



FONDAZIONE IRCCS
“ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI”

20133 Milano – via Venezian, 1 – tel 02.2390.1

Manuale di Ulisse “Il dolore”

A cura dell'U.O. Comunicazione Istituzionale e Relazioni con il Pubblico

*Che cos'è il dolore oncologico.
Con quali farmaci si può controllare.
gli altri metodi per trovare.
a chi rivolgersi.*

*Milano, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori
I edizione marzo 2000*

Responsabile scientifico: Lisa Licitra

Ideazione e coordinamento: Roberto Mazza

Revisione giornalistica: Giovanni Padovani

Sommario

Sommario	2
Ringraziamenti	3
Introduzione	4
Capitolo primo	5
Che cos'è il dolore oncologico?.....	5
L'esperienza dei malati	5
La scala del dolore.....	7
Capitolo secondo.....	9
I diversi gruppi di analgesici	16
1. La classificazione dell'OMS.....	16
2. L'elenco degli anti-infiammatori non steroidei.....	17
I dati sui consumi internazionali di morfina come farmaco anti-dolore.....	18
Capitolo terzo	19
Il dolore post-operatorio	19
L'analgesia controllata dal paziente	22
Da chi farsi aiutare: gli indirizzi utili.....	24

Ringraziamenti

Al personale dell' Unità Operativa di Riabilitazione, Terapia del dolore e Cure palliative dell'Istituto Nazionale Tumori e in particolare al dott. Franco De Conno, alla dott.ssa Carla Ripamonti, alla dott.ssa Augusta Balzarini; per la parte sul dolore post-chirurgico alla dott.ssa Maria Grazia Bonalumi e al dottor Sandro Pupa della U.O. di Anestesia e Rianimazione. Ringraziamo come di consueto la dott.ssa Luciana Murru e il dottor Marcello Tamburini della U.O. di Psicologia per le loro note. Un grazie sentito, infine, a tutti i nostri pazienti: con il loro sorriso e la loro capacità di recuperare spazi di vita migliore anche nelle situazioni più critiche sono stati il riconoscimento più bello al nostro lavoro.

Introduzione

Recentemente la medicina ha attraversato un periodo molto particolare durante il quale la tecnologia sofisticata ha preso il sopravvento sul rapporto umano. In questo lasso di tempo, che è durato un ventennio, il rapporto medico-paziente si è deteriorato e spersonalizzato. Oggi, per numerose ragioni (l'aziendalizzazione degli ospedali, la preoccupazione per la qualità di vita dei malati, l'affermazione delle cure palliative, eccetera), si registra una tendenza generale a dare maggiore attenzione al paziente come persona: nel processo di umanizzazione della medicina, molti aspetti del rapporto tra gli operatori sanitari, i pazienti e le loro famiglie si stanno di conseguenza modificando e maggiore importanza viene dedicata anche alla qualità delle notizie che hanno per oggetto la malattia e i suoi sintomi, la diagnosi, le cure.

In questo contesto l'equipe di 'Ulisse', il progetto dell'Istituto Nazionale Tumori che ha come obiettivo l'informazione e il supporto dei nostri pazienti, ha deciso di preparare un manuale sul perché non si deve necessariamente sopportare la sofferenza fisica e sui modi che consentono di attenuarla. Ritengo che si tratti di una iniziativa molto importante e molto attuale: essa si affianca infatti al recentissimo Progetto "verso un ospedale senza dolore", una serie di provvedimenti che hanno l'ambizioso obiettivo di eliminare o di controllare in modo soddisfacente, all'interno dell'Istituto dei Tumori di Milano, qualunque tipo di dolore.

Uno dei nostri scopi è di cambiare quella cultura di rassegnazione alla sofferenza che, come viene suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, costituisce attualmente un segno di inciviltà. Parallelamente vogliamo aiutare a superare diffidenze e rifiuti nei confronti della morfina, il prodotto più efficace nel controllo del dolore oncologico che troppe persone in Italia si ostinano a considerare come 'il farmaco della morte' o comunque come un medicinale pericoloso.

Questo manuale informativo cerca di spiegare con un linguaggio accessibile a tutti che soffrire non è inevitabile e perché non si deve aver paura della morfina. È quindi per me un grande onore, prima di tutto come uomo e poi come esperto di terapia del dolore, firmarne l'introduzione: con l'augurio che questa lettura possa contribuire a cancellare tutti i pregiudizi, purtroppo molto diffusi, che portano ad una accettazione passiva della sofferenza.

Dr. Franco De Conno

Capitolo primo

Che cos'è il dolore oncologico?

Al personale dell' Unità Operativa di Riabilitazione, Terapia del dolore e Cure palliative dell'Istituto Nazionale Tumori e in particolare al dott. Franco De Conno, alla dott.ssa Carla Ripamonti, alla dott.ssa Augusta Balzarini; per la parte sul dolore post-chirurgico alla dott.ssa Maria Grazia Bonalumi e al dottor Sandro Pupa della U.O. di Anestesia e Rianimazione. Ringraziamo come di consueto la dott.ssa Luciana Murru e il dottor Marcello Tamburini della U.O. di Psicologia per le loro note.

Un grazie sentito, infine, a tutti i nostri pazienti: con il loro sorriso e la loro capacità di recuperare spazi di vita migliore anche nelle situazioni più critiche sono stati il riconoscimento più bello al nostro lavoro.

L'esperienza dei malati

Federico, 65 anni, dopo aver partecipato a una conferenza sul dolore organizzata in Istituto da Ulisse, un innovativo progetto di informazione e supporto per ammalati di tumore, i loro amici e familiari.

« Non vi nascondo che ero un po' preoccupato. Considerato il tema della conferenza mi aspettavo un medico vestito di scuro e accigliato, quasi come l'incontro con un becchino. Invece è stata una sorpresa rassicurante. Il dottor S. ci ha fatto capire che attualmente il dolore può essere sempre controllato e che i malati hanno il diritto di essere assistiti per le loro sofferenze fisiche dopo un'operazione, durante la chemio (io ho patito molto per una infiammazione in bocca) o dopo la radioterapia. Io penso che le cose che mi sono state spiegate oggi - le 3 classi di farmaci anti-dolore indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i modi e i tempi della somministrazione e soprattutto l'effetto degli analgesici - per i malati di tumore dovrebbero essere un patrimonio comune di conoscenza ».

Giovanna C, 55 anni, da due anni alle prese con un tumore che ha una evoluzione molto lenta ma che è difficile da curare.

« I miei dolori non sono mai stati molto intensi ma sono fastidiosi e continui, non mi lasciano mai in pace. Il medico che mi cura e anche i miei parenti mi hanno sempre detto che le mie sofferenze fisiche sono un frutto della depressione più che della malattia: ma nessun antidepressivo mi ha fatto sentire meglio ... Dopo un anno e mezzo mi sono rivolta finalmente al vostro ambulatorio di terapia del dolore (non ero mai stata all'Istituto dei Tumori) dove hanno trovato i farmaci adatti. Non sono guarita ma in famiglia ho ripreso finalmente una vita normale: e riesco a fare anche qualche lavoretto. La mia impressione è che soprattutto alle donne si dia troppo facilmente la patente di "deprese" ».

Francesco, un intellettuale abbastanza noto, ci ha raccontato la sua esperienza in un grande ospedale milanese.

« Era la seconda notte dopo un intervento chirurgico: niente di terribile ma i dolori post-operatori non mi davano tregua e non mi lasciavano dormire. La sera prima un infermiere mi aveva fatto un'iniezione, mi sentii meglio e riuscii anche a riposare. Chiesi che mi venisse dato lo stesso farmaco ma questa volta non funzionò. Dopo tre ore - e tre ore sono lunghe in quelle condizioni ... - richiamai l'infermiere e lui venne con il medico di guardia. Questi mi confessò candidamente di avermi iniettato un placebo, acqua distillata. 'In questi casi', disse, 'funziona quasi sempre ...'. Mi sono sentito profondamente offeso: un medico come può pensare di somministrare un placebo a un paziente che non conosce, che chiama di notte a due giorni dall'operazione? Mi pare che si tratti di arroganza: anzi, più propriamente la chiamerei incompetenza ».

Ambrogio, 61 anni.

« Quando uno dei vostri medici mi ha proposto la morfina, mi vedevo già a rovistare tra i cestini della spazzatura della Stazione Centrale. Invece la morfina è stata provvidenziale, ho potuto riprendere anche a lavorare: ci ha guadagnato il portafoglio ma soprattutto il mio spirito. Non capisco perché la gente colleghi la morfina soltanto ai drogati e non sappia che per le persone come me, costrette a convivere con il dolore, questo ingombrante compagno di viaggio, sia un farmaco prezioso. Qualche volta, quando parlo della mia malattia, mi vedo costretto a non pronunciare il nome del farmaco perché ho paura che i miei interlocutori non capirebbero. Ora ho un solo rimpianto, aver lasciato passare tre mesi di dolore prima di rivolgermi al vostro Centro di terapia del dolore ».

Anna, una giovane infermiera di Lodi dopo un nostro corso sul rapporto con i pazienti oncologici.

« Nel mio lavoro sapere che nelle persone malate di tumore il dolore può essere curato efficacemente in tutte le fasi della malattia da una grande serenità. Ma a me ha procurato anche tristezza e rimorso per non essermi informata prima. Pochi anni fa mio padre è morto di cancro con grandi dolori: il nostro medico sosteneva che prendeva già troppe medicine e che non se ne potevano aggiungere altre. Soltanto al corso ho saputo che questa è una posizione insostenibile e che non ci sono motivi validi per negare la morfina a chi ne ha bisogno ».

La scala del dolore

Per aiutare i pazienti a riferire il dolore con la maggiore precisione possibile, sono state messe a punto diverse "scale del dolore": rispondendo alle domande che gli vengono sottoposte il malato, a sua volta, aiuta il medico a capire meglio l'intensità del dolore che deve trattare. Di seguito riportiamo due delle "scale" usate attualmente all'Istituto dei Tumori di Milano: la loro utilizzazione testimonia la grande attenzione con cui in questo centro oncologico è seguito il problema del dolore. Per i malati di tumore la lettura e compilazione di queste "scale" può essere molto utile.

No, un po', molto, moltissimo.

Questa "scala del dolore" è stata utilizzata per ora in via sperimentale. L'intenzione definitiva, tuttavia, è che ogni mattina gli infermieri la sottopongano a tutti i ricoverati: i suoi risultati, infine, verranno annessi alla cartella clinica.

Data di compilazione

Ha avuto dolore nelle ultime 24 ore?	Sì - No
Ha avuto dolore da fermo?	No-Un po'-Molto-Moltissimo
Ha avuto dolore muovendosi?	No-Un po'-Molto-Moltissimo
Per il dolore ha fatto fatica a dormire?	No-Un po'-Molto-Moltissimo
A causa del dolore si è sentito depresso?	No-Un po'-Molto-Moltissimo
Si è sentito nervoso o irritabile?	No-Un po'-Molto-Moltissimo
Le cure che ricevuto le hanno dato sollievo?	No-Un po'-Molto-Moltissimo

Da 1 a 10

Questa seconda scala del dolore viene utilizzata da qualche anno dagli specialisti dell'Unità di terapia del dolore dell'Istituto quando vengono chiamati nei diversi reparti per visitare i pazienti con problemi non ancora risolti. Questo tipo di indagine permette di conoscere non solo l'intensità del dolore ma altre caratteristiche. La cifra 0 indica "nessun dolore", la cifra 10 indica "il massimo dolore possibile". Le altre cifre indicano dolori leggeri, moderati o forti con intensità crescente da 1 a 9.

Dolore al mattino	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore a riposo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore quando mi muovo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore al pomeriggio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore a riposo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore quando mi muovo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Dolore alla sera	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore a riposo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolore quando mi muovo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Capitolo secondo

Come si cura il dolore oncologico

Morfina, una parola difficile da pronunciare. La morfina (il principale tra i cosiddetti oppioidi maggiori) non è l'unico farmaco utile contro il dolore oncologico, ve ne sono molti altri: ma tra quelli considerati "forti" viene suggerita come prima scelta, il farmaco da utilizzare per primo. E soprattutto è il simbolo più eloquente della mancanza di informazioni e delle contraddizioni che caratterizzano in Italia la gestione del dolore per i malati di tumore. Per questo motivo è utile parlarne.

Da una parte, infatti, nei nostri ospedali la morfina viene utilizzata da anni per rendere sopportabili i dolori oncologici più intensi. Il Centro per la terapia del dolore di via Venezian ha accumulato in proposito una enorme esperienza: l'Istituto dei Tumori di Milano, infatti, è stata la prima struttura oncologica nazionale a ricorrere sistematicamente, quando è necessario, a questo farmaco. D'altra parte, per il malato che si cura a casa non è facile ottenere la morfina. Sul conto di questa sostanza continuano a circolare dubbi e pregiudizi che ne limitano l'impiego. La morfina dev'essere riservata ai malati più gravi? Chi assume morfina non rischia di diventare tossicodipendente? È vero che intontisce? Buona parte delle domande di questo capitolo esprimono i sospetti e le incertezze che, a proposito di morfina, sono tuttora molto diffusi nell'opinione pubblica.

A volte sono i parenti o gli amici che, senza conoscerne l'attività farmacologica ma per sentito dire, si dichiarano contrari al suo impiego: e viene sconsigliata anche da qualche medico di famiglia non sufficientemente informato. Così i malati possono sentirsi confusi e alcuni di loro finiscono con il pensare che sia preferibile sopportare un pesante fardello di dolore piuttosto che "prendere la morfina". Questo atteggiamento non aiuta. Un dolore fisico che in realtà potrebbe essere evitato non viene combattuto e complica ulteriormente il già difficile decorso della malattia.

Nelle pagine di questo capitolo vengono trattati anche altri temi: l'utilità, per esempio, degli antiinfiammatori e delle "terapie fisiche" nel trattamento del dolore. L'obiettivo è quello di offrire una rassegna sintetica ma completa di tutte le armi che possono essere attualmente utilizzate per il controllo del dolore oncologico. Molte di esse, infatti, non sono conosciute e utilizzate a sufficienza.

Le risposte del 2° capitolo sono delle dott.sse Carla Ripamonti e Augusta Balzarini.

Con quali strumenti si può combattere il dolore provocato dal tumore?

« Lo strumento più utilizzato per controllare il dolore oncologico, e in genere qualsiasi tipo di dolore fisico, è quello farmacologico. Un uso appropriato dei farmaci analgesici si è dimostrato come il metodo anti-dolore di gran lunga più efficace, quello che ottiene i risultati migliori in un ampio numero di malati. Nel 1996, dopo

oltre vent'anni di esperienza, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha ridefinito le tre classi di analgesici per il controllo del dolore oncologico. La prima classe è quella dei farmaci per il dolore "lieve", la seconda contiene i farmaci per il dolore "moderato", la terza è formata dai prodotti medicinali che sono in grado di cancellare i dolori "severi", cioè i più intensi. Spesso, inoltre, i malati di tumore ricavano beneficio anche dai cosiddetti "adiuvanti", i farmaci che in determinate circostanze possono integrare l'azione degli analgesici. I farmaci analgesici, suddivisi per classi, e gli adiuvanti più utilizzati sono elencati nel box **I diversi gruppi di analgesici**».

Qual è il significato della suddivisione in diverse "classi" dei farmaci utilizzati contro il dolore oncologico?

« Dal momento che i farmaci dei diversi gruppi hanno una efficacia crescente, inizialmente vengono prescritti quelli della prima classe: ma se questi non bastano e il dolore non si attenua, si passa progressivamente ai farmaci della seconda e terza classe. Bisogna sottolineare che negli ultimi decenni centinaia di studi eseguiti nei migliori ospedali oncologici mondiali hanno permesso di stabilire qual è l'efficacia dei singoli farmaci. Nel prescrivere la cura per il controllo del dolore, di conseguenza, gli oncologi e gli specialisti del Centro della terapia del dolore non si affidano soltanto alla loro esperienza ma anche ai risultati delle indagini più qualificate. Tuttavia la ricerca scientifica non basta, è altrettanto importante che i pazienti siano bene informati sulla cura che viene loro proposta. In troppi casi le idee dei malati e quelle dei loro parenti non corrispondono alle convinzioni attuali della comunità scientifica mondiale. Esiste un farmaco efficace contro il mio dolore? C'è soltanto questo o ce ne sono altri? Entro quanto tempo scomparirà il dolore? Tante pillole non mi faranno male? Ecco alcune delle domande che potete rivolgere agli oncologi che vi hanno in cura per migliorare la vostra conoscenza delle cure contro il dolore

».

Anche in caso di tumore i primi farmaci da utilizzare contro il dolore sarebbero i cosiddetti "anti-infiammatori non steroidei", gli stessi che vengono usati contro il mal di testa o il mal di denti: è vero?

« Sì. Questa classe di farmaci (i singoli prodotti sono elencati più avanti) è efficace non solo contro i dolori sporadici, per esempio il mal di testa, ma anche contro quelli cronici. Possono ottenere risultati soddisfacenti, dunque, anche contro il dolore dell'artrosi o quello oncologico. Tuttavia, dal momento che sono comunemente considerati "leggeri", i farmaci di questo tipo vengono utilizzati spesso con minori precauzioni di quanto sia necessario. Benché in misura diversa da una molecola all'altra, tutti gli antiinfiammatori non steroidei (o FANS) tendono a danneggiare la mucosa gastrica e a lungo andare possono far male anche ai reni e al fegato. Considerati questi effetti collaterali, i malati di tumore debbono attenersi alle dosi che sono prescritte dal medico: al medico va anche chiesto come prendere questo tipo di analgesici. La possibilità di effetti negativi sullo stomaco diminuisce infatti se i

FANS vengono assunti a stomaco pieno: esistono anche "gastro-protettori" (vanno prescritti dal medico) da prendere insieme agli analgesici ».

Quali sono le caratteristiche dei farmaci che, come la codeina, appartengono alla seconda classe degli analgesici oncologici, gli "oppioidi minori"?

« Gli analgesici della seconda classe non agiscono, come i FANS, nella zona del corpo in cui nasce il dolore ma direttamente sul sistema nervoso centrale, dove il dolore viene registrato. Questi farmaci sono dotati di maggiore efficacia rispetto agli anti-infiammatori ma anche nel loro caso i meccanismi di azione a volte non sono sufficientemente conosciuti. Non tutti sanno, per esempio, che la codeina, una delle molecole più note e utilizzate in questa classe, prima di esercitare la sua azione antidolorifica in gran parte si trasforma nell'organismo in morfina. Anche il tramadolo, un altro analgesico dello stesso gruppo, agisce in realtà sugli stessi "recettori" sono le serrature che aprono ai farmaci le porte delle cellule cerebrali) sui quali agisce la morfina. Inoltre la codeina disponibile in Italia contiene anche paracetamolo un farmaco ben conosciuto che a differenza della codeina ha problemi di dose massima giornaliera da non superare: spetta quindi al medico valutare per quanto tempo, caso per caso, l'uso degli oppioidi minori è conveniente ».

Le medicine più potenti contro il dolore oncologico sono i cosiddetti "oppioidi maggiori". Il più noto è la morfina: ma questa sostanza non è una droga?

« Nella stessa misura in cui lo è per i diabetici l'insulina: si tratta di un farmaco che permette alle persone con problemi di dolore di vivere meglio. L'efficacia della morfina contro il dolore è un fatto certo da molto tempo. Decenni di esperienza clinica in tutto il mondo e molti studi hanno dimostrato che questa sostanza è un analgesico molto efficace, in grado di cancellare anche i dolori sui quali altri farmaci non danno risultati apprezzabili. Risultati analoghi possono essere ottenuti con gli altri oppioidi maggiori, i farmaci che, come il metadone, esercitano sul sistema nervoso centrale lo stesso tipo di azione della morfina ».

Prendendo la morfina, non c'è il rischio di "abituarsi" e di non riuscire più a farne a meno?

« Questo è un timore diffuso. In effetti, la morfina utilizzata a scopi analgesici è una sostanza molto simile per composizione chimica a quella usata come droga: e come la droga è stata ricavata inizialmente dall'oppio, il lattice del papavero. Ma la parentela chimica non deve trarre in inganno. L'utilizzazione della morfina contro il dolore è un'esperienza personale radicalmente diversa dall'utilizzazione a scopo di piacere o di evasione dalla realtà. Nessun malato di tumore che ha fatto ricorso alla morfina come analgesico diventa vittima di quella dipendenza fisica e psicologica che è caratteristica di chi si droga. La riprova sta nel fatto che, non appena possono, i malati di tumore non hanno difficoltà ad abbandonare l'uso della morfina: è

sufficiente che la sospensione del farmaco avvenga gradualmente e sotto controllo medico ».

La somministrazione della morfina come farmaco antidolorifico va riservata a casi estremi?

« No, la definizione di "farmaco estremo" oppure "da usare in casi estremi" è fuori luogo. Da anni la morfina viene utilizzata nelle corsie degli ospedali anche per controllare i dolori post-chirurgici conseguenti a interventi di qualsiasi tipo. E nel dolore oncologico il suo uso non viene riservato soltanto ai malati terminali, quelli che hanno un breve periodo di vita davanti a loro, oppure a coloro che sono tormentati da dolori eccezionalmente acuti: molto spesso la morfina viene utilizzata per placare dolori oncologici precoci o durante il decorso di una malattia che sta per concludersi con la guarigione. È utile anche ai bambini malati di tumore ».

È vero che qualche volta è necessario aumentare le dosi della morfina?

« Sì. Nella terapia del dolore oncologico la necessità di incrementare progressivamente le dosi per provare sollievo dal dolore a volte si può verificare. Questo fenomeno, definito assuefazione o più propriamente tolleranza, può avere due cause: il fatto che il dolore aumenta di intensità oppure quello, meno frequente, che l'organismo richieda con il tempo quantità crescenti di morfina per avere ragione dello stesso tipo di dolore. Ma la tolleranza è comunque cosa del tutto diversa dalla dipendenza e gli specialisti del dolore sanno cosa fare per ridurne l'incidenza. La prima precauzione è quella di iniziare la somministrazione di morfina soltanto quando gli altri farmaci non funzionano. Studi recenti, inoltre, hanno dimostrato che sostituendo la morfina con il metadone lo sviluppo della tolleranza si riduce ».

È vero che la morfina intontisce e fa perdere la coscienza?

« Questa è una delle idee che concorre, come la tessera di un puzzle, a disegnare quel tabù della morfina che nell'opinione pubblica italiana è purtroppo dominante. Tabù: in questo caso un insieme di grossolana disinformazione e di paure che non sono mai state confrontate con la prassi della medicina contemporanea. Così succede che, all'opposto di quanto avviene per le altre classi di analgesici (per esempio gli anti-infiammatori non steroidei), nell'immaginario collettivo gli effetti collaterali della morfina vengono esagerati fino alla deformazione: il risultato è che ai malati non ricoverati la morfina qualche volta viene negata anche quando gli altri analgesici non funzionano. Per quanto riguarda perdita di coscienza, in particolare, decine di anni di esperienza hanno dimostrato che la morfina, come tutti gli oppioidi maggiori, permette al malato di conservare intatte le sue facoltà intellettuali e di svolgere, quando lo si desidera, anche una normale attività di lavoro ».

I farmaci analgesici hanno effetti collaterali ? Quali sono i più frequenti e i più importanti?

« Gli effetti collaterali dei farmaci cambiano da una persona all'altra. Non tutti i malati che prendono lo stesso farmaco hanno gli stessi effetti collaterali e non tutti li avvertono con la stessa intensità. Fatta questa premessa, ecco gli effetti collaterali più frequenti della terapia analgesica.

- *Dolori allo stomaco.*
L'acidità e i dolori gastrici sono la conseguenza indesiderata più comune degli anti-infiammatori. Come abbiamo detto, esistono diversi modi per limitare questi rischi: fondamentale è il rispetto delle dosi
- *Stitichezza.*
È dovuta principalmente agli oppioidi. Viene combattuta prima di tutto con una alimentazione adeguata: una dieta ricca di vegetali e olio crudo e con un sufficiente apporto di acqua è la più indicata. Con il consiglio del medico si possono assumere dei lassativi. Possono risultare utili i clisteri.
- *Sonnolenza.*
Gli oppioidi maggiori possono provocare sonnolenza, soprattutto nei primi giorni. Ma spesso la voglia di dormire è una reazione di rilassamento provocata dalla scomparsa del dolore dopo tante sofferenze: in questo caso non si tratta evidentemente di un effetto collaterale.
- Più raramente possono comparire, sempre come conseguenza dei farmaci analgesici, *nausea e vomito* oppure *insonnia e irritabilità*: sia il primo che il secondo gruppo di disturbi possono essere contrastati, quando è il caso, con altri farmaci. Complessivamente i farmaci per il controllo del dolore oncologico non provocano effetti collaterali gravi: ma la loro somministrazione va prescritta e sorvegliata dal medico»

Come vengono somministrati i farmaci anti-dolore?

« Oltre a disporre di molti farmaci analgesici, l'oncologia attuale può utilizzare diverse vie di somministrazione: ciò permette di personalizzare la terapia anti-dolore, mettendo a punto per ogni paziente lo schema farmacologico più indicato. Per quanto riguarda gli oppioidi maggiori, attualmente al Centro di terapia del dolore dell'Istituto vengono utilizzate 5 diverse vie di somministrazione. Quella orale (le pillole da inghiottire con un bicchiere d'acqua o lo sciroppo sono il metodo più usato), l'iniezione sottocutanea, l'iniezione endovenosa e la supposta. È possibile inoltre l'infusione continua del farmaco con una piccola pompa e un ago inserito stabilmente in una vena. E si sta diffondendo una sesta via, un cerotto applicato sulla pelle che per lungo tempo e in modo costante rilascia una piccola quantità di farmaco. Considerate le diverse possibilità, è utile che ogni paziente esprima al medico le sue preferenze o le sue difficoltà: se un malato è incline alla nausea, per esempio, la somministrazione della morfina per via orale non è indicata. Spetterà al medico, poi, valutare la situazione dei singoli pazienti, rispettare eventuali preferenze e scegliere il modo più adatto per somministrare il farmaco ».

Gli analgesici vanno presi quando il dolore si fa sentire oppure a intervalli regolari?

« Quando si vuole contrastare un dolore cronico, come è quello oncologico, gli analgesici vanno assunti a intervalli regolari: questo è il modo migliore per impedire che il dolore, come si dice, "alzi la testa" e diventi troppo forte. È sbagliato non prendere il farmaco perché in quel momento il dolore non c'è: la fedeltà all'orario di assunzione e alle dosi stabilite è una condizione necessaria per il successo della terapia anti-dolore. Quando è a casa, qualche paziente ha difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i farmaci che gli sono stati prescritti: in questi casi può essere prezioso l'aiuto di un parente, di un amico o di un infermiere. È utile inoltre raggruppare gli orari di assunzione dei farmaci, riducendo per quanto è possibile le ore più scomode, come
quelle
notturne
».

La terapia farmacologica del dolore può essere fatta anche a casa o soltanto in ospedale?

« Tutti i farmaci che contrastano il dolore oncologico, compresa la morfina, possono essere presi sia in ospedale che a casa. Il Centro di Riabilitazione, Terapia del dolore e Cure palliative dell'Istituto dei Tumori di Milano dispone anche di un Servizio di assistenza domiciliare di cui fanno parte attualmente 5 medici a tempo parziale e 5 infermieri a tempo pieno, più un infermiere che ha il compito di coordinare l'attività. Al Servizio collaborano anche un fisioterapista, una psicologa, un assistente sociale e un gruppo di volontari della Lega italiana contro i tumori. L'assistenza domiciliare è gratuita, ne possono usufruire tutti i malati di tumore che abitano nelle zone civiche 3, 10, 11 e 12, corrispondenti allo spicchio della città di Milano compreso tra viale Monza e via Ripamonti. Informazioni telefoniche sul Servizio domiciliare dell'Istituto dei Tumori possono essere richieste allo 02 2390 2814: questo numero è in funzione tutti i giorni dalle 8 alle 17. Altri centri che organizzano la terapia del dolore a domicilio per Milano e dintorni sono elencati nel box Da chi farsi aiutare: gli indirizzi utili ».

Quanto costano gli analgesici?

« In Italia i farmaci più efficaci, come la morfina e il metadone, sono gratuiti e, quando vengono utilizzati per il dolore oncologico, non si richiede neppure il pagamento del ticket. I farmaci della seconda classe, come la codeina, non vengono pagati dal Servizio Sanitario Nazionale e il paziente è chiamato di conseguenza a sostenerne la spesa ».

Vorrei sapere qualcosa dei cosiddetti farmaci adiuvanti ...

« Questi prodotti medicinali potenziano l'attività degli analgesici e in alcuni casi esercitano una azione diretta contro il dolore. Tra quelli più utilizzati, ricordiamo il cortisone: riduce il gonfiore e l'infiammazione provocati dal tumore e può stimolare

l'appetito (molti malati di tumore, anche per l'assunzione di analgesici, hanno poca voglia di mangiare). Gli ansiolitici e gli antidepressivi, che vengono somministrati per migliorare il tono dell'umore: alcuni antidepressivi esercitano anche una attività analgesica. I bifosfonati: questo gruppo di farmaci viene utilizzato solitamente contro l'osteoporosi ma recentemente ha dimostrato di essere utile anche contro il dolore oncologico causato da metastasi ossee. Dei farmaci adiuvanti non esistono elenchi completi: l'importante è che a ogni paziente siano prescritti quelli che potrebbero essere utili al suo caso ».

Quali sono i sistemi non farmacologici che possono controllare il dolore oncologico?

« Come abbiamo detto, i farmaci sono il metodo di gran lunga più utilizzato contro il dolore oncologico: ma quando il loro uso è impossibile o il risultato è insoddisfacente, si può ricorrere ad altre tecniche di analgesia. La radioterapia è efficace specialmente quando il dolore è localizzato nel tessuto osseo e in particolare sulla colonna vertebrale o sul femore. La dose di radiazioni erogata è solitamente molto bassa e il trattamento, di conseguenza, ha scarsi effetti collaterali. La TENS (Elettrostimolazione Nervosa per via Transcutanea) consiste in una serie di scariche elettriche che hanno il potere di contrastare sulle fibre nervose la trasmissione dello stimolo doloroso. Questo metodo analgesico funziona soprattutto quando il dolore è ben localizzato: la sua applicazione è abbastanza agevole, un apparecchio portatile permette di ricorrere alla TENS in qualsiasi momento della giornata. Contro il dolore oncologico si può utilizzare anche il blocco delle fibre nervose (blocco dei gangli simpatici, blocco peridurale, alcoolizzazione del plesso celiaco eccetera): un piccolo intervento chirurgico permette di iniettare in un punto preciso del sistema nervoso periferico sostanze che tolgono sensibilità a una parte del corpo ».

Contro il dolore oncologico possono essere utili altre terapie?

« Nel controllo del dolore acuto e cronico possono essere utili le terapie fisiche e le terapie manuali. Il loro impiego, infatti, può portare non solo a ridurre la sofferenza ma anche a recuperare e migliorare la funzionalità fisica. Nell'ambito oncologico questo tipo di trattamenti è indicato in una ampia gamma di situazioni cliniche che vanno dai problemi di movimento e di dolore che possono essere causati dalla chirurgia e dalla radioterapia fino a quelli più complessi dovuti all'evoluzione del tumore ».

Quali sono le principali terapie fisiche utilizzate per combattere il dolore?

« Le più usate sono la magnetoterapia, il laser, gli ultrasuoni, la terapia motoria (ginnastica), il massaggio. Nel Centro di Riabilitazione, di Terapia del Dolore e di Cure Palliative dell'Istituto dei Tumori di Milano si ricorre abbastanza frequentemente a questi metodi analgesici. La loro utilizzazione viene decisa dallo specialista della terapia del dolore nel corso della prima visita in base alle problematiche presentate dal paziente, all'intensità del dolore, alla sua sede, alle

condizioni generali, alla presenza o meno di altre patologie. Spesso, per esempio, le terapie fisiche sono indicate per il trattamento dell'artrosi che in alcuni pazienti si può manifestare contemporaneamente al dolore oncologico ».

Qual è l'utilità dei singoli metodi di terapia fisica? E i loro risultati?

« Ogni metodo svolge contro il dolore un'azione specifica:

- La ginnastica serve a ridare "tono muscolare" a persone obbligate per molto tempo all'immobilità, a evitare contratture muscolari dovute a posizioni scorrette, a recuperare e mantenere l'elasticità delle articolazioni. Da sola o associata ad altre terapie, fisiche e manuali, viene utilizzata frequentemente in caso di artrosi.
- Il massaggio produce un effetto globalmente rilassante attraverso lo scioglimento di contratture o tensioni muscolari. È inoltre efficace nel ridurre l'edema e alcuni dolori muscolari.
- La magnetoterapia e il laser hanno una azione anti-infiammatoria e analgesica, riducono l'edema, favoriscono i processi riparativi e stimolano la circolazione. Trovano quindi indicazione per combattere il dolore post-operatorio, migliorare e prevenire l'indurimento dei tessuti dovuto alla radioterapia: risolvono le piaghe da decubito
- Gli ultrasuoni sono il trattamento di scelta di molte situazioni di dolore soprattutto in quelle dovute ad infiammazione di muscoli e dei legamenti, migliorano l'elasticità dei tessuti, riducono le contratture muscolari, favoriscono il riassorbimento dell'edema, eliminano le calcificazioni dovute a periartrite.

Quanto agli effetti antalgici delle terapie fisiche e manuali essi dipendono dalla correttezza della loro indicazione, dai tempi e dal modo in cui vengono utilizzate, dallo stato di salute del paziente. Soltanto lo specialista del dolore o il fisiatra sono in grado di valutare in quali casi e con quale frequenza le singole terapie fisiche vanno utilizzate e quali sono le probabilità di successo».

I diversi gruppi di analgesici

Ecco l'elenco degli analgesici più utili nella cura del dolore oncologico. Per comodità del lettore abbiamo indicato anche i nomi dei più importanti FANS (antiinfiammatori non steroidei) che sono attualmente disponibili in Italia.

1. La classificazione dell'OMS

Nel 1995 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha redatto una nuova classificazione dei farmaci utili per il controllo del dolore oncologico.

- **Per il dolore "leggero": gli anti-infiammatori non steroidei ed il paracetamolo**

A questo gruppo di farmaci appartengono analgesici che vengono utilizzati in tutto il mondo per combattere anche i dolori più comuni come il mal di testa, il mal di denti, i dolori mestruali, quelli artrosici eccetera. I loro nomi commerciali - come Aspirina, Voltaren o Tachipirina - sono noti a tutti. Ebbene, secondo l'esperienza degli oncologi e le direttive dell'OMS questi farmaci possono controllare in modo soddisfacente il dolore oncologico leggero. Va sottolineato, però, che è impossibile stabilire quale tra di loro sia il più efficace perché l'attività dei FANS varia da un individuo all'altro. La scelta del medico, di conseguenza, si fonda sulla valutazione dei loro risultati nel singolo caso piuttosto che su considerazioni sull'attività specifica dei diversi principi attivi.

- **Per il dolore "moderato": gli oppioidi minori**

Il dolore di media intensità può essere controllato dai cosiddetti "oppioidi minori": tra questi farmaci, quelli più utilizzati sono la codeina, il tramadolo, il destropropoxifene. Gli oppioidi minori possono essere utilizzati da soli o insieme ai FANS.

- **Per il dolore "severo": gli oppioidi maggiori**

Sono la morfina, il metadone, l'ossicodone e il fentanyl transdermico, tutti farmaci che hanno la stessa efficacia. La morfina per via orale è il farmaco di prima scelta per i dolori intensi: viene somministrata di solito a intervalli di 4 ore oppure di 8 o di 12 ore. Quanto al dosaggio, anche per gli oppioidi non esiste una dose-standard legata alla malattia o al tipo di dolore: la quantità ideale del farmaco viene stabilita dal medico dopo aver osservato l'effetto antalgico ottenuto dalle prime somministrazioni. Come avviene per gli oppioidi minori, anche morfina e metadone possono essere associati ai FANS.

2. L'elenco degli anti-infiammatori non steroidei

I farmaci antiinfiammatori non steroidei (o FANS) disponibili attualmente in Italia sono elencati qui sotto in ordine alfabetico e con il nome del principio attivo che contengono: non compaiono, quindi, i nomi commerciali con cui i FANS sono venduti. L'acido acetilsalicilico, per esempio, è contenuto nell'Aspirina ma anche in molti altri prodotti che hanno la stessa formula ma nomi commerciali diversi (Acesal, Aspro, Cemirit, Kilios eccetera). Così è in molti altri casi: al singolo principio attivo elencato corrispondono diversi medicinali con nomi commerciali diversi. Ricordiamo anche che ai farmaci a base di paracetamolo viene attribuita dall'OMS una efficacia analgesica simile a quella dei FANS. Acido acetilsalicilico, Destropropoxifene, Diclofenac, Difusinal, Droxicam, Flurbiprofene, Ibuprofene, Indometacina, Ketoprofene, Ketorolac, Mefenamic, Methamizol, Naproxen, Piroxicam.

I dati sui consumi internazionali di morfina come farmaco anti-dolore

	<i>Consumo annuale di morfina (Kg)</i>	<i>Dosi terapeutiche per milione di abitanti</i>
Argentina	298	483
Australia	488	3367
Canada	1154	3092
Danimarca	409	6825
Francia	1511	1813
Germania	1053	561
Olanda	205	1237
Spagna	358	623
Svezia	305	3407
Norvegia	115	2314
Svizzera	169	1605
Regno Unito	1397	2865
Stati Uniti	6964	2140
Italia	168	89

Questi dati sono stati pubblicati dall'International Narcotics Control Board di Vienna, l'ufficio dell'ONU che ha per compito lo studio del consumo mondiale di queste sostanze. Si tratta dunque di cifre ufficiali e controllate.

Le cifre elencate nella colonna a sinistra indicano i chili di morfina che, nei più importanti paesi industrializzati, sono stati consumati a scopo terapeutico durante il '97. Ebbene, il consumo terapeutico di morfina registrato in Italia è di 7-8 volte inferiore a quello di paesi che, come la Francia o il Regno Unito (l'Inghilterra), hanno una popolazione simile alla nostra. In Italia (55 milioni di abitanti) si consuma la stessa quantità di morfina che viene somministrata in Svizzera (7 milioni di abitanti) e addirittura la metà di quella prescritta in Svezia (9 milioni di abitanti). Tutto questo significa che troppi dei nostri malati sono costretti a sopportare dolori che potrebbero essere evitati.

Le cifre elencate nella colonna a destra indicano le dosi terapeutiche di morfina consumate nei diversi paesi per milione di abitanti: anche questi dati, gli ultimi disponibili, si riferiscono al 1997. Dall'elenco è evidente che i paesi di lingua inglese e quelli del nord-Europa sono quelli dove si ricorre più frequentemente, in caso di forti dolori, alla morfina. In alcune regioni europee (per esempio in Spagna e in Germania) l'utilizzazione della morfina come analgesico non è altrettanto diffusa: ma la cifra relativa all'Italia (soltanto 89 dosi di morfina ogni milione di abitanti) è molto più bassa di tutte le altre. Questi dati confermano che esiste nel nostro Paese un vero e proprio problema-morfina che, nell'interesse di tutte le persone colpite da forti dolori fisici, dev'essere affrontato senza indugio e con chiarezza.

Capitolo terzo

Il dolore post-operatorio

Nel box L'esperienza dei malati si racconta di una persona che, due notti dopo essere stata sottoposta a intervento chirurgico in un ospedale milanese, ha dovuto sopportare dolori molto acuti perché il medico di turno li considerava "passeggeri". La tendenza a sottovalutare i dolori provati al risveglio dall'anestesia dopo gli interventi è, del resto, abbastanza diffusa: tanto, si pensa, si tratta di una sofferenza che passerà, perché preoccuparsene tanto?

Anche questo problema tocca da vicino i malati. Le domande di questo capitolo sono le stesse che i pazienti rivolgono agli anestesisti nel colloquio che in Istituto precede di un giorno tutti gli atti operatori. Dottore, quanto dura esattamente il dolore dopo l'operazione? Sarà una sofferenza grave? Che cosa mi darete per controllarlo?

Nelle risposte gli esperti mettono in evidenza come il controllo del dolore è un elemento importante per migliorare il cosiddetto outcome chirurgico, cioè la ripresa di tutte le funzioni dell'organismo dopo l'intervento. Il dolore infatti può amplificare le difficoltà metaboliche ed endocrine, la nausea, lo spasmo muscolare e quindi ritardare il recupero. Un buon controllo del dolore post-operatorio, dunque, non soltanto è un diritto di ogni paziente ma contribuisce a facilitare la ripresa di tutte le funzioni vitali (movimento, alimentazione, capacità di relazioni eccetera) riducendo così il rischio di complicanze e contribuendo in definitiva ad accelerare la guarigione.

Nelle pagine che seguono si sottolinea anche come il controllo del dolore post-operatorio sia un problema di organizzazione dell'assistenza oltre che di sensibilità e di qualificazione professionale dei singoli medici. Gli anestesisti hanno il compito non soltanto di assistere il paziente durante l'intervento e di programmare gli analgesici da somministrare nella prima giornata post-operatoria ma sulla cartella clinica indicano cosa fare se il dolore, nonostante i farmaci, torna improvvisamente a farsi sentire. Allo stesso modo, dalla seconda giornata dopo l'intervento, la responsabilità dell'assistenza passa ai medici di reparto ai quali compete valutare e controllare l'eventuale ritorno del dolore.

Le risposte di questo capitolo sono dei dottori Maria Grazia Bonalumi e Sandro Pupa.

Durante l'intervento chirurgico si prova dolore?

« No, assolutamente. All'Istituto dei Tumori di Milano tutte le camere operatorie sono precedute da una pre-sala ed è in questo locale, più tranquillo e rassicurante della sala operatoria, che il paziente viene addormentato. Da quel momento in poi i malati non sentono e non ricordano nulla: i medici che hanno fatto l'anestesia, infatti, restano accanto al malato durante tutta la durata dell'intervento così da graduare la quantità di anestetico necessaria a bloccare il dolore per tutta la durata dell'atto

operatorio. Questo modo di procedere e l'accuratezza raggiunta dall'attuale tecnologia anestesiológica rendono impossibile per il paziente qualsiasi sensazione di sofferenza ».

Cosa succede dopo l'intervento chirurgico? È vero che si può provare un dolore molto intenso?

« Il giorno prima dell'intervento tutti i pazienti ricevono la visita dell'anestesista che li assisterà durante l'intervento. Queste visite hanno un duplice scopo: permettere ai medici una valutazione definitiva delle condizioni dei pazienti che verranno operati e spiegare loro a cosa andranno incontro. Durante la visita, i pazienti possono rivolgere agli anestesisti tutte le domande che credono: quanto durerà l'intervento? Chi mi sveglierà al termine dell'operazione? Sentirò dolore? Chi posso chiamare in caso di bisogno? Eccetera. Durante il colloquio con gli anestesisti capirete che non tutti gli interventi sono seguiti da dolore e che non tutti i dolori sono dello stesso tipo. A volte il dolore si prolunga per 4-5 ore dalla fine dell'operazione chirurgica, a volte per 48 ore: per la maggior parte dei pazienti il dolore post-operatorio si esaurisce nelle prime 24 ore ».

I dolori post-operatori incominciano subito dopo il risveglio dall'anestesia?

« Anche quando gli effetti dell'anestesia sono già svaniti, normalmente il dolore non compare perché al momento in cui si riprende conoscenza i farmaci analgesici che sono in grado di controllarlo sono già stati somministrati. All'Istituto dei Tumori il risveglio dall'anestesia avviene nella Recovery Room, la "camera del risveglio" che è collocata immediatamente accanto a tutte le sale operatorie. Il paziente, prima di essere riportato in corsia, resta per circa un'ora o per tutto il tempo necessario nella Recovery Room. In questo ambiente gli anestesisti controllano le sue funzioni vitali (battito cardiaco, pressione, respiro eccetera), provvedono al risveglio dall'anestesia e dopo il risveglio controllano l'efficacia della terapia analgesica impostata ».

Di che tipo è il dolore che segue gli interventi chirurgici?

« È un dolore acuto, cioè con una durata limitata: ma se non fosse controllato con i farmaci potrebbe essere molto intenso. È causato dal trauma chirurgico, cioè dall'incisione dei tessuti e dalla manipolazione dei visceri. Bisogna tenere presente che la chirurgia dei tumori può richiedere sedute operatorie lunghe e impegnative: anche per questi motivi, in oncologia quello del controllo del dolore post-operatorio è un problema importante. In certi casi una cattiva analgesia renderebbe difficilmente sopportabili le sofferenze fisiche causate dall'intervento: ma oggi, per fortuna, si hanno a disposizione diversi farmaci che permettono, da soli o associati, di controllare bene le manifestazioni dolorose ».

Quali sono i farmaci utilizzati per controllarlo?

« Gli stessi che vengono usati per combattere il dolore cronico, cioè gli antiinfiammatori e gli oppioidi. Quando la chirurgia coinvolge soltanto organi superficiali (per esempio la pelle), una analgesia a base di antiinfiammatori può essere sufficiente: ma quando l'intervento è andato in profondità il farmaco più indicato è la morfina. Spesso i due gruppi di farmaci, gli antiinfiammatori e gli

oppioidi, sono utilizzati simultaneamente. Nella gran parte dei casi la scelta del farmaco o dei farmaci da usare contro il dolore post-operatorio non rappresenta più un problema difficile da risolvere: l'esperienza accumulata ha permesso di mettere a punto e di collaudare schemi di analgesia molto efficaci ».

Come viene somministrata l'analgesia post-operatoria?

« Attualmente il sistema più utilizzato, soprattutto per gli interventi più impegnativi, è l'infusione continua, 24 ore su 24, di farmaci analgesici variamente combinati fra loro, in modo da ottenere una somministrazione continua e costante nell'arco della giornata e non permettere che il dolore post-operatorio venga allo scoperto. Esistono in commercio diversi dispositivi che permettono questo tipo di somministrazione: ad esempio particolari siringhe dette elastomeri, pompe di ridotte dimensioni con serbatoio incorporato e altri congegni, più sofisticati, che consentono di variare la velocità e quindi la quantità di farmaco in base alle esigenze del singolo paziente. Per gli interventi di minor impegno per il paziente viene somministrato il farmaco ad orari prefissati ».

Chi ha la responsabilità del controllo del dolore dopo l'intervento chirurgico?

« Nella prima giornata la responsabilità è degli anestesisti. Il programma analgesico adatto ai singoli interventi chirurgici viene impostato ed iniziato in sala operatoria prima del risveglio del paziente e la sua efficacia viene controllata mentre il paziente è nella Recovery Room. Se questo programma, come può avvenire in qualche caso, si rivela insufficiente a cancellare il dolore, sono ancora gli anestesisti ad intervenire. Dopo le prime 24 ore, invece, l'analgesia post-operatoria è affidata ai medici di reparto dove i pazienti sono ricoverati. L'équipe degli anestesisti resta comunque a disposizione per tutte le emergenze. Ricordiamo a questo proposito che all'Istituto dei Tumori l'équipe degli anestesisti è composta attualmente da 15 medici, tra cui il responsabile dell'Unità Operativa, che seguono una media di 25-30 interventi chirurgici al giorno: alcuni di questi, come il trapianto di fegato, sono molto impegnativi ».

Ho sentito dire che qualche volta il dolore si fa sentire nonostante gli anestetici somministrati. È vero? E se capita, cosa si può fare?

« I casi in cui l'analgesia post-operatoria non funziona sono rari ma possono verificarsi : qualche volta è sufficiente un movimento involontario del paziente perché scatti l'allarme-dolore. Normalmente, però, sia gli anestesisti sia i medici di reparto scrivono sulla cartella clinica quali farmaci somministrare, in aggiunta a quelli programmati, quando il dolore compare all'improvviso: l'infermiere di guardia, di conseguenza, può intervenire immediatamente. Se non ci sono istruzioni, l'infermiere non è abilitato a decidere quale nuovo farmaco somministrare: ricorrerà dunque al medico di guardia. In questo caso può passare un po' di tempo prima del suo intervento. Vorremmo aggiungere a questo proposito che, proprio in considerazione di questa eventualità, è molto importante che il paziente non tardi a chiedere aiuto. Quando il dolore post-operatorio viene a galla, non importa se di giorno o di notte, chiamate immediatamente l'infermiere: l'ospedale è fatto per

risolvere anche le situazioni di questo tipo. Non si deve pensare "tanto passerà". Il dolore, invece, potrebbe aumentare rendendo più difficile, poi, l'azione dell'analgico che verrà somministrato ».

Le reazioni individuali sono importanti nel dolore post-operatorio?

« Certamente: nessun tipo di dolore fisico può essere ridotto a un meccanismo biologico predeterminato. Vi sono persone che "sentono" il dolore più di altre e questo si verifica anche nel periodo post-operatorio. La diversità delle reazioni dipende dal modo con cui l'organismo reagisce ai farmaci ma anche dalle esperienze passate, dall'età, dalla struttura psicologica e dalla cultura del dolore di cui ognuno è partecipe. Il programma analgesico post-operatorio deve comunque tenere in considerazione, per quanto è possibile, anche le reazioni individuali ».

L'analgia post-operatoria può avere effetti collaterali quali nausea, vomito, dolori gastrici?

« Può capitare. Gli effetti indesiderati, però, sono ben conosciuti dagli anestesisti, i quali possono somministrare anche preventivamente farmaci adeguati per impedire la loro insorgenza ».

Il dolore post-operatorio può incidere sul decorso della malattia?

« Sì. Questo tipo di dolore è una delle componenti del cosiddetto stress chirurgico, l'inevitabile reazione biologica e psicologica all'intervento: l'eventuale dolore post-operatorio può amplificare lo stress chirurgico e provocare una serie di conseguenze negative sul decorso post-operatorio. Il controllo del dolore, al contrario, riduce la fatica e il tempo che sono necessari a ogni paziente per recuperare la forma fisica che aveva prima dell'intervento. Se, per esempio, un paziente è in grado di rimettersi in piedi e fare qualche passo già uno-due giorni dopo l'intervento, la sua ripresa sarà più rapida e saranno minori le possibilità di complicanze: ma perché questo avvenga è importante che il problema-dolore venga adeguatamente controllato ».

L'analgia controllata dal paziente

In lingua inglese si chiama Patient Controlled Analgesia o più comunemente PCA: in italiano si traduce con Analgesia controllata dal paziente. Si tratta di un apparecchio che, collocato vicino al letto oppure alla poltrona del malato, gli permette di scegliere il momento in cui assumere il farmaco anti-dolore. Basta azionare un pulsante collegato a una piccola pompa perché il farmaco, attraverso una cannula infilata stabilmente sotto la pelle oppure collegata a una vena, penetri nell'organismo.

La PCA è stata utilizzata con successo anche per controllare le doglie del parto e il dolore post-operatorio in genere. In oncologia viene usato da oltre 15 anni soprattutto negli Stati Uniti, ma anche in Inghilterra e in Francia, anche per il controllo del dolore cronico. La dose massima di morfina che può essere somministrata nell'arco delle 24 ore, la quantità massima delle singole dosi e l'intervallo minimo tra una somministrazione e l'altra vengono stabilite e programmate dal medico: spetta al paziente e soltanto al paziente, però, decidere il momento in cui dare il via alle

singole dosi.

Molti studi hanno dimostrato che nel dolore cronico l'uso della PCA permette di ottenere risultati antidolorifici simili a quelli raggiungibili con i metodi classici di somministrazione. Non solo: spesso la dose totale di analgesico utilizzata con questo metodo è inferiore a quella stabilita dal medico. Molti malati inoltre preferiscono questa tecnica di analgesia perché permette loro di decidere da soli quando c'è bisogno del farmaco: questo è un dato importante perché stimola lo spirito di iniziativa e di responsabilità dei malati.

La tecnica di autosomministrazione sembra utile soprattutto nei casi, molto frequenti, in cui nell'arco delle 24 ore compaiono punte acute di dolore dovute a movimenti inevitabili oppure in coincidenza di determinati orari. In questi casi il paziente può iniettarsi la morfina solo nei momenti in cui ne ha più bisogno oppure decidere una infusione continua del farmaco con la possibilità di aumentare la dose al momento opportuno: la seconda modalità è quella più utilizzata.

Attualmente la PCA viene usata in via sperimentale. Nel prossimo futuro l'Unità di Terapia del dolore e quella di anesthesiologia dell'Istituto hanno intenzione di incentivare l'autosomministrazione: questa appare infatti un metodo di analgesia adatto ai pazienti e all'organizzazione dell'Istituto dei Tumori di Milano.

Da chi farsi aiutare: gli indirizzi utili

Vi sono centri e strutture pubbliche oppure associazioni ed enti privati che hanno una specifica competenza nel problema del dolore oncologico o che sono in grado di indicare le strutture competenti.

I centri elencati sono tutti in Milano o nelle zone limitrofe.

I loro recapiti telefonici possono essere preziosi per i malati, o per i loro familiari che, da casa, desiderano una consulenza o un intervento relativi al trattamento del dolore.

Presso la **Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori**, via Venezian 1, tel. 02 2390 1

- Unità di Riabilitazione, Terapia del dolore e Cure palliative
responsabile: dott. Augusto Caraceni
tel. 02 2390 2554 oppure 02 2390 2534.
Oltre che offrire tutti i servizi ai pazienti interni ed esterni, fornisce anche gli indirizzi in tutta Italia degli altri Centri specializzati nel controllo del dolore e i suoi sintomi.
- Unità Operativa di anestesia e Rianimazione:
responsabile: Prof. Martin Langer
tel. 02 2390 2282
- Unità di psicologia:
tel. 02 2390 2819

Centri pubblici o convenzionati

- **Istituto Europeo di Oncologia**, Centro di terapia del dolore
dottor Sbanotto
tel. 02 574891
- **Osp.le San Carlo**, Divisione di oncologia medica
dottor Vinci
tel. 02 4022 2270
- **Osp.le San Paolo**, Servizio di oncologia
dott. Frontini
02 8184583, 8184493
- **Osp.le Buzzi**, Terapia del dolore,
dott. Corli
tel. 02 5799 5353
- **Istituti Clinici di Perfezionamento** (via Commenda), Terapia del dolore
dr.ssa Piva
tel 02 5799 2713-14

- **ASL di Milano**, via Ripamonti 20, Cure palliative,
dott. Barbieri
tel. 02 5830 5603
- **ASL di Milano**, C.so Italia 17, Cure palliative,
dott. Grosso, dottor Scaglione
tel. 02 7251 1210
- **Osp.le Bassini** (Cinisello), Terapia del dolore,
dr.ssa Speranza
tel. 02 6183 1145
- **Osp.le Sesto San Giovanni**, Cure palliative,
dott. Concoreggi, dottor Moise
tel. 02 2625 7235
- **Osp.le Vimercate**, Centro cure palliative,
dott. Carozzo, dottor Stagi
tel. 039 6654 422
- **Osp.le Corsico**, Centro cure palliative, Vidas,
tel. 02 725111
- **Osp.le Garbagnate**, Centro cure palliative,
dott. Zucco
tel. 02 9951 3376
- **Osp.le Melegnano**, Centro cure palliative,
tel. 02 9805 2388 - 9805 5135
- **Osp.le Desio**, Centro cure palliative,
dott. Gallucci
tel. 0362 383270
- **Abbiategrasso**, Hospice,
dottor Lorenz
tel. 02 9496 3802

Associazioni o enti privati

- **Fondazione Floriani**,
tel. 02 7202 2493
- **VIDAS**,
tel. 02 725111
- **ADI** (zona di Paullo e Peschiera),
tel. 02 9486212