l'adesione di ben 12 nuove volontarie che saranno gradualmente avviate all'attività di consulenza e ascolto.

Chi fosse interessato ad offrirsi come volontario/a per il punto d'ascolto di Rovereto o desiderasse mettersi in contatto per ricevere informazioni può rivolgersi direttamente alla sottoscritta (Daria Caldini 348 3268464), che metterà a disposizione tutti i materiali informativi di ATMAR dedicati alle malattie reumatiche.

Sì, ballare...

dott.ssa Maria Elisabetta Montagni

*Si ballare, dolcemente ballare
evitando le buche più dure
rallentare per poi accelerare
con un ritmo fluente di vita nel cuore
gentilmente senza strappi al motore
con coraggio, gentilmente ballare...*

(parafrasando Lucio Battisti)

Si ballare, perché ballare fa bene. Fa bene al corpo, alla mente, al cuore. Il ballo mantiene attivo e pronto il cervello, ci inonda di endorfine (le molecole della gioia), protegge cuore e arterie, migliora il tono muscolare, conferisce eleganza e agilità ai movimenti; è un'autentica terapia per il buon umore perché si avvale dell'azione emozionante e distensiva della musica; è anche un modo per comunicare, per esprimere emozioni e sentimenti. È un modo per ascoltarsi e scoprire le possibilità del proprio corpo, la sua capacità di mantenersi funzionante e sano e di contrastare il decadimento legato al passare del tempo e perfino la malattia.

Ballare è una disposizione del corpo, della mente e dell'anima. È un modo di stare dentro lo spazio e di percepire, assecondare, presentire il battere del tempo. Ballare è naturale, basta guardare come i bambini spontaneamente assecondano con movimenti del corpo un ritmo, una musica o quanto sia istintivo battere il tempo o muovere qualche parte del corpo quando una musica "ci prende", assecondando una spinta ritmica che è prima di tutto dentro di noi. Il nostro respiro ha un ritmo, la pulsazione del nostro cuore ha un ritmo, la colonna vertebrale è percorsa da un ritmo. Una sequenza sonora, una musica risuonano con i nostri ritmi e il corpo è invitato a muoversi, è spinto istintivamente, spontaneamente ad assecondare, a seguire, ad interpretare



Alcune volontarie del nuovo punto d'Ascolto



Pierre-Auguste Renoir, *Ballo a Bougival*, Parigi, Musée d'Orsay

a usare il suo linguaggio. È un linguaggio un po' sacrificato nella nostra società, non così spontaneo e diffuso come in altri luoghi. La gente di Johannesburg ha salutato Mandela ballando, cantando e ballando gli ha testimoniato l'affetto, la riconoscenza, il dolore. Noi siamo più fermi e al ballo riserviamo spazi dedicati, limitati.

Eppure ballare è per tutti, non è difficile.

Ballare è muovere un passo dopo l'altro secondo un ritmo, muovere il corpo lasciandosi portare dal suono, dalla musica. Capita di sentirsi trascinati da una musica coinvolgente o di avere voglia di muoversi sull'onda di una emozione suscitata da un brano musicale o di un ricordo evocato da una

canzone. Quello è l'istinto a ballare, è il movimento che verrebbe spontaneo fare, è il desiderio del corpo di manifestarsi attraverso un linguaggio gioioso che lo coinvolge interamente.

Seguire quell'istinto e impraticarsi in quel gioioso linguaggio che è il ballo potrebbe rivelarsi non così difficile e complicato ed essere una scelta vantaggiosa per il benessere e la salute.

Il ballo provoca un dispendio energetico, risveglia il metabolismo; allena con dolcezza il cuore e il sistema cardiovascolare, riduce lo stress e quindi i sintomi ad esso collegati (pressione arteriosa elevata, nervosismo, affaticamento, malinconia...); sollecita il cervello attivando i centri della coordinazione motoria e della memoria, tutte le aree sensoriali e quelle che presiedono alla ricezione degli stimoli musicali e delle emozioni.

Il ballo mette in movimento tutto il corpo: i muscoli lavorano in modo sottile ma intenso diventando più resistenti ed elastici, le ossa si rafforzano, tutte le articolazioni sono coinvolte e diventano più mobili e flessibili; gambe e piedi acquistano tono e agilità, la postura di spalle, schiena e addome diventa più corretta e controllata, i movimenti si fanno più armonici ed aggraziati. Accade che problemi alle ossa e alle articolazioni rendano diffidenti all'attività fisica per timore di aggravare il problema o aumentare il dolore. Esperti e riabilitatori invece concordano nel riconoscere la capacità che il ballo ha di migliorare e rafforzare la capacità di movimento al punto da essere utilizzato come supporto per rallentare patologie invalidanti. Ad esempio per ridurre la progressione dell'osteoporosi o aiutare, adottando specifici accorgimenti pensati per questo tipo di persone, la riabilitazione in patologie severe come il morbo di Parkinson.

Non è solo il movimento a fare del ballo un'attività "terapeutica".

Ballare infatti non è solo una successione di movimenti: è muoversi a ritmo di musica, e la spinta a muoversi viene da dentro, dall'emozione che la musica suscita, così che il ballo è espressione di emozioni e sentimenti, cosa che in genere produce un senso di star bene con se stessi, di distensione, di buonumore. La danza è fatta certamente di passi, sequenze di passi, coreografie, spostamenti organizzati, regole ma è un'azione che si fa insieme ad altri: che sia ballo di coppia, di gruppo, in corsi organizzati o fra amici è fare insieme, è una possibilità di comunicare e socializzare, di esercitarsi e divertirsi con altri, cosa che in genere produce una visione più ottimistica della realtà.

Ballare è dunque un vero toccasana, per tutti, a qualunque età.

Richiede un po' di iniziativa: trovare le occasioni e i luoghi, magari regalarsi un corso, seguendo le proprie inclinazioni e rispettando le proprie possibilità, conoscere altre persone con lo stesso desiderio o riscoprire quel desiderio con la nostra compagna o il nostro compagno o con gli amici o diventare promotori, creatori di situazioni in cui si balla. Richiede un po' di coraggio per ascoltare il desiderio di danza e realizzarlo, per superare il pregiudizio di non esservi portati o avere superato l'età o non essere abbastanza agili o musicali. Per vincere la timidezza e conquistarsi quella disinvoltura che appaga. Richiede un po' di impegno per apprendere passi, coreografie e portamento e accordarsi con l'altro, l'altra, gli altri con cui si balla. Ma vale la pena darsi l'opportunità di fare qualche pezzo di vita a passo di danza!

Sì, ballare con coraggio, gentilmente ballare con un ritmo fluente di vita nel cuore...

Ballare è anche una metafora: rappresenta la capacità di utilizzare il supporto della terra per acquistare leggerezza e capacità di elevazione, di esercitarsi con gli altri, nel gruppo, nella dimensione dello scambio, della reciprocità, della complementarietà.

ATMAR cambia sede

(dal 14 gennaio 2014)

38122 TRENTO - Via al Torrione, 6

Rimangono invariati i numeri di telefono:

0461 260310 - cell. 348 3268464

ed i giorni di apertura:

martedì dalle 10 alle 12 e giovedì dalle 17 alle 19



EVENTI 2014

TRENTO
sabato 17 maggio 2014

Prima edizione marcia non competitiva

UNA MANO ALLA SPERANZA PER LE MALATTIE REUMATICHE

Partenza e arrivo da piazza Duomo di Trento

Organizzatori:

ATMAR

U.O.C. REUMATOLOGIA
OSPEDALE S. CHIARA, TRENTO

CASSA RURALE TRENTO
MARATHON CLUB TRENTO

5 per mille

SOSTIENI ANCHE TU I PROGETTI E L'ATTIVITÀ DELL'ATMAR PER I MALATI REUMATICI

Il tuo **5 per mille** all'Associazione Trentina Malati Reumatici – ATMAR significa consentirci di migliorare e ampliare le iniziative promosse sul piano informativo, assistenziale e di tutela dei diritti dei malati reumatici. **Ricorda che destinare il 5 per mille a un'Associazione come ATMAR** è una scelta soggettiva, che non incide sul tuo reddito, in quanto quota delle imposte comunque dovute e non è alternativa all'8 per mille. Puoi decidere di destinare il 5 per mille utilizzando i seguenti modelli di dichiarazione: modello CUD, 730 e UNICO. **Per destinare il 5 per mille all'ATMAR, firma nella casella "ONLUS" e scrivi il nostro codice fiscale: 96043200227**

Grazie del Tuo sostegno!

Gennaio – Dicembre 2013

24 gennaio 2013, Taio: Casa Soggiorno Anaunia, ore 20.30: conferenza del dott. Paolazzi sul tema dell'Osteoporosi organizzata dalla Cassa Rurale d'Anaunia.

31 gennaio 2013, Trento, Sede ATMAR, ore 17: conferenza dell'esperta fiscale Laura Bonfanti sulle novità fiscali.

7 febbraio 2013, Trento, Ospedale S. Chiara, 9-14: Sportello Volontariato.

21 febbraio 2013, Trento, Sede ATMAR, ore 17.30: Incontro con dott. Paolazzi, dott. Gradassi, dott.ssa Mattarei sul Percorso diagnostico terapeutico per la Fibromialgia e il Progetto Zefiro.

26 febbraio 2013, Roverè della Luna, Circolo Anziani, ore 20.30: conferenza del dott. Paolazzi sulle malattie reumatiche e incontro con l'Assessore alla Salute Ugo Rossi sul tema dell'Assegno di cura.

7 marzo 2013, Trento, Ospedale S. Chiara, 9-14: Sportello Volontariato.

12 marzo 2013, Trento, Circolo S. Giuseppe, ore 15: conferenza del dott. Leveghi sulle malattie reumatiche.

14 marzo 2013, Flavon, Sala del Municipio, ore 20.30: conferenza del dott. Paolazzi sull'Osteoporosi.

21 marzo 2013, Trento, Sede ATMAR, ore 17: conferenza del dott. Leveghi e della dott.ssa Ilenia Floretta sulle malattie reumatiche infantili.

27 marzo 2013, Tezze di Grigno, Teatro, ore 20.30: conferenza del dott. Paolazzi sulle malattie reumatiche.

13 aprile 2013, Trento, Fondazione Bruno Kessler, ore 9.00: assemblea ordinaria ATMAR, relatrici: Annamaria Marchionne, Presidente ATMAR, Fabiana Chisté, Tesoriere ATMAR, Laura Bonfanti, consigliere ATMAR, funzionario Agenzia delle Entrate, dott. Paolo Comper, reumatologo Casa di Cura Solatrix sul tema: Riabilitazione in reumatologia.

15 aprile 2013, Trento, Circolo ACLI Cristo Re, presso Il Circolo "La Ginestra" in Via Abondi 9 (angolo Via Maccani), a Trento ore 20.30: conferenza del dott. Paolazzi sulle malattie reumatiche.

18 aprile 2013, Trento, Sede ATMAR: ore 17: incontro con la fisioterapista dott.ssa Paola Martinelli, il responsabile Attività Motoria UTEDT, dott. Guido Degasperi e l'insegnante di Tai Chi Paola Mongera, sul tema: *Ruolo della fisioterapia e dell'attività fisica per i malati reumatici.*

2 maggio 2013, Trento, Ospedale S. Chiara, 9-14: Sportello Volontariato.

15 maggio 2013, Trento, Sala polifunzionale di Cognola, ore 15: conferenza sulle malattie reumatiche del dott. Paolazzi organizzata in collaborazione con la Cassa Rurale di Trento.

23 maggio 2013, Faver, sede Municipio, ore 20.30: conferenza del dott. Paolazzi sulle malattie reumatiche in collaborazione con la Comunità della Valle di Cembra.

28 maggio 2013, ore 15: Trento, sede ADA (Associazione Diritti Anziani), via S. Pio X 85, conferenza del dott. Paolazzi: *I reumatismi, malattie del silenzio: cosa sono, come si curano.*

26 settembre 2013, ore 15: sede Associazione ADA (Associazione Diritti Anziani), via S. Pio X 85, conferenza del dott. Paolazzi: *L'osteoporosi: domande e risposte.*

4 ottobre 2013, ore 17, Trento, Palazzo Geremia, premiazione concorso Associazione del cuore 2013 promosso dal quotidiano Il Trentino.

9 ottobre 2013, ore 9, Rovereto, Ospedale S. Maria del Carmine, apertura nuovo Punto d'Ascolto ATMAR.

12 ottobre 2013, ore 14, Bolzano, Clinica Bonvicini, partecipazione alla giornata del Malato reumatico organizzata da Rheuma Liga Alto Adige.

13 novembre 2013, ore 21, partecipazione alla trasmissione televisiva Meeting di TrentinoTv dedicata alle malattie reumatiche: dott.ssa Vittoria Agostini, dott. Giuseppe Paolazzi, dott.ssa Annamaria Marchionne.

16 novembre 2013, dalle 9 alle 16, Trento, Grand Hotel Trento: Convegno: *Le forme del dolore, dolore cronico benigno fra medicina e vissuto del paziente*, in collaborazione con APSS.

7 dicembre 2013: Grand Hotel Trento, ore 9, *Treat to target in High Definition*, iniziativa di aggiornamento per il personale sanitario, partecipazione di ATMAR con la relazione *Il punto di vista del paziente*, dott.ssa A. Marchionne.

10 dicembre 2013, ore 15: sede Associazione ADA (Associazione Diritti Anziani), via S. Pio X 85, conferenza del dott. Paolazzi: *L'artrosi: domande e risposte.*

19 dicembre 2013: ore 17 sede ATMAR, festa di Natale ATMAR.

21 dicembre 2013: ore 21, Sardegna (TN), serata di beneficenza organizzata dall'Associazione Sardegna Project e Corpo dei Vigili del Fuoco a sostegno di ATMAR.

SPORTELLO D'ASCOLTO:

**Trento, via al Torrione 6
martedì 10-12; giovedì 17-19**
per informazioni sulle malattie reumatiche, esenzioni invalidità civile, aspetti sociali e attività ATMAR

SPORTELLO D'ASCOLTO:

Rovereto, Ospedale S. Maria del Carmine - presso l'Ambulatorio Reumatologico
secondo mercoledì del mese 9-12

GRUPPO DI AUTO MUTUO AIUTO:

il primo lunedì del mese dalle 15 alle 17 in sede ATMAR

CORSI DI ATTIVITÀ FISICA ADATTATA PER I MALATI REUMATICI:

con la fisioterapista

CORSI DI ATTIVITÀ MOTORIA ORGANIZZATI DALL'UNIVERSITÀ DELLA TERZA ETÀ E DEL TEMPO DISPONIBILE:

per informazioni rivolgersi a:
0461 273680,

Università della Terza Età,
piazza S. Maria Maggiore 7, Trento

PER INFORMAZIONI:

ATMAR:

38122 TRENTO, Via al Torrione, 6
tel e fax 0461 260310
cell. 348 3268464

Tutti i martedì dalle 10 alle 12 e
giovedì 17 alle 19.

Come iscriversi:

È possibile iscriversi all'ATMAR (Codice fiscale ATMAR 96043200227) **versando la quota** associativa annuale di 16,00 euro **direttamente** presso la sede **ATMAR** di Trento, **oppure sul conto corrente** presso: Cassa Rurale di Trento, via Belenzani 4 (Codice IBAN: IT76 N083 0401 8070 0000 7322 665) o attraverso il **Conto Corrente Postale n. 1913479 intestato a ATMAR**

