

DEFINIZIONE E TIPOLOGIE DI DOLORE

La definizione ufficiale di dolore è stata delineata dalla IASP, International Association for the Study of Pain, che nel 1979 la descrive come "un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale." Tale definizione pone l'accento soprattutto sulla natura soggettiva della sensazione dolorosa: "Il dolore è sempre soggettivo. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni di vita. Essendo una esperienza spiacevole, alla componente somatica del dolore si accompagna anche una carica emozionale".

Il dolore è stato classificato in molteplici tipologie. Si intende per **dolore nocicettivo** quello che compare in seguito ad un evento lesivo (per esempio un trauma o un intervento chirurgico). Lo stimolo viene percepito a livello periferico e trasmesso al sistema nervoso centrale, dove viene memorizzato. Può essere somatico, se causato da una lesione dei tessuti (soma), come la pelle e i muscoli, o viscerale, se causato da alterazioni a carico degli organi interni. L'intensità del dolore è correlata all'entità del danno subito e si risolve, in genere, al risolversi della causa. Si parla di dolore acuto quando lo stimolo lesivo si accompagna a una serie di reazioni di difesa che tendono a compensare o allontanare la causa del dolore stesso, spesso con attivazione di alcune funzioni neurovegetative (aumento dell'attività respiratoria, tachicardia, aumento della pressione arteriosa) e ansia.

Il **dolore neuropatico**, invece, è un dolore continuo, che si manifesta in assenza di stimoli, oppure come conseguenza di stimoli talmente lievi da essere normalmente innocui (ipersensibilità) o poco dolorosi. Questo tipo di dolore può essere attivato da lesioni o alterazioni del sistema nervoso centrale o periferico ma, secondo gli studi più recenti, anche da traumi di varia natura ed intensità. Tra le cause scatenanti, il piede del diabetico e altre neuropatie correlate alla malattia, le infezioni da herpes, l'amputazione, la paraplegia. In alcuni casi, inoltre, il danno neuropatico può manifestarsi come un'assenza di sensibilità a stimoli dolorifici, al calore o al tatto.

Il **dolore misto** è un dolore con caratteristiche tipiche sia del dolore nocicettivo che del dolore neuropatico ed è probabilmente quello di più frequente riscontro sia nel dolore cronico oncologico che in molte altre patologie di frequente osservazione ambulatoriale come il comune mal di schiena, alcune lombo sciatalgie, il dolore toracico, ecc.

Col termine **dolore psicogeno** si intendono tutti quei dolori di natura psicosomatica maggiormente riscontrabili in soggetti con carattere ansioso ed emotivo o che vivono situazioni di stress. Sono dolori che si auto perpetuano e durano a lungo anche quando è superato l'evento scatenante. Gli studi hanno evidenziato la notevole correlazione fra vari tipi di fattori stressanti e processi biologici, biochimici, neuroendocrini ed immunitari che possono correlarsi al dolore.

Si parla infine di **dolore cronico** se dopo la fase del dolore acuto la sensazione dolorosa perdura, viene meno la sua utilità biologica e diviene essa stessa vera e propria malattia. È un dolore che dura almeno per 3 mesi o che comunque permane oltre il tempo normale di guarigione (Bonica, 1953). Può determinare modificazioni affettive e comportamentali, può condurre a invalidità o disabilità, con il rischio di incidere negativamente sulla qualità di vita e sulle performance lavorative. Nel dolore cronico, infatti, si sviluppano gradualmente debolezza, disturbi del sonno, perdita dell'appetito e depressione. Il risultato ultimo è spesso l'isolamento sociale. Mal di schiena, emicrania, artrosi, nevralgie, dolori alle articolazioni, fuoco di Sant'Antonio sono alcuni esempi di malattie caratterizzate da dolore che, se non diagnosticato in tempo e curato in modo adeguato, può cronicizzarsi. Il 7% dei casi di dolore cronico è legato alle forme tumorali, nel qual caso si parla di **dolore oncologico**. Questo dolore si presenta come un dolore acuto, ma nel tempo diviene un

classico dolore cronico che, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia, assume le caratteristiche di "dolore globale", ovvero di vera e propria sofferenza personale che riconosce cause non soltanto fisiche, ma anche psicologiche e sociali, che lo sostengono e lo perpetrano.

DATI EPIDEMIOLOGICI

In Europa sono 75 milioni di persone, ovvero il 19% della popolazione adulta, ad essere interessate dal problema del dolore cronico, in particolare le donne, tanto che ne soffre circa un terzo di tutte le casalinghe europee. Nel nostro Paese, terzo paese europeo per frequenza di casi, dopo Norvegia e Belgio e primo per quanto riguarda la frequenza di dolore cronico severo, il problema colpisce più di 12 milioni di pazienti.

Si tratta di un fenomeno dal forte impatto sociale, il dolore cronico è infatti una delle principali cause di consultazione medica. Ciononostante continuano ad aumentare i tempi di attesa per un trattamento adeguato nei Centri di Terapia del Dolore (da 3 a 6 mesi). Le strutture preposte alla cura dei malati sono circa 200. E di queste soltanto una decina ha gli strumenti adeguati per affrontare le diverse casistiche di dolore cronico.

Dal punto di vista economico, negli ultimi anni è aumentata la spesa nazionale per prestazioni e farmaci riconducibili a patologie dolorose. Si calcola che nel 2007 siano stati spesi oltre 3 milioni di euro. Il dolore cronico causa all'economia nazionale una perdita di oltre 3 milioni di ore lavorative. Un'attenta valutazione della malattia e una cura adeguata potrebbero far ridurre la richiesta di esami, di ricoveri e di interventi.

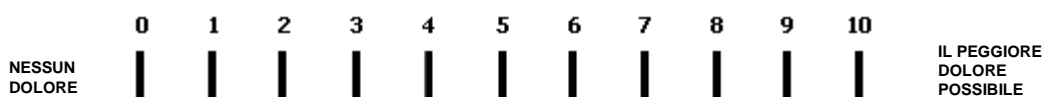
Il dolore cronico influisce notevolmente anche sulla vita quotidiana. Secondo indagini Istat, il 23% dei pazienti dichiara di aver dovuto cambiare la propria posizione sociale; il 14-17% ha asserito di aver perso il proprio lavoro; il 28% ha avuto un cambio di responsabilità della propria mansione; il 20% ha cambiato lavoro.

Anche le conseguenze psicologiche non sono trascurabili: nel 18% dei casi i pazienti che soffrono di dolore cronico ammettono di vivere un senso di abbandono e la sensazione di perdere il proprio ruolo all'interno della famiglia; al 22% degli intervistati è stata diagnosticata depressione, mentre il 50% prova un senso di sfiducia e di malessere.

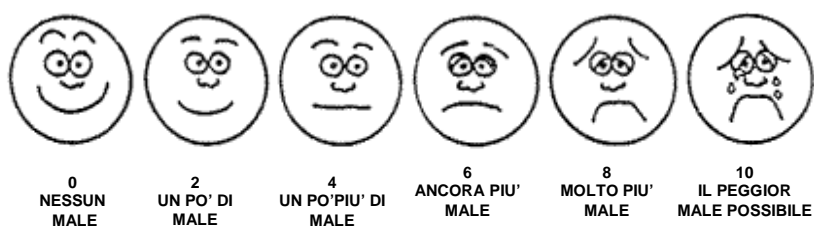
LE SCALE DI MISURAZIONE DEL DOLORE

Una corretta valutazione dell'intensità del dolore è il primo passo per scegliere il trattamento farmacologico più adeguato. Con un'attività di monitoraggio nel tempo è inoltre possibile valutare l'efficacia delle terapie adottate. Il dolore è un'esperienza soggettiva, per questo sono state sviluppate delle scale di valutazione che consentono di raccogliere i giudizi del paziente. Molto utilizzate per la loro semplicità di impiego sono le scale numeriche come la **NRS**.

La NRS consiste in una scala da 0, che corrisponde all'assenza di dolore, a 10, livello massimo di dolore immaginabile. Viene mostrata al paziente che, in base ad una valutazione dell'intensità del dolore percepito, dovrà segnalare il numero della scala corrispondente a tale percezione.



Per i bambini, invece, prevalentemente tra i 3 ai 7 anni, viene utilizzata la scala di Wong-Baker. È composta da faccine con diverse espressioni: sorridente, triste e così via fino al pianto. Il bambino deve indicare quale espressione, in quel momento, rappresenta meglio la sua sensazione di dolore.



Esistono inoltre scale studiate appositamente per valutare il livello di dolore in neonati e bambini in età preverbale, che utilizzano parametri quali la postura, il comportamento, il movimento e le espressioni facciali.

Altre misurazioni si basano su questionari che valutano anche l'interferenza del dolore con le attività della vita quotidiana.

COME CURARE IL DOLORE

Secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità il trattamento del dolore deve essere scelto in base all'intensità dello stesso, misurato attraverso la scala numerica.

- Laddove si evidenzia un dolore lieve (corrispondente all'intervallo 1-4 nella scala numerica) e si sospetta avrà durata limitata nel tempo è suggerito l'utilizzo di FANS, ovvero farmaci anti-infiammatori non steroidei (non a base di cortisone).
- Laddove invece il dolore è lieve-moderato (intervallo 5-6 nella scala numerica) la terapia d'elezione prevede gli oppioidi farmacologicamente meno potenti detti "oppiacei deboli", eventualmente associati a FANS.
- Infine, se il dolore si presenta come moderato-grave (intervallo 7-10 nella scala numerica) è più appropriato il trattamento con oppioidi forti.

I **FANS** possono essere efficaci sia per il dolore acuto che per quello cronico di natura infiammatoria, ma hanno una limitata potenza antalgica, hanno un'azione esclusivamente periferica e possono essere somministrati per limitato periodo di tempo a causa dei molteplici effetti avversi ed effetti collaterali. Alcuni FANS possono interferire con l'attività cardio-circolatoria. In generale un incremento del loro dosaggio oltre quello massimo previsto, non produce un maggior effetto analgesico, ma solo un aumento degli effetti collaterali. Non esistono inoltre prove di efficacia dei FANS sul dolore neuropatico o il dolore misto.

Gli **OPPIACEI/OPPIOIDI** sono farmaci analgesici che agiscono a livello centrale. Le principali molecole appartenenti a questa categoria di farmaci sono tradizionalmente ripartite in due tipologie: gli oppiacei deboli e forti. Gli oppiacei definiti forti sono quelli che hanno maggiore azione analgesica e tra i più noti c'è la morfina, il metadone, la buprenorfina, il fentanil, l'ossicodone, l'idromorfone; tra gli oppiacei deboli ci sono codeina e tramadolo, anche se alcuni oppiacei definiti forti, somministrati a basso dosaggio, come l'ossicodone, potrebbero essere annoverati tra questi ultimi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Società Europea di Medicina Oncologica (ESMO) e l'Associazione Europea di Cure Palliative (EAPC), sulla base di diversi studi scientifici affermano che l'oppiaceo di riferimento per il trattamento del dolore da moderato a grave è la morfina. Tuttavia anche altri farmaci oppiacei possono risultare utili ed appropriati nel trattamento del dolore acuto e cronico di vario genere in linea con quanto indicato nelle rispettive schede tecniche di prodotto rilasciate da AIFA.

I pazienti in trattamento con farmaci oppiacei, se adeguatamente trattati, non sviluppano alcuna dipendenza e gli effetti collaterali tipici di questa classe (in particolare stipsi, nausea e sonnolenza) sono scarsamente ricorrenti e diminuiscono nel giro di qualche giorno e comunque sono disponibili trattamenti adiuvanti in grado di ridurre tali effetti collaterali.

Nonostante l'avallo degli oppioidi nel trattamento del dolore osteo-articolare, che è il dolore cronico benigno più frequente, in Italia l'utilizzo di questi farmaci è ancora molto scarso: manca la confidenza sull'utilizzo di questi medicinali e se ne temono oltremodo gli effetti collaterali. Grazie alla legge "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e terapia del dolore" approvata il 9 marzo 2010, anche i farmaci oppiacei, e tutte le altre sostanze stupefacenti ad uso terapeutico potranno essere più facilmente utilizzate sia nelle cure palliative che per la cura del dolore in genere. Le schede tecniche dei farmaci segnalano le modalità e le indicazioni appropriate per l'uso di ciascun analgesico-oppiaceo attualmente disponibile in Italia.