

GAI ASSIADIENTE

Il punto sulle terapie del dolore

Rosalba Miceli

Il 15 marzo 2010 è entrata in vigore la prima legge italiana (legge 38/2010) che regola l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore, per garantire assistenza e sollievo alle persone colpite da malattie gravi e inguaribili. Facciamo il punto sulle terapie del dolore, che anche in Italia stanno cercando di trovare un legittimo spazio, con l'anestesista Massimo Allegri, Dirigente Medico I livello - US Dipartimentale Terapia del Dolore - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, nonché ricercatore presso il Dipartimento di Scienze chirurgiche, rianimatorie-riabilitative e dei trapianti d'organo dell'Università di Pavia.

Oggi, alle 14.30 alla Sissa di Trieste (Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati), il dottor Allegri e Paolo Notaro, presidente dell'Associazione italiana per la cura della malattia del dolore Nopain, cercheranno di fare chiarezza sui trattamenti antidolore in occasione del quarto appuntamento della rassegna di divulgazione scientifica organizzata dal Master in Comunicazione della Scienza. Domani venerdì 15 aprile, il dottor Allegri insieme a Paolo Notaro, sarà ospite della trasmissione Let's Science realizzata dagli studenti del Master in Comunicazione della Scienza della Sissa di Trieste in onda sulla webradio RadioInCorso alle 16.30.

Il dolore cronico è un'esperienza forzata e violenta ai limiti della condizione umana, una minaccia per il senso di identità che schiaccia l'uomo su un senso dell'immediato privo di prospettiva, dandogli l'impressione che il suo corpo sia "altro" da sé. Può il dolore stesso trasformarsi in una malattia?

«Il dolore cronico diviene di per sé una malattia in quanto meccanismi fisiopatologici complessi possono mantenere e perpetuare il sintomo dolore anche in mancanza della causa iniziale che aveva innescato tale problematica. Il dolore, inoltre, limitando l'attività e la vita quotidiana del paziente può ingenerare anche ulteriori gravi problematiche che peggiorano la sintomatologia e minacciano ancor più il senso di identità della persona; basti pensare ad esempio ad una persona che non riesce più a lavorare e quindi è allontanata dal suo contesto sociale o a un giovane che a causa del dolore non può avere più una vita di relazione simile ai suoi coetanei. È importante, pertanto, trattare il prima possibile tale malattia in modo specialistico per garantire il minor danno possibile alla persona che è afflitta da questa problematica».

Esperienza di "altro", il dolore costringe l'uomo ad una relazione privilegiata con la sua pena. Il dolore suscita il grido, il lamento, il pianto o il silenzio, tutti fallimenti della parola e del pensiero, sostiene il sociologo David Le Breton. Il dolore è davvero incomunicabile? Quante persone con dolore cronico rimangono inascoltate, non credute?

«Purtroppo accade ancora molto spesso che la persona che lamenta dolore cronico non venga "creduta". Tale problematica è angosciante pensando ai milioni di persone che in Europa sono affetti da sindromi dolorose croniche. Il problema, però, non è insito nella difficoltà ad esprimere il dolore, ma nella difficoltà ad ascoltarlo, capirlo e diagnosticarlo correttamente. Si pensi a quanti diversi aggettivi nel nostro lessico comune ci sono per descrivere "il dolore": da quelle più comuni (bruciore, crampo, scossa, spilli, scariche elettriche, pugnalata, cane che morde, etc.) a quelle più utilizzate a livello popolare (colpo della strega, fuoco di Sant'Antonio, etc.). Il compito del clinico è ascoltare il paziente e riunire tutte queste "parole" e descrizioni, insieme ad un accurato esame

clinico e, eventualmente, a specifici esami strumentali, in un unico quadro fisiopatologico ovvero compito del terapeuta del dolore è capire il meccanismo/i meccanismi che generano il dolore per poterli trattare adeguatamente. Bisogna però, ricordare che anche grazie alla Legge 38/2010, il sintomo dolore deve essere attentamente valutato in tutti i contesti medici (e quindi diviene ancora più colpevole non riconoscere tale problematica) per indirizzare, qualora sia necessario, il paziente a centri specialistici di terapia del dolore».

A poco più di un anno dall'entrata in vigore della Legge 38/2010 che tutela il diritto dei cittadini ad accedere alle cure palliative, com'è cambiato l'approccio alla terapia del dolore e il percorso terapeutico dei malati terminali?

«La legge 38/2010 ha rappresentato una pietra miliare per la Terapia del Dolore in Italia. Finalmente si sono pensate due modalità organizzative ("reti") specifiche per il dolore cronico e per le cure palliative in modo da garantire non solo percorsi precisi per questi pazienti, ma anche possibilità di gestire capillarmente e nel tempo tale sintomatologia sia a livello ospedaliero sia sul territorio. Infatti, un elemento fondamentale in qualsiasi approccio di terapia del dolore è la possibilità di seguire nel tempo il paziente e adattare il percorso terapeutico alle diverse esigenze che si manifestano con il passare del tempo. Sicuramente c'è ancora molto da fare ma l'inizio è molto promettente».

E' aumentato l'uso dei farmaci oppiacei per alleviare la loro sofferenza? E quali metodiche si sono rivelate più efficaci?

«Negli ultimi due anni in Italia si sta assistendo finalmente ad un incremento dell'utilizzo degli oppioidi per trattare il dolore acuto e cronico allontanandoci così dagli ultimi posti della classifica dei paesi nel mondo che utilizzano e prescrivono oppioidi. Sicuramente i farmaci oppioidi possono essere un valido strumento di cura, ma non dobbiamo cadere nel "tranello" di ritenere che essi possono essere la panacea di tutti i mali. E' quindi, necessario non solo affinare sempre di più le nostre capacità di diagnosi, insistere nel ricercare nuovi farmaci o tecniche che possano essere sempre più efficaci, ma anche studiare sempre meglio come personalizzare il più possibile l'approccio terapeutico per quella singola persona con quella specifica malattia. Ad esempio, nel Servizio di Terapia del Dolore della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo vi è un gruppo di giovani ricercatori che sta studiando se sia possibile identificare predittori genetici, farmacocinetici o clinici che possano aiutare a capire in anticipo quale farmaco o quale tecnica sia più indicata in modo da ridurre gli eventuali effetti collaterali legati alla terapia e aumentare l'efficacia del nostro trattamento».

Esistono degli standard condivisi a livello nazionale sulla terapia del dolore?

«Assolutamente sì. Esistono standard nazionali e internazionali a cui è doveroso sempre rifarsi quando ci troviamo di fronte ad un paziente che lamenta dolore cronico. Il paziente spesso è disposto a tutto, ma il compito del terapeuta del dolore è aiutare il paziente a risolvere tale malattia utilizzando farmaci e tecniche che siano accreditate dalle linee guida e dalle società internazionali».

Alcune forme di dolore sono più difficili di altre da trattare. Come si procede quando molti tentativi si sono dimostrati inefficaci?

«Il dolore non è un unico fenomeno, ma un insieme di meccanismi complessi e quindi accade che tali meccanismi siano difficili da controllare completamente. È comunque sempre fondamentale approcciare tale problematica nel modo più multidisciplinare possibile in modo da poter valutare tutte le opzioni terapeutiche per tutti i singoli meccanismi che causano dolore. Solo in questo modo è possibile sconfiggere il dolore cronico. Nel nostro Ospedale ad esempio tali pazienti vengono sempre valutati da più specialisti proprio per provare a identificare anche eventuali cause che rimanevano misconosciute».

Si può ingannare il cervello ed indurlo ad ignorare la sofferenza simulando delle condizioni psicologiche in cui la soglia del dolore si innalza?

«Spesso le stesse terapie farmacologiche e invasive (ad esempio la neuro stimolazione spinale) che somministriamo sono tese più a "ingannare" il segnale del dolore più che a trattare la causa del dolore stesso in quanto non più curabile (dolore divenuto malattia). Vengono comunque anche

utilizzate tecniche psicologiche che cercano di aiutare la persone ad avvertire meno dolore, quali ipnosi, training autogeno, tecniche di distrazione. In letteratura è riportato un loro ruolo in alcuni casi sia di dolore acuto sia di dolore cronico».