

INDICE

<i>Per il lettore</i>	Pag.	13
<i>Gli autori</i>	»	II
<i>FisioScience</i>	»	12
<i>Prefazione</i>	»	15
1. Introduzione: definizioni ed epidemiologia	»	17
1.1. Il dolore secondo la IASP. Conosciamo le definizioni	»	17
1.2. Il dolore muscoloscheletrico secondo la IASP	»	24
1.3. Dolore cronico, dolore persistente. Una questione di terminologia	»	32
1.4. Epidemiologia e costi. Il problema sociale del dolore	»	37
2. Classificazione secondo un criterio temporale	»	52
2.1. Il dolore acuto	»	52
2.2. Il dolore subacuto	»	70
2.3. Il dolore cronico	»	74
2.4. Il dolore ricorrente	»	81
2.5. I limiti del criterio temporale	»	84
3. Sconfitta dell'esclusività del modello biomedico	»	92
Una doverosa introduzione	»	92
3.1. Il dualismo corpo-anima: l'origine del modello biomedico . . .	»	94
3.1.1. Dal mondo classico alla tradizione giudaico-cristiana . . .	»	94
3.1.2. Renè Descartes e la nascita del dualismo cartesiano	»	98
3.1.3. La razionalità e la classificazione come elementi dominanti del pensiero occidentale	»	101
3.1.4. Il modello biomedico	»	102
3.2. Il modello biopsicosociale: tra origini e nuove prospettive . . .	»	105
3.2.1. Le origini di un nuovo modo di pensare	»	105
3.2.2. Esempi di correlazione tra le componenti bio, psico e sociale	»	107
3.2.3. Nuove visioni e integrazioni	»	III

3.3. Casi clinici ed esempi	Pag.	113
3.3.1. Caso clinico 1	»	113
3.3.2. Caso clinico 2	»	115
3.4. Stato dell'arte: a che punto siamo?	»	117
3.5. Quale futuro?	»	119
3.6. Considerazioni finali	»	120
4. Classificazione secondo il meccanismo di elaborazione:		
uno sguardo clinico	»	124
4.1. Introduzione	»	124
4.2. Il dolore nocicettivo	»	127
4.3. Il dolore neuropatico	»	129
4.4. Il dolore nociplastico	»	131
4.5. <i>Mixed pain</i>	»	134
4.6. Una proposta per l'inquadramento del paziente:		
il radar del dolore	»	138
5. Medicina del dolore: la parola all'algologo	»	149
5.1. Una definizione di Medicina del Dolore	»	149
5.2. La diagnosi patogenetica	»	153
5.2.1. Dolore fisiologico e patologico	»	154
5.2.2. Dolore acuto, persistente, cronico e nuova classificazione IASP	»	155
5.2.3. Tipi patogenetici di dolore	»	157
5.2.3.1. Dolore nocicettivo e infiammatorio	»	158
5.2.3.2. Dolore neuropatico	»	163
5.2.3.3. Dolore nociplastico o cronico primario	»	166
5.2.3.4. Dolore di origine psicologica (o psicogeno)	»	168
5.2.4. Ricerca della lesione algogena	»	169
5.2.4.1. Anamnesi	»	169
5.2.4.2. Esame obiettivo	»	172
5.2.4.3. Diagnostica strumentale	»	173
5.2.4.4. Diagnostica invasiva	»	174
5.3. Programma terapeutico in medicina del dolore	»	174
5.4. Trattamento in medicina del dolore	»	177
5.4.1. Dolore acuto	»	178
5.4.1.1. Terapia farmacologica	»	178
5.4.2. Dolore cronico	»	179
5.4.2.1. Terapia farmacologica	»	179

5.4.2.2. Terapia riabilitativa e psicologica	Pag.	180
5.4.3. Dolore subacuto	»	181
5.4.3.1. Terapia infiltrativa ecoguidata	»	181
5.4.3.2. Terapia interventistiche radiologiche	»	182
6. Il dolore che deve insospettirci	»	187
6.1. “Primum non nocere”	»	187
6.2. Modello biopsicosociale: non dimentichiamo quando l’aspetto “bio” è una priorità	»	188
6.3. <i>Red flags</i> : il sistema delle bandiere non è una semplice questione di colori	»	195
6.4. Il pattern di dolore che deve insospettirci	»	203
6.4.1. Sintomi costituzionali	»	203
6.4.2. Dolore riferito	»	205
6.4.3. Dolore di causa sconosciuta e insorgenza insidiosa	»	208
6.4.4. Il dolore e il ROM completo e non doloroso	»	211
6.4.5. Dolore notturno	»	216
6.4.6. Dolore costante	»	219
6.4.7. Dolore che peggiora con l’attività e migliora con il riposo	»	211
6.4.8. Il dolore che non si modifica con il nostro trattamento è una <i>red flag</i>	»	224
6.4.9. “Tirare le somme”	»	226
6.5. Il caso di Lucia con un dolore lombare meccanico “tipico”	»	226
6.6. Sono di parte: spezziamo una lancia in favore del fisioterapista!	»	230
6.6.1. La buona notizia: lo studio e l’aggiornamento aiutano il fisioterapista nello <i>screening</i>	»	230
6.7. Conclusioni	»	237
7. I miti sul dolore	»	247
7.1. Dolore è uguale a danno?	»	247
7.2. Piegarsi o non piegarsi?	»	253
7.3. Postura e dolore	»	261
7.4. L’esercizio con dolore	»	270
8. Quanto ci dicono le indagini strumentali sul dolore?	»	287
8.1. Introduzione	»	287
8.2. Quanto ci aiutano le indagini strumentali?	»	288

9. Come gestire il dolore muscoloscheletrico?	Pag.	301
9.1. Gestione del dolore muscoloscheletrico: dalla <i>graded exposure</i> e dalla <i>graded activity</i> al ruolo del <i>pacing</i>	»	301
9.2. Una chiamata all'azione: la collaborazione efficace fisioterapia-algologia	»	327
 10. Spiegare il dolore al paziente: cos'è la <i>Pain Education</i> e il ruolo delle metafore	 »	 335
10.1. Perché la <i>Pain Education</i> ?	»	335
10.2. Chi educare?	»	338
10.3. Come educare?	»	340
10.4. Quando educare?	»	345
10.5. Comunicare con il paziente con dolore	»	347
10.6. Le metafore come strumento comunicativo	»	348
10.6.1. Le metafore utilizzate dai clinici	»	348
10.6.2. Le metafore nella sensibilizzazione centrale	»	352
10.6.3. Le metafore utilizzate dai pazienti	»	356
10.7. Il contesto sociale e culturale	»	357
10.8. Placebo, effetti placebo e contesto	»	361
10.8.1. Meccanismi neurofisiologici alla base degli effetti placebo	»	363
10.9. Il ruolo delle parole	»	366
10.9.1. Effetti placebo e nocebo delle parole	»	367
10.10. Una doverosa riflessione	»	370
10.11. Caso clinico: far uscire l'ingegnere dagli schemi	»	371
10.11.1. Anamnesi	»	371
10.11.2. Valutazione funzionale	»	371
10.11.3. Trattamento	»	373
10.12. Caso clinico: uno strano caso di dolore "meccanico"	»	377
10.12.1. Anamnesi	»	377
10.12.2. Valutazione funzionale	»	379
10.12.3. Trattamento	»	380
10.13. Conclusioni	»	382
 11. L'influenza delle variabili psicosociali nel dolore cronico: la parola alla psicologa	 »	 391
11.1. Introduzione	»	391
11.2. Variabili socio-culturali	»	392
11.3. Variabili psicologiche	»	394
11.3.1. Attenzione	»	396
11.3.2. Pensiero	»	396
11.3.3. Emozioni	»	398

II.3.4. Rabbia	Pag.	399
II.3.5. Paura	»	399
II.3.6. Ansia	»	400
II.3.7. Depressione	»	401
II.4. Quali conseguenze provoca il dolore nella vita di una persona?	»	402
II.4.1. Modifica della personalità	»	402
II.4.2. Modifica degli interessi	»	402
II.4.3. Modifica delle relazioni	»	403
II.4.4. Modifica del lavoro	»	
II.5. Dall' <i>assessment</i> alla terapia psicologica: uno sguardo cognitivo-comportamentale	»	405
II.5.1. Fase di <i>assessment</i>	»	405
II.5.2. Il trattamento	»	407
II.5.2.1. Obiettivi	»	408
II.5.2.2. Alcuni strumenti terapeutici	»	409
La psicoeducazione	»	409
La ristrutturazione cognitiva	»	409
L'esposizione graduale	»	409
Tecniche di rilassamento e controllo dello stress	»	409
II.6. Il caso di Sara	»	411
II.7. La relazione con il paziente: consigli pratici per una comunicazione efficace	»	413
II.7.1. Il dolore: riconoscerlo e accoglierlo	»	414
II.7.2. Utilizzo di una buona comunicazione	»	415
II.7.3. Il caso di Giulia	»	418
II.8. Francesca: un caso di cefalea tensiva e DAG	»	419
II.8.1. Fase di <i>assessment</i>	»	420
II.8.1.1. La storia di Francesca	»	420
II.8.1.2. Storia dei disturbi	»	421
II.8.1.3. Test	»	422
II.8.2. Ipotesi diagnostica e concettualizzazione	»	426
II.8.3. Trattamento	»	425
II.8.4. Risultati e <i>follow-up</i>	»	427
II.9. Conclusione: una chiamata all'azione	»	427
12. Dolore persistente: l'approccio dell'Acceptance and Commitment Therapy		
12.1. Introduzione al capitolo	»	431
12.2. <i>Acceptance and Commitment Therapy</i>	»	431
12.3. Il modello terapeutico	»	432
12.4. Dolore vs sofferenza: il concetto di rigidità psicologica	»	433

12.4.1. La fusione cognitiva	Pag.	437
12.4.2. Io sono un malato cronico	»	438
12.4.3. Il concetto di flessibilità psicologica	»	439
12.5. La prima seduta: la “disperazione creativa”	»	440
12.5.1. Aprirsi al dolore	»	442
12.5.2. Valori	»	445
12.5.3. Azioni impegnate	»	449
12.5.4. Defusione cognitiva	»	449
12.5.5. <i>Hic et nunc</i> : essere nel qui e ora	»	451
12.5.6. Io non sono il mio dolore	»	452
12.6. Conclusioni	»	454
13. Il dolore post-chirurgico	»	461
13.1. Dolore post-chirurgico: entità clinica a sé stante?	»	461
13.2. Il dolore post-chirurgico acuto	»	470
13.3. Dolore post-chirurgico cronico	»	483
13.4. <i>Call to Action</i>	»	493
14. Le scale di valutazione del dolore	»	499
14.1. Misurare il non misurabile	»	499
14.2. Le scale di valutazione dell'intensità di dolore	»	500
14.2.1. La visualizzazione su scala analogica (<i>Visual analogue scale</i> , VAS) e numerica (<i>Numeric Rating Scale</i> , NRS)	»	500
14.2.2. <i>Brief Pain Inventory</i> (ISBPI)	»	503
14.3. La valutazione del dolore neuropatico	»	506
14.3.1. LANSS	»	506
14.3.2. PainDETECT	»	508
14.4. Sensibilizzazione centrale	»	509
14.4.1. Central Sensitization Inventory (CSI)	»	509