

# IL DOLORE

*Che cos'è il dolore oncologico.*

*Con quali farmaci si può controllare ? Gli altri metodi per trovare sollievo. A chi rivolgersi*

## I MANUALI DI ULISSE



PROGETTO ULISSE

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori



*Si ringrazia per le revisioni del testo:*

Edizione 2017:

Augusto Caraceni, Rossella Brambilla, Alessandra Pigni, Martin Langer.

Rilettura e revisione a cura di Wilma e Antonio, ex-pazienti oncologici e membri delle Associazioni che collaborano con l'Istituto Nazionale Tumori

Edizione 2000:

Franco De Conno, Carla Ripamonti, Mariagrazia Bonalumi, Alessandro Pupa, Augusta Balzarini, Luciana Murru e Marcello Tamburini

Ideazione e coordinamento

Giovanni Padovani e Roberto Mazza

*Ultima revisione: 2° edizione giugno 2017*

a cura di Ivan Pozzati



# Sommario

<i>Introduzione</i> .....	6
CAPITOLO PRIMO .....	7
<i>Che cos'è il dolore oncologico ?</i> .....	7
<i>Box 1 – La scala del dolore</i> .....	17
<i>Box 2 - L'esperienza dei malati</i> .....	19
<i>Come si cura il dolore oncologico ?</i> .....	21
<i>Box 3 - Radioterapia contro il dolore: il progetto AmARAnta</i>	31
<i>Box 4 – I diversi gruppi di analgesici</i> .....	33
CAPITOLO SECONDO .....	35
<i>Il dolore post-operatorio</i> .....	35
<i>Box 5 – L'analgesia controllata dal paziente</i> .....	42
<i>Box 6 – L'analgesia con catetere peridurale</i> .....	43
<i>Box 7 - Il dolore post operatorio</i> .....	44
<i>Il poster del dolore inutile</i> .....	45



## *Introduzione*

Il dolore è un' esperienza comune che incontriamo nella vita in molti modi e in diverse occasioni, dobbiamo conoscerlo e sapere come interpretarlo. Il dolore ci avvisa di qualcosa che non va e ci consiglia di consultare un medico, il dolore è uno sgradito compagno di chi soffre di patologie croniche come l'artrosi e la cefalea. Nella malattia tumorale il dolore è temuto e contribuisce al quadro tradizionalmente fosco che descrive la malattia oncologica nelle sue fasi avanzate. Oggi dobbiamo essere consapevoli che il dolore non è inevitabile, non va sopportato per provare di essere un bravo paziente o un paziente coraggioso. Il dolore va conosciuto e va trattato come uno degli obiettivi delle cure mediche. La valutazione e la cura del dolore fanno parte di tutti gli schemi e i protocolli di cura in ogni situazione nella quale tutti noi ci possiamo ritrovare, dal pronto soccorso, alla sala postoperatoria dopo un intervento chirurgico, al dolore cronico provocato da un tumore. La cura del dolore mette la medicina di fronte alla necessità più evidente di confrontarsi con la soggettività della persona malata, di rendersi capace di ascoltare e valorizzare le differenze soggettive e di basare i propri interventi in condivisione con il malato e la sua percezione. Nella cura della malattia oncologica la continua attenzione al dolore deve essere un esempio della collaborazione tra tutte le discipline che concorrono alla terapia: chirurgia, oncologia medica, radioterapia, anestesia e rianimazione e cure palliative. Valutazione accurata con metodologie standardizzate e condivise, protocolli di terapia e consulenza specialistica devono essere disponibili per ogni paziente e vanno individualizzati secondo i suoi bisogni, dettati dagli elementi oggettivi e soggettivi della malattia che si sta affrontando.

Abbiamo i mezzi per rispondere sempre a chi ha dolore e anche la legge tutela il diritto dei cittadini ad avere accesso a terapia del dolore e cure palliative appropriate. Questo libretto cerca di dare alcune informazioni un po' più dettagliate che possono essere utili quando noi o un nostro caro siamo malati di tumore e ci interroghiamo sui dolori che avvertiamo o che temiamo di incontrare.

**Dott. Augusto Caraceni**

Direttore s.c. Cure Palliative, Terapia del dolore e Riabilitazione  
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

---

CAPITOLO PRIMO

## *Che cos'è il dolore oncologico ?*

In molti campi la medicina ha saputo illustrare efficacemente le conquiste realizzate negli ultimi decenni. Questo è avvenuto anche in settori molto complessi, come i trapianti e la diagnosi precoce dei tumori: tutti sanno, oggi, che cosa vuol dire 'trapianto di fegato' o 'mammografia'. Relativamente al dolore, invece, vi sono ancora molti punti oscuri. Esistono dolori 'intrattabili', cioè impossibili da controllare con una terapia? Si può eliminare il dolore cronico? I farmaci analgesici è meglio prenderli subito, appena la sofferenza compare, oppure più tardi?

Per gran parte di noi questi sono problemi esclusivamente teorici dal momento che le nostre sofferenze fisiche sono sporadiche e non durano a lungo. Ma per i malati di tumore si tratta di questioni vitali: molti di loro, infatti, hanno a che fare con un dolore cronico e per altri, che non l'hanno mai provato e che fortunatamente non lo proveranno mai, questa è una possibilità che comunque preoccupa.

Scopo di questo capitolo è spiegare che anche durante la malattia i farmaci analgesici, prescritti alle giuste dosi e somministrati con regolarità, sono in grado attualmente di controllare il dolore cronico fino a renderlo sopportabile. Permettono di dormire, consentono di lavorare, di avere una vita normale. Le persone colpite da tumore hanno diritto di sapere che si può vivere da malati, ma liberi dalla sofferenza fisica.

E' anche importante capire – questo è il secondo obiettivo del capitolo – che per combattere il dolore non sono sufficienti buoni specialisti, ma ci vuole soprattutto la collaborazione di chi prova dolore. Il dolore infatti, non è solo un sintomo ma un'esperienza soggettiva. La sofferenza fisica non si può 'misurare' come la febbre o la pressione arteriosa: se il paziente non lo racconta, chi si prende cura di lui non può sapere se il dolore esiste e di che tipo è. E' anche necessario partecipare attivamente alla cure analgesiche. Anche in questo caso una buona alleanza tra il paziente e gli operatori rende la malattia più facile da vivere e la soluzione dei problemi più vicina.



**- Mi è stata fatta una diagnosi di tumore: che probabilità ho di provare dolore ? A quali sofferenze andrò incontro ?**

**Risposta:** <<Avere un tumore non significa necessariamente provare dolore. La metà circa delle persone ammalate di tumore non avrà bisogno di trattamenti di questo importante sintomo. L'altro 50% dei malati di tumore farà prima o poi una esperienza di dolore fisico. Bisogna tenere presente, però, che i dolori legati alla malattia possono essere di diverso tipo:

- A volte i malati provano dolore perché la massa tumorale comprime alcuni nervi oppure infiltra le ossa o altri organi. Il dolore si può manifestare anche in zone diverse da quella in cui è localizzato il tumore.

- Altre volte il dolore è un esito delle cure contro il tumore. L'intervento chirurgico può causare dolori acuti al momento del risveglio dall'anestesia o, molto raramente, dolori cronici; la chemioterapia e la radioterapia possono provocare dolore determinando delle infiammazioni localizzate (stomatiti, ustioni, flebiti etc).

- Altre volte non è la malattia a provarli ma gli esami necessari per approfondire la diagnosi. Per esempio una gastroscopia o il prelievo di midollo possono essere molto fastidiosi soprattutto se il paziente è molto teso, poco informato oppure l'esame particolarmente laborioso.

- Il dolore oncologico può manifestarsi in diverse fasi della malattia. Per qualche paziente è il segnale più precoce del tumore, quello che spinge alla prima visita medica: altre volte si manifesta più avanti, durante il decorso della malattia. Anche l'intensità del dolore cambia da caso a caso>>.

**- Devo sempre riferire l'intensità del dolore ?**

**R:** <<E' sempre importante riferire al medico e all'infermiere l'intensità e il tipo di dolore che si avverte per permettere loro di intervenire adeguatamente sia sul dolore che sulla malattia. Il dolore spesso è indice di modificazioni importanti del tumore e il medico deve esserne informato accuratamente.

Sopportare il dolore non serve e anzi può essere di ostacolo a una migliore cura del tumore. Non meno importante è sapere che riferire precisamente intensità e qualità del dolore mette nelle condizioni di adeguare la terapia diretta al controllo del dolore .

- **Attualmente, quali sono le possibilità di controllare il dolore oncologico ?**

**R:** <<Il controllo del dolore oncologico è legato prima di tutto al successo delle cure: se il tumore guarisce, qualsiasi dolore abbia provocato, questo è destinato a scomparire. A volte rimangono degli esiti, rari e specifici di certi interventi e cure. Ma durante il decorso della malattia il controllo del dolore dipende da come vengono utilizzati caso per caso i farmaci analgesici (o antalgici, cioè anti-dolore). Conta anche la reazione dei singoli pazienti: quella del dolore è un'esperienza soggettiva, nessuna persona soffre esattamente come un'altra e anche la risposta ai farmaci analgesici varia da individuo a individuo. Per questo motivo è sbagliato confrontare tra loro le esperienze dei singoli malati: il fatto di provare 'più dolore' oppure di essere costretti a prendere analgesici 'più forti' può dipendere anche da fattori strettamente individuali - come, per esempio, il livello di ansia, la sensibilità al dolore e la risposta ai farmaci - e non necessariamente dalla gravità della malattia>>.

- **Esistono dolori intrattabili, cioè che non possono essere controllati?**

**R:** <<La risposta è no. La paura di andare incontro a dolori così potenti da diventare a poco a poco insopportabili è molto diffusa tra i malati di tumore ma in linea di massima una situazione di questo tipo non si verifica più. Nei paesi sviluppati la terapia del dolore può contare attualmente su farmaci e trattamenti antalgici che sono in grado di contrastare quasi tutti i tipi di sofferenza fisica. E' vero, però, che vi sono dolori facili da trattare ed altri che non lo sono e che il tempo necessario per cancellare il dolore può essere più o meno lungo, secondo i casi. Alcuni dolori, infine, possono essere

eliminati completamente mentre altri vengono soltanto attenuati, fino a renderli sopportabili.>>.

**- Quando le speranze di guarigione diminuiscono è ancora possibile controllare il dolore ?**

**R:** <<Sì, questa è l'esperienza trentennale della SC di Cure palliative' Terapia del dolore e Riabilitazione, e dell'Istituto dei Tumori di Milano. Tutti gli studi internazionali confermano questa risposta: è sempre possibile controllare il dolore fino a renderlo sopportabile. Una buona terapia analgesica può liberare dal dolore anche quando la malattia progredisce. Le sensazioni negative dei malati più gravi, tuttavia, dovrebbero essere definite 'sofferenza' piuttosto che dolore. Per queste situazioni è stato anche usato il termine di "dolore totale" che tiene conto della sofferenza fisica, psicologica, sociale e spirituale, che va affrontato per mezzo di interventi di equipe multidisciplinari di cure palliative e della integrazione con le discipline oncologiche.

**- Perché il dolore va curato e possibilmente cancellato ?**

**R:** <<Perché è un diritto ed è possibile farlo. Bisogna partire dalla convinzione, non a tutti evidente, che vivere senza dolore è un diritto sacrosanto di tutti gli uomini, sia bambini sia adulti: questo diritto appartiene a chiunque, indipendentemente dalla sensibilità individuale e dalle condizioni di salute. Da parte loro i medici hanno il dovere di offrire ai loro pazienti tutti gli strumenti che permettono di vivere liberi dal dolore.. In Italia oggi la legge tutela il diritto dei cittadini a ricevere terapia del dolore e cure palliative adeguate.

**- Quali sono le conseguenze del dolore cronico ?**

**R:** <<Quando non è episodico e tende a diventare frequente o addirittura continuo, il dolore viene definito cronico. Quello oncologico è un dolore di questo tipo. La sofferenza cronica toglie serenità e tranquillità; diminuisce l'appetito, non fa dormire; rende difficile o impossibile l'attività quotidiana e

improvvisamente può complicare i rapporti con parenti e amici. In linea generale si può dire che il dolore cronico logora l'esistenza e fa perdere il gusto della vita. Al contrario, il semplice fatto di eliminarlo o di attenuarlo può restituire la voglia di vivere anche a chi è malato. Purtroppo nella cultura prevalente l'idea di dolore viene associata strettamente a quella di malattia: non c'è malattia, si pensa, senza dolore. Non è vero. Una malattia con poca sofferenza fisica è possibile ed è da questa certezza che nasce la volontà di 'curare il dolore'>>.

- **In quale momento bisogna chiedere aiuto ?**

**R:** <<Quando il dolore non è più un fatto episodico e passeggero ma diventa continuo e monopolizza la vostra attenzione: questo è il momento in cui farvi aiutare. Si deve trattare il dolore precocemente. L'ideale, dicono gli specialisti, sarebbe impedire anche il ricordo del dolore, cioè intervenire così precocemente da impedire che l'esperienza del dolore si fissi nella nostra memoria. Il fatto di avere avuto poche esperienze di sofferenza fisica aiuta a sopportare meglio il dolore. Al contrario, chi è passato attraverso grandi sofferenze può non riuscire a tollerare nemmeno un piccolo dolore: in questi casi si dice che la soglia del dolore è bassa. Tutto questo conferma che il dolore, di qualsiasi tipo sia, va affrontato e curato il più presto possibile. Qualche volta i risultati di un intervento precoce contro il dolore sono sorprendenti perché in poco tempo vengono recuperati grandi spazi di vita. Non va dimenticato, infine, che in molti casi il dolore aiuta il medico a fare la diagnosi o a precisarla: anche per questo bisogna parlarne il più presto possibile. >>.

- **Spesso, però, il dolore viene tenuto nascosto. Si fa fatica a parlarne oppure se ne parla quando non è più possibile tacere...**

**R:** <<Questo avviene perché il dolore evoca sempre un'esperienza negativa ed è naturale che, quando riappare, si cerchi di negarlo. La speranza è che passi presto, anche per questo non se ne parla volentieri. E' naturale che tutto

questo avvenga, però la tendenza a nascondere il dolore può essere sostenuta anche da alcune convinzioni sbagliate:

- Il dolore è inevitabile. E' vero che il dolore fisico, prima o poi, capita a tutti, ma oggi la medicina è in grado non solo di scoprirne le cause ma anche di mettere in atto efficaci strategie analgesiche. Non è vero, dunque, che il dolore bisogna tenercelo, come se fosse un destino inevitabile.
  
- Chi sopporta il dolore dimostra forza di volontà. Per certe persone e in certi momenti questo è vero ma quando si è malati vi sono molti altri modi di dimostrare le proprie doti: conservare la propria lucidità, per esempio, e continuare a fare le cose di sempre: mantenere la propria autosufficienza. Questi obiettivi d'altra parte sono possibili solo se il dolore viene curato e non è troppo forte.

Molte idee errate sul dolore appartengono alla nostra cultura e sono diffuse nella società in cui viviamo. Per questo motivo spesso non ne siamo consapevoli e non ci accorgiamo che il problema del dolore potrebbe essere affrontato con convinzioni diverse da quelle che abbiamo.

- **A quale medico bisogna raccontare il proprio dolore ?**

**R:** <<Va ribadito innanzitutto che il dolore neoplastico non può essere combattuto da soli: sono sempre necessari il parere e l'assistenza di un medico. Ci si può rivolgere al proprio medico di famiglia, ma se è già stato diagnosticato un tumore conviene parlare con l'oncologo che ci sta seguendo. Gli oncologi sanno come affrontare il dolore collegato al cancro. Può capitare, però, che l'oncologo non riesca a diminuire le vostre sofferenze fisiche oppure che non riesca a capire perfettamente ciò di cui il malato si lamenta. In questi casi potete rivolgervi allo specialista di cure palliative e terapia del dolore . Questo specialista insieme a un'équipe di medici e infermieri specializzati nel controllo della sofferenza neoplastica saprà aiutarvi. Essa è formata da medici e da infermieri che seguono in Istituto o a domicilio, 1500 pazienti all'anno. In via Venezian dispone attualmente di 10 letti di degenza in Hospice, di un day-hospital e di un ambulatorio: effettua

consulenze in reparto di degenza e, tutte le volte che è necessario, anche interventi a domicilio. I pazienti vengono seguiti per tutto il tempo necessario a mantenere, d'accordo con i medici curanti, un programma analgesico efficace.

La SC di Cure Palliative, Terapia del dolore e Riabilitazione può essere contattata di persona oppure telefonando in orario d'ufficio ai seguenti numeri: 02/23902243 (ambulatorio ) 02 23903272 (Hospice ) o 0213903184 (assistenza domiciliare)

### - **Come parlarne ?**

**R:** <<Il dolore è una sensazione soggettiva: non esistono strumenti – come per la febbre – che siano in grado di misurarlo: e della sofferenza fisica dei suoi pazienti il medico sa esclusivamente quello che gli viene detto. Per questo motivo è essenziale ascoltare attentamente la descrizione del dolore. Se il sintomo-dolore viene raccontato bene, e il medico ascolta con attenzione si può risalire alla causa e prescrivere gli analgesici adatti a controllarlo: in caso contrario può essere difficile.

- La localizzazione. In quale parte del corpo compare il dolore ? E' localizzato oppure è diffuso?

- L'intensità. E' un dolore intenso o no ? E 'quanto' è intenso ? Esistono anche delle 'scale del dolore' (vedi oltre ) che aiutano i malati a descrivere con precisione l'intensità del dolore.

- Il tipo del dolore. Ci sono dolori continui oppure dolori 'pulsanti' o acuti come la puntura di uno spillo o come una coltellata: il vostro di che tipo è ?

- Le circostanze. Vi sono posizioni o situazioni che fanno insorgere o aumentare il dolore e altre che lo riducono ? Alcuni dolori possono essere più forti di giorno che di notte o viceversa: tutte le circostanze in cui il dolore compare, aumenta oppure diminuisce vanno riferite perché possono aiutare il medico a interpretarlo meglio.

Qualche volta può essere più facile parlare con il medico del proprio dolore facendosi aiutare da un parente, da un amico oppure da un infermiere>>.

- **E' vero che l'ansia oppure la depressione possono far aumentare le sensazioni dolorose ?**

**R:** <<Si, però accade più frequentemente il contrario: è il dolore, cioè, a provocare, anche se inconsciamente, ansia e sindromi depressive. Il collegamento tra sofferenza fisica e stati d'animo è un problema su cui riflettere perché da una sua errata impostazione possono nascere decisioni sbagliate. Molte persone, per esempio, pensano che se durante il giorno o prima di addormentarsi assumono dei tranquillanti sopporteranno meglio il dolore: ma non è vero perché questi farmaci non agiscono sulla sofferenza fisica. Di fronte a qualsiasi tipo di dolore i provvedimenti da prendere sono altri. La prima cosa da fare è cercare di identificare la causa per eliminarla, cioè curare e guarire la malattia da cui siete colpiti. La seconda cosa da fare (a volte urgentemente) è farsi prescrivere una efficace cura analgesica. A volte, infine, la situazione psicologica della persona può essere tale da richiedere la somministrazione di qualche psicofarmaco o il colloquio con uno psicologo. Se la persona è affetta da una sindrome depressiva e vede tutto nero attorno a sé, anche un dolore leggero può essere interpretato come un segnale fortemente negativo. In questi casi la somministrazione di farmaci antidepressivi e l'intervento del Servizio di Psicologia dell'Istituto (tel. 02/23902800) potrebbero essere preziosi>>.

- **Alcune delle persone che mi stanno accanto pensano che io esageri e che il mio dolore non sia così forte come a me sembra**

**R:** <<Qualche volte capita. I parenti, gli amici e anche i medici o gli infermieri possano convincersi che il malato esagera i suoi sintomi magari perché ha, così si pensa, 'un temperamento fragile' oppure perché è una persona 'che tende a lamentarsi sempre'. Va ribadito a questo proposito che il dolore è una esperienza soggettiva e che soltanto chi lo prova può decidere se è leggero o forte. La storia personale, la cultura dell'ambiente in cui si è cresciuti e si vive e la struttura psicologica individuale sono elementi che



contribuiscono a fare di ogni dolore fisico, anche il più piccolo, un fatto irripetibile. Ogni individuo percepisce la sofferenza fisica a modo suo. Quando vi sembra che il vostro dolore non sia sufficientemente capito e rispettato e se desiderate un chiarimento su questo punto, parlatene prima di tutto al medico e all'infermiere che vi

hanno in cura , potete parlarne anche con chi vi è vicino e ha la vostra confidenza ma potete chiedere, se volete, anche l'intervento di uno psicologo>>.

**- Vorrei imparare a controllare meglio il dolore e a migliorare le mie capacità di sopportazione: è possibile ?**

**R:** <<In qualche misura è possibile. Negli ultimi decenni sono stati messi a punto diversi metodi psicologici di controllo del dolore. Si tratta di una serie di tecniche (training autogeno di Schultz, rilassamento muscolare progressivo di Jacobson, più recentemente il biofeedback) che hanno assunto negli ultimi anni una sempre maggiore rilevanza clinica soprattutto per quanto riguarda la gestione dei sintomi da stress, tra i quali possiamo includere anche alcune forme di dolore. Nelle terapie di rilassamento si possono comprendere anche tecniche di meditazione Zen e trascendentali nonché l'ipnosi e la visualizzazione guidata.

Dal punto di vista del controllo della sofferenza fisica, l'utilità pratica di queste metodologie nasce dalla constatazione che molte situazioni di stress e di tensione funzionano da amplificatore degli stimoli dolorosi: quando siamo preoccupati o malinconici non soltanto le sensazioni dolorose ma anche il rumore e perfino la luce possono diventare insopportabili. Le tecniche di rilassamento, al contrario, tendono a ricreare dentro di noi emozioni positive, di dolcezza e di tranquillità: all'interno di questi stati emotivi la sofferenza fisica si attenua e diventa meno intensa. Alcuni di questi metodi di rilassamento sono utilizzati dal Servizio di psicologia dell'Istituto dei Tumori di Milano: si tratta, in particolare, del training autogeno, del rilassamento muscolare progressivo, dell'ipnosi e delle visualizzazioni guidate. Sono tra le tecniche anti-stress più diffuse e più ricche di letteratura scientifica e clinica.



I metodi psicologici , nel caso del dolore cronico legato a un tumore non sostituiscono l'azione dei farmaci analgesici ma possono integrarne l'efficacia. Se siete interessati a questo tipo di interventi anti-dolore potete rivolgervi al Servizio di psicologia dell'Istituto. Sarebbe comunque sbagliato, infatti, pensare che il rilassamento e l'autocontrollo siano metodi 'facili' e che in questo campo sia possibile una qualche forma di fai-da-te>>.

- **Bisogna parlare con il medico anche durante la cura ?**

**R:** <<E' indispensabile. Il medico non soltanto stabilisce la cura ma ne deve sorvegliare l'andamento a intervalli regolari: di solito ogni settimana oppure ogni 15 giorni quando il malato è a casa, molto più spesso durante il ricovero in ospedale. Sono soltanto le vostre impressioni soggettive che confermeranno al medico che la cura scelta è quella giusta oppure che gli suggeriranno di aggiustare le dosi, di valutare eventuali effetti collaterali o di cambiare i farmaci>>.

- **Vi sono casi in cui il medico va chiamato urgentemente ?**

**R:** Si: quando il dolore ritorna a essere intenso nonostante l'assunzione dei farmaci che vi erano stati prescritti oppure quando compaiono effetti collaterali che non erano stati previsti: la risposta agli analgesici è diversa da caso a caso e può manifestarsi in modo inatteso. Ma anche in queste circostanze le speranze di miglioramento sono affidate alla collaborazione tra il malato e il suo medico:In questo caso mettetevi in contatto tempestivamente con il medico o l'infermiere del centro. .

## ***Box 1 – La scala del dolore***

Per aiutare chi prova dolore, e chi si prende cura della persona che lo sta sperimentando, esistono delle ‘scale del dolore’. E’ indispensabile fidarsi del giudizio della persona che lo esprime ma è necessario anche renderlo ‘misurabile’ e ‘confrontabile’.

**COME:** All’Istituto dei Tumori di Milano è previsto l’utilizzo di una scala numerica del dolore . L’operatore rivolgerà la seguente domanda:

**“ Descriva, in questo momento, l’intensità del suo dolore con un numero da 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo dolore che si possa immaginare) “**

Il dolore sarà valutato a **riposo (R)** e al **movimento (M)**, perciò l’operatore prosegue chiedendo:

**“Se fa un respiro profondo, o un colpo di tosse o se si alza dal letto il dolore aumenta?**

**Se sì quanto diventa intenso? “**

Non sempre le persone sono in grado di esprimere l’intensità del dolore con un numero; è utile utilizzare una scala con degli aggettivi :

nessun dolore

dolore lieve, dolore moderato, dolore forte

dolore molto forte

dolore insopportabile

### **QUANDO:**

All’ingresso del paziente in reparto o day hospital, con particolare attenzione ai pazienti che abbiano avuto dolore nelle 24 ore precedenti al ricovero o che abbiano assunto farmaci antidolorifici (terapia cronica o estemporanea).

Durante la degenza, Si rileva il dolore almeno 2 volte al giorno in occasione del rilievo dei parametri vitali.

Si intensifica la frequenza delle rilevazioni:

- dopo trattamenti per i quali è prevedibile che il paziente abbia dolore (trattamenti chirurgici, manovre invasive, trattamenti farmacologici che possono generare dolore, trattamenti radioterapici, etc.)
- quando il paziente (o un suo familiare in sue veci) segnala di avere dolore
- in assenza di segnalazione del paziente, quando la comunicazione non verbale lo faccia sospettare
- dopo trattamenti antalgici (farmacologici o di altro tipo) per verificare la riduzione della sintomatologia dolorosa e il sollievo del paziente

## *Box 2 - 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 fece 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, pensando che i miei dolori fossero “passeggeri”. ‘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 Cure Palliative >>.

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 dà 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>>.

## *Come si cura il dolore oncologico ?*

La Morfina è il farmaco di riferimento per il controllo del dolore e il suo nome non deve spaventare come accaduto in passato a causa di una vasta disinformazione e di errati pregiudizi sociali. La morfina 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, . Alcuni Chiarimenti

La morfina viene utilizzata da anni per rendere sopportabili i dolori oncologici più severi. Il Centro di Cure Palliative dell' 'Istituto dei Tumori di Milano di via Venezian ha accumulato in proposito una enorme esperienza e infatti, è stato ed è tutt'ora, il centro di riferimento per le linee guida internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità 1986) ed europee sull'uso della morfina nel dolore da cancro. D'altra parte, sul conto della morfina 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 ? E' vero che intontisce ? Buona parte delle domande di questo capitolo esprimono i sospetti e le incertezze sulla morfina che 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 oppure a volte sono gli stessi medici non sufficientemente informati a sconsigliarla. 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.

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

R: <<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 trattare 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 >>

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

R: <<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 diminuisce, 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.

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

-

R: <<Sì. Questa classe di farmaci (i singoli prodotti sono elencati a pagina) 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 e sono controindicati nei

pazienti con patologie cardiologiche ischemiche e anziani. Considerati questi effetti collaterali, i malati di tumore debbono attenersi alle dosi che sono prescritte dal medico: al medico va anche chiesto come assumere questo tipo di analgesici. La possibilità di effetti negativi sullo stomaco diminuisce infatti se i FANS vengono assunti a stomaco pieno: esistono anche 'gastroprotettori' (vanno prescritti dal medico) da prendere insieme agli analgesici>>. Il paracetamolo appartiene allo stesso livello terapeutico dei FANS e va sempre preferito per la sua minore tossicità e ottima tollerabilità alle dosi prescritte dal medico senza mai superare il dosaggio massimo di 3 gr al giorno. Dosi elevate di paracetamolo oltre i 4 gr al giorno sono pericolose.

**- Quali sono le caratteristiche dei farmaci che, come la codeina, appartengono alla seconda classe degli analgesici oncologici, i cosiddetti 'oppioidi minori' ?**

R: <<Gli analgesici della seconda classe agiscono, direttamente sul sistema nervoso centrale, dove il dolore viene percepito. Questi farmaci sono dotati di maggiore efficacia rispetto agli anti-infiammatori e al paracetamolo 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, e il tapentadolo che si possono classificare nello stesso gruppo,



agiscono in parte sugli stessi meccanismi sui quali agisce la morfina. Questi farmaci hanno però anche attività diverse da quelle della morfina che il medico specialista può sfruttare per il controllo del dolore. Oggi le nuove linee guida della Società Europea di Cure Palliative (EAPC) prevedono che anche basse dosi di morfina possono rientrare nella seconda classe di analgesici per il dolore moderato.

**- 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 ?**

R: < Se la morfina è usata nel modo appropriato non è mai “una droga”: si tratta di un farmaco che permette di vivere meglio alle persone con problemi di dolore acuto e cronico. L’efficacia e la sicurezza 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 la morfina è un analgesico molto efficace nel dolore cronico oncologico, 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 metadone, ossicodone, idromorfone, fentanyl e buprenorfina, 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 ?**

R: <<La risposta è no anche se questo è un timore diffuso. Come abbiamo detto, 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’utilizzo della morfina contro il dolore è un’esperienza personale radicalmente diversa dall’utilizzo a scopo di piacere o di evasione dalla realtà. E’ rarissimo che il malato di tumore che ha fatto ricorso alla morfina come analgesico diventi vittima di quella dipendenza psicologica che è caratteristica di chi si droga. La riprova sta nel fatto che, non appena possono, le persone malate 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 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 si può concludere con la guarigione. E' utile anche ai bambini malati di tumore>>>.

**- E' vero che qualche volta è necessario aumentare le dosi della morfina ?**

R: <<Si. 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 tolleranza, può avere due cause: il fatto che il dolore aumenti di intensità oppure che siano richieste 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 ridurre l'incidenza e come gestire nel tempo la terapia cronica con la morfina e gli altri farmaci simili.

**- E' vero che la morfina intontisce e fa perdere la coscienza ?**

R: <<No. Questa è una delle idee che concorre, a disegnare il 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, gli effetti collaterali della morfina vengono esagerati fino alla deformazione: il risultato è che ai malati la morfina qualche volta viene negata anche quando gli altri analgesici non funzionano. Per quanto riguarda la riduzione della coscienza, in particolare, decine di anni di esperienza hanno dimostrato che la morfina, come tutti gli oppioidi maggiori, può permettere al malato di conservare 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 ?**

R: <<Come per tutti i farmaci ci sono effetti collaterali ma non tutti i malati che prendono lo stesso farmaco hanno gli stessi effetti collaterali e, soprattutto, 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 l'uso profilattico di protettori della mucosa gastrica e il rispetto delle dosi.

- Stitichezza. E' dovuta principalmente agli oppioidi. Viene combattuta prima di tutto da una alimentazione adeguata: una dieta ricca di vegetali, e di olio crudo e con un sufficiente apporto di acqua, è la più indicata. La gestione di questo disturbo va sempre concordata e discussa con il medico e può includere l'uso regolare di lassativi. Oggi si può ricorrere anche a farmaci oppioidi in combinazione con naloxone allo scopo di migliorare la sintomatologia pur rimanendo invariata l'efficacia sul controllo del dolore.

- **Sonnolenza.** Gli oppioidi maggiori possono provocare sonnolenza, soprattutto nei primi giorni.. Un effetto sedativo va sempre bilanciato con l'efficacia analgesica e può costituire un limite della terapia con morfina
- 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 più gravi di molte delle terapie che i pazienti con tumore assumono, anzi sono ottimamente tollerati: ma la loro somministrazione va prescritta e sorvegliata dal medico e ci possono essere casi complessi per i quali il controllo degli effetti collaterali e l'adeguamento della terapia richiede l'intervento, come accennato già in questo libretto, dello specialista delle cure palliative o di terapia del dolore>>.

### **- Come vengono somministrati i farmaci anti-dolore ?**

R: <<Oltre a disporre di molti farmaci analgesici, l'oncologia e le cure palliative possono 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 cure palliative dell'Istituto vengono utilizzate diverse vie di somministrazione. La via di somministrazione di prima scelta è quella orale, in alternativa si ricorre alla via transdermica: un cerotto applicato sulla pelle che 72 ore rilascia costantemente una prestabilita quantità di farmaco. In alcuni casi è anche possibile l'infusione continua, con un dispositivo che infonde lentamente il farmaco attraverso un ago inserito stabilmente in una vena o nel sottocute. Esistono inoltre vie di somministrazione per un rapido sollievo: trans mucosa orale (compresse da sciogliere in bocca) e nasale (da spruzzare nel naso). 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 o

soffre già di forte stipsi, per esempio, possono essere preferibili farmaci in combinazione con naloxone o somministrati per via tran dermica . Spetterà al medico, poi, valutare la situazione dei singoli malati, 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 ?**

R: <<Quando si vuole contrastare un dolore cronico, come quello oncologico, gli analgesici vanno assunti a intervalli regolari: questo è il modo migliore per impedire che il dolore, diventi troppo forte. E' 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 analgesica.

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

R: <<Tutti i farmaci che contrastano il dolore oncologico, compresa la morfina, possono essere presi sia in ospedale che a casa. Il Centro di Cure Palliative, Terapia del dolore e Riabilitazione dell'Istituto dei Tumori di Milano dispone anche di un Servizio di assistenza domiciliare che fa parte della rete di cure palliative della città di Milano. Ne possono usufruire tutti i malati di tumore che abitano nelle zone di riferimento del servizio. Informazioni telefoniche sul Servizio domiciliare dell'Istituto dei Tumori possono essere richieste allo 02-23902814. I pazienti che non possono usufruire direttamente del servizio, per la localizzazione del loro domicilio, saranno messi in contatto dal coordinatore del nostro servizio domiciliare con altri centri di cure palliative della rete milanese ed eventualmente anche in lista di attesa per il ricovero in hospice per chi ne avesse necessità .

**- Quanto costano gli analgesici ?**

R. <<In Italia tutti i farmaci analgesici oppioidi e non oppioidi, sono gratuiti e, quando vengono utilizzati per il dolore oncologico, non si richiede neppure il pagamento del ticket.

- **Vorrei sapere qualcosa dei cosiddetti farmaci adiuvanti**

R: <<Questi prodotti medicinali potenziano l'attività degli analgesici, possono ridurre l'utilizzo dei farmaci "maggiori" quindi degli effetti collaterali 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. Vi sono farmaci che vengono utilizzati per alcuni tipi particolari di dolori come i dolori neuropatici, tra questi alcuni antidepressivi, anticonvulsivanti (farmaci che si usano anche per l'epilessia) e i cosiddetti gabapentinoidi (gabapentina e pregabalin). I bifosfonati e il denosumab sono farmaci utilizzati anche contro l'osteoporosi ma hanno dimostrato di essere

efficaci anche nel trattamento delle metastasi ossee e a lungo termine anche sul dolore causate da esse.

- I cannabinoidi cioè i derivati della cannabis sono utili come adiuvanti per il dolore oncologico ?

I cannabinoidi sono i principi attivi che si trovano nelle preparazioni derivate dalla cannabis sativa (marijuana) ad uso voluttuario per assunzione orale o per via inalatoria (fumate come sigarette). Oggi preparazioni di Cannabis sono prescrivibili ma non ancora rimborsabili in tutte le regioni Italiane. Sono sostanze con un'azione farmacologica sul nostro sistema nervoso centrale che producono effetti utili in alcune indicazioni come l'emesi da chemioterapia e alcuni sintomi neurologici specifici.

La loro utilità nel dolore oncologico è dubbia. Parlatene con lo specialista di cure palliative ma il loro uso nel dolore oncologico non è di prima scelta.

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

R: << La radioterapia è efficace e va sempre considerata specialmente quando il dolore è localizzato nel tessuto osseo e in particolare è localizzato a sedi ben identificate radiologicamente della colonna vertebrale, del bacino o delle ossa lunghe. La radioterapia non ha effetto immediato e va quindi sempre accompagnata da un trattamento farmacologico.

### *Box 3 - Radioterapia contro il dolore: il progetto AmARAnta*

Presso la Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica 1 della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano nell'Ambulatorio per l'attivazione di Radioterapia antalgica/palliativa ( AmARAnta), sono effettuate le prime visite di pazienti che necessitano di un trattamento radiante per il controllo della sintomatologia derivante da lesioni secondarie, prevalentemente ossee.

Le visite sono effettuate da un Radioterapista Oncologo dedicato e sono spesso integrate dalle consultazioni con i Colleghi della Terapia del Dolore e dell'Oncologia Medica, con i quali è condivisa l'impostazione delle terapie antalgiche e concordato il timing del trattamento, anche in funzione delle terapie farmacologiche in corso.

Per pazienti fortemente sintomatici e in particolari situazioni cliniche la radioterapia viene somministrata con una singola frazione di 8 Gy: nella stessa giornata, dopo la prima visita nell'ambulatorio Amaranta, i pazienti sono avviati alle procedure di TC simulazione e pianificazione dosimetrica e dopo aver effettuato la seduta di radioterapia rientrano al loro domicilio , con indubbio vantaggio clinico, psicologico e logistico.

Le visite si effettuano tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 9.30 e possono essere prenotate al CUP radiologico ( 02.23901) con impegnativa per “prima visita di radioterapia – Amb Amaranta”.

Informazioni presso la segreteria di Radioterapia ,  
[Segreteria.Radioterapia1@istitutotumori.mi.it](mailto:Segreteria.Radioterapia1@istitutotumori.mi.it), tel 02 23902480



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. Contro il dolore oncologico si può utilizzare anche il blocco delle fibre nervose (blocco dei gangli simpatici, blocco peridurale, alcoolizzazione del plesso celiaco ecc.): un piccolo intervento chirurgico permette di iniettare in un punto preciso del sistema nervoso periferico sostanze che tolgono sensibilità a una parte del corpo o di posizionare temporaneamente cateterini in loco>>. Si possono utilizzare anche metodiche di somministrazione della morfina e di altri farmaci quasi direttamente nel midollo spinale come si fa per l'analgia durante il parto con la cosiddetta epidurale. Questi interventi possono richiedere il contributo di un medico specialista in anestesia e nella terapia anestesiológica del dolore.

- **Contro il dolore oncologico possono essere utili altre terapie?**

**R:** <<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 dovuti alla chirurgia e alla radioterapia fino a quelli più complessi dovuti all'evoluzione del tumore>>. Un intervento combinato farmacologico antalgico e riabilitativo che prevede l'uso di ausili protesici, una corretta mobilizzazione ed eventuali terapie fisiche è molto utile nei dolori oncologici che si associano a lesioni del sistema muscolo scheletrico e neurologico e viene messo a disposizione presso l'ambulatorio di riabilitazione dell'Istituto.

## *Box 4 – I diversi gruppi di analgesici*

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

### 1. La classificazione dell'OMS

Nel 1996 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha fatto una nuova classificazione dei farmaci utili per il controllo del dolore oncologico.

Per il dolore lieve: gli anti-infiammatori non steroidei e il paracetamolo

A questo gruppo di farmaci appartengono analgesici che vengono utilizzati per combattere anche i dolori più comuni come il mal di testa, il mal di denti, i dolori mestruali, i dolori artrosici eccetera. Il capostipite di questa classi di farmaci è l'aspirina ma ne esistono oggi moltissimi con proprietà in parte simili tra loro . Ebbene, secondo l'esperienza degli specialisti 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. L'uso prolungato di FANS va inoltre sconsigliato per la loro tossicità Il farmaco da preferire è il paracetamolo perché è quello con i minori rischi di effetti collaterali importanti.

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 tradizionalmente sono la codeina o l'ossicodone in combinazione con paracetamolo , il tramadolo, . Oggi si includono in questa categoria anche morfina e ossicodone a basso

dosaggio e il tapentadolo. Gli oppioidi minori possono essere utilizzati da soli o insieme ai FANS.

Per il dolore ‘severo’: gli oppioidi maggiori

Appartengono agli oppioidi maggiori la morfina, il metadone, l’ossicodone, l’idromorfone, la buprenorfina transdermica e il fentanyl transdermico, farmaci che hanno la tutti stessa efficacia. In una fase intermedia di terapia anche il tapentadolo può controllare il dolore a questo livello ma se il dolore è poco controllato alle dosi massime consigliate di tapentadolo va sostituito con la morfina. L’ossicodone in combinazione con naloxone è utile perché riduce la stipsi ma anche esso ha delle dosi massime non superabili. La morfina per via orale è il farmaco di prima scelta per i dolori severi: viene somministrata di solito a intervalli di 4 ore se in soluzione liquida oppure di 8 o di 12 ore, in compresse a lento rilascio. 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 da somministrare viene stabilita dal medico dopo aver osservato l’effetto antalgico ottenuto dalle prime somministrazioni. Come avviene per gli oppioidi minori, questi farmaci possono essere associati ai FANS o al paracetamolo.

## *Il dolore post-operatorio*

Nel box 2 si riporta l'esperienza di un paziente che due notti dopo essere stato sottoposto a intervento chirurgico, 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 ?

È vero che il dolore postoperatorio è passeggero ma può essere molto intenso, totalmente inutile e riguarda da vicino molte persone. Le domande di questo capitolo sono quelle che i pazienti rivolgono agli anestesisti/chirurghi nel colloquio prima dell'intervento. "Dottore, quanto durerà il dolore dopo l'operazione ? Sarà una sofferenza grave ? Che cosa mi darete per controllarlo ? "

Tutti gli esperti oggi sottolineano che il controllo del dolore è un elemento importante per migliorare il decorso postoperatorio, cioè la ripresa di tutte le funzioni dell'organismo dopo l'intervento. Il dolore infatti non è solo sofferenza inutile ma amplifica le difficoltà metaboliche ed endocrine, la nausea, lo spasmo muscolare e quindi ritarda il recupero. Un buon controllo del dolore post-operatorio non offre soltanto un maggiore confort, ma contribuisce a facilitare la ripresa dell'autonomia e di tutte le funzioni vitali (movimento, respiro, alimentazione, riposo, capacità di relazioni eccetera), riducendo così il rischio di complicanze e contribuendo in definitiva a 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 sanitari (medici ed infermieri). Gli anestesisti hanno il compito non soltanto di assistere il

paziente durante l'intervento ma anche di programmare la terapia del dolore nelle prime giornate postoperatorie. >>

- **Durante l'intervento chirurgico si prova dolore ?**

**R:** Ogni intervento viene eseguito in anestesia, locale o generale che sia. L'anestesista ha come obiettivo principale quello di impedire la percezione del dolore inevitabilmente provocato dall'atto chirurgico. L'anestesia generale ha due principali componenti, una che "addormenta" ovvero toglie la coscienza e una che inibisce la percezione del dolore. L'anestesia locale o loco regionale blocca la conduzione dell'impulso nervoso del dolore che non arriva nemmeno al centro del dolore e quindi anche il paziente sveglio non sente male. Il tipo di anestesia e analgesia intraoperatoria dipende dal tipo di intervento programmato e sarà scelto, spiegato e concordato con l'anestesista prima dell'intervento>>.

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

**R:** <<Prima dell'intervento tutti i pazienti vengono visitati dal medico anestesista e questa visita ha un duplice scopo: permettere ai medici una valutazione definitiva delle condizioni dei pazienti per ottimizzare il trattamento e dare loro le spiegazioni necessarie. Durante questa visita, i pazienti possono rivolgere agli anestesisti tutte le domande che credono, su come sarà l'anestesia e come sarà trattato il dolore dopo il risveglio. Per fortuna, oggi, abbiamo davvero tanti mezzi per evitare sofferenze inutili. >>.

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

**R:** << Possiamo dire che il dolore comincerebbe subito dopo il risveglio dall'anestesia, se non si fossero farmaci o trattamenti PRIMA del risveglio . Infatti i farmaci che si usano durante l'intervento hanno attività che dura per brevissimo tempo dopo la loro sospensione, ma già 30 – 40 minuti prima del risveglio inizia la terapia del dolore postoperatoria per cui il paziente si sveglia avendo poco dolore o, meglio ancora, nessun dolore. I farmaci vengono dosati in base all'età e al peso ma succede che nelle prime ore la terapia debba essere “aggiustata” per corrispondere all'esigenza individuale.

All'Istituto dei Tumori il risveglio dall'anestesia avviene nella *sala risveglio* che è collocata accanto alle sale operatorie. Il paziente, prima di essere riportato in corsia, vi rimane per circa un'ora, o per tutto il tempo necessario, per poter controllare e stabilizzare le sue funzioni vitali (battito cardiaco, pressione, respiro eccetera), e per assicurare un buon controllo del dolore. >>

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

**R:** <<E' un dolore acuto, di gravità variabile e con una durata limitata. E' causato dal trauma chirurgico, cioè dall'incisione dei tessuti e dalla manipolazione dei visceri, dalla postura obbligata durante l'intervento chirurgico e dalla presenza di drenaggi. Bisogna tenere presente che la chirurgia dei tumori può richiedere interventi estesi, lunghi e impegnativi: anche per questi motivi in oncologia quello del controllo del dolore post-operatorio è un problema importante. Una cattiva analgesia renderebbe difficilmente sopportabili le sofferenze fisiche causate dall'intervento e potrebbe addirittura facilitare l'insorgenza di dolore di lunga durata. >>

- **Quali sono le tecniche e i farmaci utilizzati per controllarlo ?**

**R:** <<In base al tipo di intervento chirurgico e al “dolore atteso”, si sceglierà se somministrare farmaci analgesici in vena o ricorrere a tecniche tipiche dell’anestesia loco-regionale oppure a terapie di combinazione. Per interventi estesi, specialmente al torace o all’addome superiore, si utilizza un trattamento attraverso un catetere peridurale o paravertebrale con la somministrazione continua di farmaci anestetici locali, in altri casi possono essere utili l’ “infiltrazione della ferita” o l’analgesia con somministrazione unica per via spinale, peridurale o sacrale. I particolari ve li potrà spiegare il vostro anestesista.

I farmaci analgesici classici per uso endovenoso sono gli stessi usati per via orale, cioè farmaci antiinfiammatori e oppioidi. Quando la chirurgia coinvolge soltanto zone superficiali, una analgesia a base di antiinfiammatori può essere sufficiente. Quando l’intervento è andato in profondità, il farmaco più indicato e utilizzato è un oppioide forte come la morfina o il metadone. Spesso i due gruppi di farmaci, gli antiinfiammatori e gli oppioidi, sono utilizzati simultaneamente. La disponibilità attuale di farmaci e tecniche di somministrazione per controllare 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>>.

- **Rischio assuefazione e dipendenza se mi viene somministrata morfina o altri oppioidi ?**

**R:** <<Questo rischio non c’è nell’ambito di un trattamento postoperatorio a breve termine. Se oggi cerchiamo di tenere le dosi più basse possibile (combinando la terapia con altri farmaci), lo facciamo per limitare l’effetto sedativo e il rischio di nausea e vomito, non per la preoccupazione di creare dipendenza. >>

- **Come viene somministrata l'analgisia post-operatoria ?**

**R.** <<I farmaci analgesici, a seconda del tipo di farmaco e del tipo di dolore, saranno somministrati per via endovenosa, per bocca - appena questo sarà possibile- oppure tramite piccoli cateterini, posizionati in sala operatoria, direttamente e selettivamente nella zona dell'intervento chirurgico.

La somministrazione può essere programmata:

- ad *intervalli*: per dolori meno intensi. L'infermiere di reparto somministra i farmaci a intervalli predefiniti( **in questo caso è fondamentale non saltare le dosi programmate anche se non si ha dolore!**)
- in *infusione continua*: con una pompa elastomerica o meccanica
- ad *intervalli direttamente governati dal paziente*: PCA (vedi box 3 a pag. ) >>.

- **Chi si occuperà della terapia del dolore dopo l'intervento chirurgico?**

**R:** << Tutti gli operatori sanitari, ognuno secondo la propria competenza.

- A seconda del tipo di intervento chirurgico programmato e in base alle caratteristiche della persona che dovrà affrontarlo, l'anestesista inizia la terapia in sala operatoria e nella *sala risveglio*. Si stabilirà un primo programma di trattamento.
- Gli infermieri che seguiranno il paziente in reparto, verificano e monitorizzano l'efficacia della terapia impostata e la possono modificare nell'ambito di limiti stabiliti e segnalano eventuali problemi.
- Per pazienti reduci da grossi interventi con dolore atteso importante e prolungato interverranno medici e infermieri del "Servizio del Dolore Acuto" o *Acute Pain Service*, attivo in



- Istituto dal 2007 che giornalmente controlla i pazienti in trattamento e le terapie in corso. Oltre alle visite programmate, gli operatori di questo Servizio sono a disposizione dei medici ed infermieri dei reparti per eventuali problemi.
- Problemi difficili, particolarmente in pazienti che già soffrono a causa di dolori cronici, vengono affrontati insieme ai medici specialisti in Cure Palliative e Terapia del Dolore. >>
- **Ho sentito dire che qualche volta il dolore si avverte nonostante gli analgesici somministrati. E' vero ? E se capita, cosa si può fare?**

**R:** << Può succedere quando qualcosa non funziona o se il dolore non è stato valutato correttamente. Succede anche, per esempio, se i farmaci non vengono somministrati agli orari giusti, come prescritto, se le pompe non funzionano, se i cateteri escono dalla loro sede. E' importantissimo che il paziente segnali presto la comparsa o ricomparsa del dolore per permettere agli operatori di identificare le cause e porvi rimedio. Anche in questo campo l'alleanza terapeutica tra pazienti e operatori sanitari è vincente. >>

- **L'analgesia post-operatoria può avere effetti collaterali quali nausea, vomito, dolori gastrici, prurito, sonnolenza?**

**R:** <<Può capitare. Tutti i farmaci possono avere effetti indesiderati su una base individuale e imprevedibile. Se gli effetti collaterali diventano importanti e non controllabili con farmaci semplici (antinausea, antistaminici..) bisogna cambiare farmaco o strategia. La combinazione di più farmaci come anche la combinazione con tecniche di anestesia loco-regionale mira proprio alla riduzione di questi effetti indesiderati. >>

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

**R:** <<Si. Questo tipo di dolore è una delle componenti del cosiddetto stress chirurgico, l'inevitabile reazione biologica e psicologica all'intervento: il dolore post-operatorio può amplificare lo stress chirurgico e provocare una serie di conseguenze negative sul decorso post-operatorio. L'adeguato controllo del dolore, al contrario, riduce la fatica e il tempo necessario al recupero dell'autonomia e della forma fisica. Riducendo l'allettamento e facilitando la respirazione e l'espettorazione, si potranno prevenire molte complicanze; sappiamo che avere dolore importante impedisce di muoversi e limita in tutte le funzioni. >>.

## *Box 5 – L’analgesia controllata dal paziente.*

In lingua inglese si chiama *Patient Controlled Analgesia* o più comunemente PCA che in italiano si traduce con Analgesia Controllata dal Paziente. Si tratta di un trattamento del dolore con una pompa elettronica a batteria, collegata ad un catetere posizionato in vena, che permette al paziente stesso di scegliere quando e quante volte somministrarsi il farmaco anti-dolore. La somministrazione del farmaco avviene azionando un pulsante. Questa è certamente un’ottima metodica per personalizzare la terapia, nessuno meglio del paziente stesso tratterà il dolore appena comincia a rifarsi vivo.

La PCA per il trattamento del dolore postoperatorio viene anch’essa impostata in sala operatoria e, successivamente, seguita dal personale del reparto e del “Servizio del Dolore Acuto”. Il paziente viene ripetutamente istruito all’utilizzo corretto. Chiaramente la programmazione delle pompe PCA prevede sistemi di sicurezza per impedire somministrazioni accidentali o eccessive per errore e registra i tempi e le dosi autosomministrate.

Unica raccomandazione: solo il paziente deve utilizzare il pulsante, nessun altro!!!



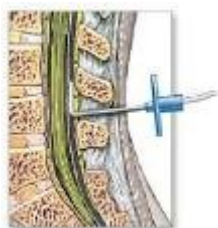
esempio di Pompa PCA

## *Box 6 – L’analgesia con catetere peridurale*

L’analgesia per via peridurale è nota al grande pubblico come analgesia del parto dove però la necessità cessa dopo ore, non dopo giorni come nel dolore postoperatorio importante.

Questo approccio prevede la somministrazione di farmaci (prevalentemente anestetici locali e oppioidi) attraverso un piccolo catetere che viene posizionato tra due vertebre. A seconda del livello scelto si otterrà analgesia al torace, all’addome, al bacino o agli arti. I farmaci possono essere somministrati a intervalli o in continuo con una qualche pompa d’infusione. La qualità dell’analgesia con catetere peridurale è eccellente, se ben dosata.

L’ipotensione è l’effetto collaterale più frequente e richiede a volte un trattamento, a volte la sospensione; la rimozione accidentale del cateterino è un incidente di percorso che comporta mancanza di analgesia se non si passa a qualche altra metodica.



esempio di posizionamento catetere peridurale

### *Box 7 - Il dolore post operatorio*

Il dolore postoperatorio è prevedibile, non può non esserci, e questo lo rende “prevenibile” e “inutile” come segnale d’allarme che, in altri contesti, può essere la fisiologica funzione di allarme del dolore. Evitare importanti dolori postoperatori è una conquista di civiltà e della sanità odierna, non c’è nessuna buona ragione a non farlo.

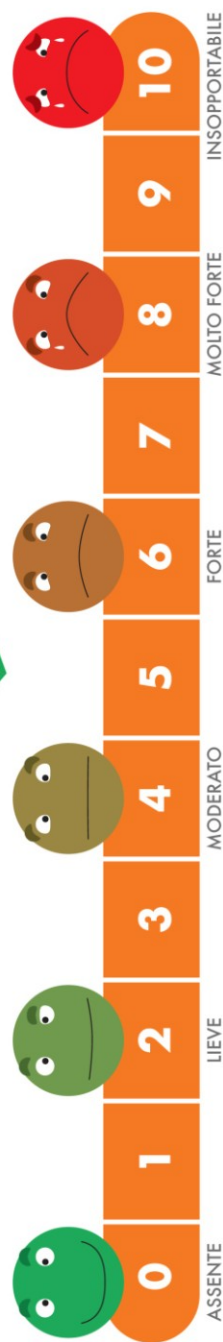
All’ Istituto Nazionale dei Tumori siamo particolarmente impegnati su questo tema e chiediamo collaborazione anche ai nostri pazienti.

## Il poster del dolore inutile

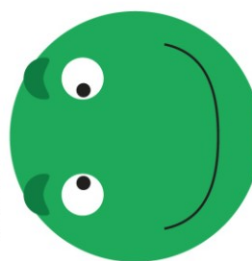
IL DOLORE CHE SPESSO ACCOMPAGNA UNA MALATTIA PEGGIORA LA QUALITÀ DELLA VITA.  
INSIEME POSSIAMO COMBATTERLO.  
LA SUA COLLABORAZIONE È UTILE PER AVERE 2 INFORMAZIONI FONDAMENTALI:

**A** QUANDO IL DOLORE C' È

**B** QUANTO È INTENSO DA 0 A 10



**IMPORTANTE! NON ABBI PAURA  
DI DISTURBARE  
IL PERSONALE  
È A SUA DISPOSIZIONE**



**ultima ristampa 23 maggio 2017**