

# Conoscere il dolore

dolore acuto, cronico, le scale, oppiacei

Il dolore è un'esperienza soggettiva nella quale si intrecciano stati emozionali e fisici; proprio per questo può avere delle ricadute devastanti sulla fase terminale della malattia.

Può accadere, infatti, che il paziente alla fine della vita si trovi ad affrontare sintomi estremamente dolorosi del tutto inconsapevole o erroneamente informato circa la reale possibilità di contenimento delle proprie sofferenze.

Non tutti sanno che il sollievo dal dolore nella fase terminale della malattia è possibile all'incirca nel 90% dei casi.

La diffusione di una corretta conoscenza del dolore e del suo trattamento persegue l'obiettivo di aiutare le persone malate in fase terminale, e coloro che li assistono, a superare eventuali pregiudizi e decidere in maniera autonoma e consapevole di ricorrere alle **cure palliative**.

Ma che cosa vuole dire esattamente provare *dolore*? Significa avvertire consapevolmente un male corporeo. La percezione dolorosa è il risultato finale di una serie di stimoli che, sommandosi, coinvolgono le aree recettive del sistema nervoso.

Il dolore può essere acuto o cronico. Il primo è un fenomeno che giunge inaspettato e la cui durata è legata alla presenza del danno o della patologia che lo ha provocato; il dolore cronico, invece, persiste per un periodo di tempo prolungato ed è resistente a molti trattamenti medici.

Il **dolore acuto** rappresenta una sorta di campanello d'allarme poiché in genere ci allerta circa la presenza di stimoli, presenti nell'organismo o nell'ambiente circostante, potenzialmente dannosi per la nostra salute. Questo dolore si può, in un certo senso, considerare **utile** proprio perché rivelatore di un pericolo per il nostro corpo.

Il **dolore cronico**, invece, non riveste alcuna utilità in quanto la condizione patologica che ne è all'origine è ampiamente conosciuta e il suo perdurare nel tempo non può che deteriorare sempre di più la qualità di vita del paziente che ne è afflitto. **Un dolore inutile**, dunque, e come tale da trattare e contenere il più possibile e prima possibile.

Il dolore cronico causato da numerose patologie degenerative, neurologiche e oncologiche, soprattutto nelle fasi avanzate e terminali della malattia, viene definito, a sua volta, come **dolore totale** in quanto in esso confluiscono aspetti fisici, psicologici, sociali e spirituali.

I più recenti dati epidemiologici relativi al dolore dicono che in tutto il mondo sono milioni le persone che affrontano la fase terminale della malattia afflitte da gravi sofferenze. Tuttavia permangono considerevoli ostacoli, soprattutto culturali ma anche di tipo burocratico, a un adeguato trattamento del dolore e, più in generale, a una maggiore diffusione delle cure palliative.

### In che modo favorire il ricorso alla terapia del dolore?

- facilitando la reperibilità e la prescrivibilità dei farmaci antalgici a scopo terapeutico
- favorendo la continuità degli interventi tramite specifiche forme organizzative
- incrementando il livello di formazione per gli operatori sanitari e di informazione per gli utenti della Sanità

## Scala analgesica OMS

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è impegnata da tempo a diffondere la conoscenza e a promuovere l'utilizzo della "scala analgesica a tre gradini" il cui principio base è, appunto, la *gradualità* della terapia del dolore. Secondo quanto indicato dall'OMS, dunque, l'approccio farmacologico di scelta, nel trattamento antalgico, è quello sequenziale "a tre gradini" che prevede:

- **I fase** si somministrano i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), associati o meno a farmaci adiuvanti
- **II fase** si associano oppiacei deboli (con o senza adiuvanti)
- **III fase** si fa ricorso agli oppiacei forti (con o senza adiuvanti)

L'efficacia del trattamento antalgico, tuttavia, si ottiene applicando flessibilmente a ogni singolo paziente il principio del "**farmaco giusto, alla giusta dose e al momento giusto**", in altre parole è l'intensità del dolore a far scegliere il gradino della scala (in presenza di un dolore severo, dunque, i primi due gradini si saltano e si inizia direttamente dal terzo).

L'obiettivo della terapia del dolore è ottenere la **massima riduzione della sofferenza** della persona malata attraverso mezzi di facile attuazione e a basso costo economico la cui tossicità e invasività siano ridotte al minimo.

## Scala di Karnofsky

La Scala (o Indice) di Karnofsky è uno strumento di misura multidimensionale indicante le funzioni fisiche del paziente particolarmente usato in campo oncologico.

## Gli oppiacei

Il trattamento del dolore, da cancro e non, è indubbiamente uno dei paradigmi delle cure palliative, modernamente applicabili a pazienti affetti da patologie croniche degenerative, a rapida evoluzione, non esclusivamente oncologiche. Il progresso della scienza ha reso disponibili strumenti straordinari per curare uno dei sintomi più invalidanti tra quelli che possono affliggere l'uomo nel corso della propria esistenza.

Formidabile è l'efficacia degli oppiacei, da tempo impiegati nel controllo del dolore oncologico e, più recentemente, anche in quello evocato da cause diverse dalla malattia tumorale. Purtroppo l'impiego degli oppiacei è gravato ancora da numerosi pregiudizi che ne ostacolano la prescrizione e l'impiego corretto.

È radicata, infatti, la convinzione che si tratti di sostanze pericolose, in grado di compromettere sistematicamente lo stato di coscienza, da prescrivere solo quando il paziente sia sul punto di morire, simbolicamente correlate a un'assunzione voluttuaria e non terapeutica. Sono i cosiddetti "**falsi miti**", smentiti dalla realtà dei fatti, dalla letteratura sull'argomento e dalle raccomandazioni di autorevoli società scientifiche e organizzazioni sanitarie.

L'OMS pone tra gli indicatori di civiltà di una nazione il consumo annuale di oppiacei, evidentemente correlato all'attenzione dei sanitari nei confronti del paziente sofferente.

Da questo punto di vista, l'Italia si colloca agli ultimi posti tra i Paesi europei nonostante provvedimenti legislativi finalizzati alla semplificazione della prescrizione, come la Legge n. 38 del 10 marzo 2010 volta a

tutelare “il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore”. Evidentemente si tratta di un problema culturale: la “complessità” prescrittiva nella maggior parte dei casi risulta ormai un alibi.

In effetti sorprende la riluttanza a prescrivere i farmaci oppiacei: a fronte della notevole efficacia, gli effetti collaterali più frequenti sono nausea, sonnolenza e stipsi. I primi due sono ben controllabili con una terapia adeguata e destinati a regredire spontaneamente nella maggior parte dei casi entro una settimana, per una sorta di adattamento dell'organismo; la stipsi, per la quale non vi è adattamento, è anch'essa ben controllabile con un'adeguata terapia lassativa.

Viceversa, si rileva un'inspiegabile intraprendenza nel prescrivere per tempi lunghi i farmaci antinfiammatori, sicuramente utili in molti casi, ma spesso inefficaci nelle forme di dolore più severo e notoriamente gravati da effetti collaterali potenzialmente ben più rilevanti (danno gastrico, compromissione della funzionalità renale, alterazione dell'aggregazione piastrinica, per citare i più frequenti e pericolosi).

I farmaci oppiacei disponibili sono numerosi e vengono classificati in due categorie:

- "deboli", per il dolore lieve-moderato
  - la codeina, somministrabile per via orale
  - il tramadolo, disponibile in gocce, compresse e fiale
- "forti", per il dolore moderato-severo
  - la **morfina**, disponibile in compresse, capsule, sciroppo, gocce e fiale
  - il **metadone**, somministrabile per via orale e iniettiva
  - il **fentanyl**, disponibile nelle formulazioni transdermica (cerotto) e transmucosale (pastiglie orosolubili)
  - l'**ossicodone**, in forma di compresse
  - la **buprenorfina**, da tempo disponibile in compresse da assumere per via sublinguale e in fiale, più recentemente utilizzabile anche sotto forma di cerotto
  - l'**idromorfone**, disponibile in compresse

Esiste inoltre un prontuario galenico che può essere utilizzato da medici e farmacisti quando si rendano necessarie delle prescrizioni più personalizzate. Grazie al supporto della letteratura scientifica, della reale disponibilità di tali farmaci anche nelle farmacie territoriali e della recente semplificazione prescrittiva, è oggi possibile garantire un adeguato controllo del dolore in più del 90% dei casi.

## Bibliografia

- AIOM. Terapia del dolore in oncologia. 2009
- Cherny NI, Baselga J, De Conno F, Radbruch L. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. *Ann Oncol.* 2010; 21: 615-26
- Cleary JF, Hutson P, Joranson D. Access to therapeutic opioid medication in Europe by 2011? Fifty years on from the Single Convention on Narcotic Drugs. *Palliat Med.* 2010; 24(2): 109-10.
- Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P, Ripamonti C, Radbruch L, Casas JR, Sawe J, Twycross RG, Ventafridda V, Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001 Mar 2;84(5):587-93
- Jost L, Roila F. Management of cancer pain: ESMO clinical recommendations. *Ann Oncol.* 2009; 20 (4): 170-3
- Presidenza della Repubblica. Disposizioni per garantire l'accesso alla rete di cure palliative e alla terapia del dolore. Legge n. 38 – 15/03/2010. GU n. 65 – 19/03/2010
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline. 2008

Testo e bibliografia a cura del dr. **Alessandro Valle**