

Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna

IL DOLORE CRONICO NELLE DONNE E LE POSSIBILI CONSEGUENZE PSICO-FISICHE

O.N.Da

O.N.Da è un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che studia le principali patologie e tematiche di salute femminile promuovendo una cultura della salute di genere: dalle malattie cardiovascolari all'oncologia, dalle patologie psichiche a quelle neurodegenerative, dalle tematiche riproduttive alle malattie a trasmissione sessuale, alla menopausa e alle problematiche legate all'invecchiamento.

O.N.Da sostiene ricerche di base e cliniche sulle principali patologie, ne valuta l'impatto sociale ed economico, informa le Istituzioni, i medici e il pubblico, promuove l'insegnamento in ambito scolastico e incoraggia le donne a svolgere un ruolo attivo nei confronti della propria salute.

Consiglio Direttivo:

Francesca Merzagora (Presidente), Alberto Costa (Vice Presidente), Gilberto Corbellini, Giorgio Fiorentini, Maria Antonietta Nosenzo, Ilaria Viganò

Co-fondatore:

Giorgio Viganò (1939-2010)

Comitato d'onore:

Boris Biancheri, Vittoria Buffa, Alessio Fronzoni, Gaetano Gifuni, Umberto Veronesi

Comitato Tecnico Scientifico:

Gilberto Corbellini (Presidente), Adriana Albini, Giuliano Binetti, Cesare Bonezzi, Maria Luisa Brandi, Vincenzina Bruni, Salvatore Carrubba, Elena Cattaneo, Patrizia Colarizi, Maurizio De Tilla, Claudio Mencacci, Maria Grazia Modena, Eva Negri, Laura Pellegrini, Walter Ricciardi, Gianna Schelotto, Nicla Vassallo, Carlo Vergani, Riccardo Vigneri

IL DOLORE CRONICO NELLE DONNE E LE POSSIBILI CONSEGUENZE PSICO-FISICHE

Supervisione scientifica

Riccardo Torta

Professore Associato, SCDU Psicologica Clinica e Oncologica,
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) nel 1947 ha definito la salute come "stato di benessere fisico, psichico e relazionale", di conseguenza nel momento in cui uno di questi tre elementi è alterato si può rilevare lo stato di "malattia". In quest'ottica la salute femminile deve essere sempre più oggetto di un'attenzione politica e sociale. L'evoluzione civile della società vede aumentare ogni giorno il numero di donne che raggiungono la prima linea anche in campo lavorativo, con inevitabili aggravamenti di situazioni di stress che concorrono all'usura delle risorse psico - fisiche che le donne devono utilizzare anche sul fronte familiare.

Il doppio lavoro, la propensione femminile ad occuparsi prima dei bisogni e della salute degli altri e poi di quelli propri, un interesse per la salute femminile prevalentemente circoscritto agli aspetti riproduttivi, la limitata partecipazione delle donne agli studi clinici sui nuovi farmaci: sono tutti fattori che dimostrano come le donne siano ancora svantaggiate, rispetto agli uomini, nella tutela della loro salute.

Peraltro, vivendo più a lungo degli uomini, le donne sono anche maggiormente soggette a patologie di tipo cronico, consumano più farmaci e svolgono un ruolo importante all'interno della famiglia nell'assicurare l'appropriatezza delle cure, per il partner e per i figli.

Le donne, inoltre, sono sottoposte a condizionamenti di vario genere (di tipo familiare, lavorativo, mediatico, ecc.) che ne limitano la libertà di azione.

Tutte queste considerazioni hanno portato nel 2005 a costituire O.N.Da, un Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna che si propone di studiare le principali problematiche e tematiche di salute femminili.

Promuovendo studi, pubblicazioni, convegni, campagne di comunicazione ed altre attività che identifichino le differenze di genere tra uomo e donna, l'Osservatorio vuole contribuire a delineare nuove strategie per raggiungere l'equità in tema di salute.

O.N.Da si propone inoltre di promuovere e divulgare la ricerca di base e clinica sulle principali malattie legate alla salute femminile e di valutare l'impatto sociale ed economico, nonché le implicazioni giuridiche ed assicurative, al fine di suggerire strategie per una migliore allocazione delle risorse.

L'Osservatorio ha anche l'obiettivo di valorizzare il ruolo della donna nella società, in funzione della promozione del proprio e altrui benessere, sollecitando azioni educative in merito ai fattori di rischio, all'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce, nonché sugli stili di vita più salutari.

Francesca Merzagora

Presidente, Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, Milano O.N.Da



PREMESSE

Il dolore cronico è una vera e propria patologia che, come tale, deve essere affrontata e curata attraverso i mezzi terapeutici più opportuni.

Le dimensioni del fenomeno in Italia sono molto vaste: un italiano su quattro (circa 15 milioni) soffre di dolore cronico; circa la metà dei malati ha meno di 50 anni, un quinto soffre da oltre vent'anni; un terzo ha dolore in modo continuativo e, per questo, ha dovuto abbandonare il lavoro.

Sebbene la legge n. 38 del 15 marzo 2010 abbia sancito il diritto di non soffrire e di poter accedere alla terapia del dolore per tutti i cittadini malati, a tutt'oggi nel nostro Paese il dolore cronico è ancora sottovalutato e troppo spesso non adeguatamente trattato. Eppure rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari nella realtà europea, che comporta, a livello individuale, gravi conseguenze invalidanti di tipo fisico, psico-emozionale nonché socio-relazionale e, a livello collettivo, costi economici diretti (per assistenza sanitaria e farmaci) ed indiretti (per assenze lavorative) spaventosamente elevati, che incidono sul sistema sanitario e sociale.

IL DOLORE

La definizione

Secondo lo IASP (*International Association for the Study of Pain*), il dolore è "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini da rappresentare un simile danno".

Si tratta di un sintomo trasversalmente presente in moltissime patologie, spesso importante segnale per la formulazione della diagnosi corretta, indicatore dell'evoluzione della malattia e degli effetti della terapia in atto, talvolta conseguenza di procedure diagnostiche e terapeutiche.

Il dolore costituisce un importante sistema di difesa, un campanello di allarme, che ha la funzione di allertare l'organismo e di difenderlo da agenti lesivi. In alcuni casi può, però, autoalimentarsi, perdendo così il significato iniziale e diventando a sua volta una vera e propria malattia, causa di grave sofferenza, disagio psico-emotivo e disabilità.



Le componenti del dolore

Il dolore si compone di una parte percettiva (o neurologica), deputata alla ricezione e al trasporto dello stimolo lesivo, o potenzialmente tale, dalla periferia alla corteccia cerebrale e da una parte esperienziale (o psichica), che è responsabile della elaborazione critica dell'impulso doloroso. L'esperienza

del dolore è pertanto individuale e soggettiva, influenzata da variabili affettive e psico-cognitive, da vissuti personali e da fattori socio-culturali.

Classificazione del dolore

Sulla base del meccanismo fisiopatogenetico, il dolore si distingue in:

- Nocicettivo: è il cosiddetto 'dolore fisiologico' che, essendo responsivo ai farmaci comunemente impiegati, non costituisce nella maggior parte dei casi un problema clinico rilevante. Le terminazioni nervose periferiche, ubiquitariamente presenti nelle strutture somatiche (superficiali) e viscerali (profonde), recepiscono le stimolazioni e gli insulti tissutali, trasmettendoli al sistema nervoso centrale, dove si origina la sensazione del dolore. Il dolore nocicettivo somatico, a differenza di quello viscerale, presenta in genere una precisa localizzazione;
- Neuropatico: si tratta di un dolore di difficile controllo, provocato da una lesione o disfunzione del sistema nervoso periferico o centrale, per cui si generano stimolazioni nervose croniche, che si autoalimentano, mantenendosi nel tempo;
- Psicogeno: corrisponde al dolore di natura psicosomatica, che ha insufficiente correlazione con una causa di tipo organico. In alcuni casi il dolore è presente in assenza di una patologia organica identificabile, in altri le manifestazioni dolorose risultano di entità sproporzionata in relazione alla causa, in quanto amplificate da fattori psicologici. Questa forma di dolore si manifesta più frequentemente nei soggetti ansiosi e che vivono in condizioni di particolare stress.

In termini temporali, il dolore può essere:

- Acuto: ha la funzione di avvertire l'organismo di un danno tissutale, potenziale o in atto, ed è in genere localizzato e di durata limitata a un breve periodo. Prima di essere trattato, deve essere correttamente interpretato ai fini della impostazione della specifica terapia causale;
- Cronico: duraturo (oltre sei mesi), per il persistere dello stimolo doloroso
 o per l'instaurarsi di meccanismi endogeni di automantenimento,
 con conseguente grave limitazione della performance psico-fisica e
 sociale del paziente. Non necessariamente cronico significa continuo:
 nella sua definizione rientrano anche quelle forme di dolore che si
 manifestano in modo reiterato e con una frequenza tale da risultare
 comunque invalidanti (si pensi, ad esempio, alle emicranie). Si tratta
 di un dolore difficile da curare, che richiede un approccio globale e
 interventi terapeutici multidisciplinari altamente specializzati.



DOLORE UTILE E DOLORE INUTILE

Il dolore, indipendentemente dalla sua origine e dai meccanismi d'insorgenza, può essere distinto in due categorie in relazione alla sua funzione primaria, che è quella di avvertimento e difesa.

Il dolore 'utile', anche detto fisiologico, è momentaneo e transitorio e rappresenta la reazione dell'organismo a un evento negativo lesivo della sua integrità, o potenzialmente tale; in tal caso, il dolore è un sintomo, che segnala – come una sorta di sistema di allarme – una disfunzione dell'organismo.

In molti casi le caratteristiche del dolore, quali tipologia, andamento nel tempo, modalità di esordio, localizzazione e irradiazione, associazione a particolari situazioni, sono elementi clinici fondamentali per la formulazione della diagnosi; si pensi, ad esempio, al dolore da appendicite, da infarto miocardico o da colica addominale. In tutti questi casi è importante determinare la causa prima di impostare una terapia antidolorifica, poiché sopprimere il dolore senza una diagnosi eziologica, fa sì che si possa correre il rischio di non arrivare a identificare la causa scatenante.

Il dolore 'inutile' o patologico è invece continuo e perdurante nel tempo, non svolge alcun ruolo ed è addirittura dannoso, poiché provoca severe conseguenze fisiche, emotive, psicologiche e sociali, che limitano le capacità e le potenzialità dell'organismo di contrastare la malattia.

Quando il dolore da acuto si trasforma in cronico, si crea una sorta di cortocircuito a livello delle strutture nervose deputate alla sua elaborazione, generando un sistema di automantenimento della sensazione dolorosa, cui si aggiunge una molteplicità di fattori di natura somatica e psico-emotiva, che concorrono ad aggravare le manifestazioni e a mantenerle nel tempo.

Le basi fisiopatologiche dell'amplificazione e della cronicizzazione del dolore devono, pertanto, essere ricercate, da un lato, in modificazioni dei neurocircuiti deputati alla ricezione, alla trasmissione e alla elaborazione degli stimoli raccolti in periferia, dall'altro, nell'interazione tra una neuromatrice alterata e la dimensione psichica del soggetto. Da un concetto temporale si passa quindi ad un significato assai più ampio, in cui il dolore cronico è considerato esperienza multidimensionale prodotta dall'interazione dell'individuo sofferente nella sua dimensione psico-fisica con variabili esterne, sociali e familiari.



Le patologie che più frequentemente evolvono nella malattia dolore sono le lombalgie primarie (i comuni mal di schiena), l'artrite reumatoide, le algie in esiti di lesioni chirurgiche, le neuropatie posterpetica e diabetica, le neoplasie. In tali casi il dolore, avendo perso la sua funzione primaria, deve essere soppresso proprio per non alterare l'equilibrio psico-fisico della persona e non inficiare la sua qualità di vita. Il dolore, minando il benessere

della persona e di chi le sta intorno, la rende infatti inabile sia emotivamente sia fisicamente, al punto da cambiare i comportamenti, le consuetudini, le relazioni, l'intera esistenza.

Tutte le persone, se affette da particolari malattie o a seguito di traumi, possono soffrire di dolore cronico, ma esistono categorie particolarmente a rischio, come anziani, diabetici, pazienti affetti da artrite, lombalgie o sottoposti ad amputazione.

Fattori predisponenenti sono rappresentati da scompensi alimentari, fumo, sostanze da abuso ed inattività fisica.

Per quanto non sia sempre possibile prevenire il dolore cronico, interventi tempestivi e mirati sul dolore riducono notevolmente le possibilità che si cronicizzi.

DOLORE AL FEMMINILE

I dati epidemiologici documentano che molte delle patologie responsabili di dolori cronici tendono ad avere incidenza maggiore nella popolazione femminile; si tratta di un sintomo che colpisce trasversalmente tutte le fasi della vita, anche se l'esperienza del dolore aumenta con l'età: oltre i 65 anni, essa riguarda il 23.7% degli uomini contro il 40.1% delle donne.

Secondo lo IASP, in Occidente circa 12 milioni di donne soffrono di dolore cronico e nel nostro Paese il fenomeno interessa il 26% della popolazione, di cui il 56% sono donne. Oltre ad una maggiore prevalenza di singole condizioni dolorose croniche, le donne presentano, molto più frequentemente degli uomini, multiple condizioni dolorose concomitanti.

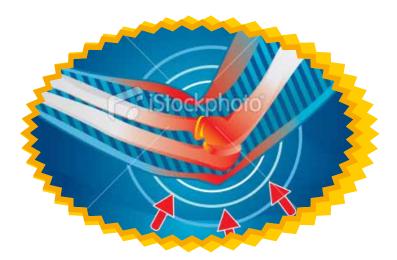
Tra le cause più comuni di dolore cronico declinato al femminile si annoverano lombalgie, cefalee ed emicranie, artrosi, artrite reumatoide, osteoporosi, dolore oncologico e neuropatico.

La maggiore sensibilità e la maggiore attenzione al dolore, caratteristica del sesso femminile, deve essere interpretata non come debolezza, ma come forza adattativa e protettiva, che contribuisce al mantenimento della propria salute. In effetti, il primo approccio verso la soluzione di un problema è quello di riconoscerlo, e le donne sembrano individuarlo più precocemente.

Questa maggiore suscettibilità al dolore della donna, che trova ragione nelle proprie caratteristiche di genere, si manifesta su entrambi i piani, sensitivo ed emotivo.

Per quanto attiene al primo aspetto, giocano un ruolo fondamentale le differenze anatomiche, ormonali e fisiologiche, che rendono ragione di una maggiore possibilità di sviluppare patologie che provocano dolore e di una più bassa soglia di percezione del dolore rispetto all'uomo; in particolare, le elevate concentrazioni di estrogeni influenzano l'attività del sistema nervoso, rendendolo più sensibile e reattivo agli stimoli in generale e dunque anche a quelli dolorosi. Studi scientifici hanno evidenziato come tali ormoni esercitino i propri effetti sul circuito attenzione-apprendimento-memoria della sfera cognitiva, rendendo ragione del fatto che le donne sono più ricettive dello stimolo doloroso, lo registrano con maggiore intensità e lo ricordano meglio.

Deve poi considerarsi la dimensione emotiva. La donna ha, infatti, un rapporto molto più stretto ed intimo con il dolore, poiché è spesso chiamata ad occuparsi e a farsi carico della sofferenza altrui, diventando così particolarmente empatica e sensibile al fenomeno.



DOLORE MUSCOLO-SCHELETRICO

I dolori muscolo-scheletrici sono tipicamente localizzati a livello delle articolazioni e delle strutture che li circondano (muscoli, legamenti, tendini). Sono correlati a diverse patologie, gran parte delle quali causate da processi degenerativi o infiammatori e da posture e movimenti scorretti adottati nello svolgimento di attività quotidiane, lavorative o sportive. Si pensi, ad esempio, alle manifestazioni dolorose associate a patologie degenerative, come l'osteoartrosi o a lesioni traumatiche, come fratture, lesioni tendinee e muscolari. Queste ultime, caratterizzate all'esordio da dolore acuto, possono evolvere successivamente in forme dolorose croniche responsabili di grave compromissione della qualità di vita dei pazienti.

La forma più diffusa di dolore cronico muscolo-scheletrico al femminile è rappresentata dalla lombalgia. È il dolore che colpisce elettivamente la regione lombare e sacrale, irradiandosi talvolta all'arto inferiore (in tal caso

si parla di lombosciatalgia); possibili cause sono protrusioni o ernie discali, spondiliti, spondiloartrosi, metastasi tumorali, crolli vertebrali da osteoporosi. Talvolta può essere difficile riconoscere l'origine del disturbo, poiché, se nella maggior parte dei casi la causa è da ricercarsi in disfunzioni dell'apparato muscolo-scheletrico, anche patologie viscerali (addominali o pelviche) possono provocare dolore lombare.

Moltofrequente nella popolazione femminile è anche la cefalea muscolotensiva cronica, che viene in genere descritta come dolore sordo e intenso alla testa, spesso diffuso.

La stessa terminologia comprende la fibromialgia, malattia reumatica caratteristica del sesso femminile, che colpisce principalmente i muscoli e le loro inserzioni connettivali fibrose sulle ossa (tendini e legamenti), provocando dolore muscolo-scheletrico diffuso associato alla presenza di specifici punti algogeni alla digitopressione, affaticamento e ridotta resistenza alla fatica. A completamento del quadro sindromico, si affiancano alle manifestazioni a carico delle strutture muscolari e scheletriche altri sintomi, quali, ad esempio, cefalea, disturbi del sonno, colon irritabile e difficoltà di concentrazione.

IL DOLORE ONCOLOGICO

Nelle malattie tumorali il dolore rappresenta il sintomo principale per frequenza e per impatto sulla qualità di vita dei pazienti. Esso è presente nel 20-25% dei malati di cancro al momento della diagnosi ed in oltre il 70% dei casi in fase avanzata e terminale.

I tumori che si accompagnano a più grave sintomatologia dolorosa sono quelli a carico di ossa, pancreas, polmone e quelli metastatizzati allo scheletro.

Il dolore oncologico si presenta generalmente come dolore acuto, trasformandosi nel tempo in dolore cronico e globale, che coinvolge la sfera del benessere fisico, psico-emotivo, spirituale e sociale.

Nell'evoluzione della malattia il dolore non è mai un sintomo isolato, ma si accompagna ad altre manifestazioni, come nausea, vomito e debolezza fisica, concorrendo ad aggravare la sofferenza del paziente.

Il dolore oncologico riconosce diverse cause organiche. La prima è rappresentata dall'invasione tumorale dei tessuti; la crescita e la diffusione metastatica del tumore possono, infatti, interessare la pelle, le mucose o le strutture osteo-articolari e muscolari (determinando compressione, infiltrazione ed ulcerazione), i visceri (provocando occlusioni negli organi cavi ed incremento volumetrico degli organi pieni con conseguenti compressioni limitrofe o fenomeni di sovradistensione della capsula di rivestimento) o i nervi (producendo dolore da infiammazione o compressione).



Altre cause, che concorrono ad aggravare con effetto sinergico il dolore prodotto dall'invasione dei tessuti, sono rappresentate dalle alterazioni biochimiche e fisiopatologiche correlate alla neoplasia, dalle procedure diagnostiche e terapeutiche e da altre condizioni dolorose concomitanti non direttamente correlate al tumore o alle terapie.

DOLORE NEUROPATICO

Il dolore neuropatico è un dolore cronico provocato da una condizione di disfunzione delle strutture nervose deputate alla trasmissione e alla elaborazione degli stimoli dolorosi: le fibre nervose trasmettono segnali errati al cervello, per cui si generano, in assenza di un reale danno, sensazioni dolorose che si mantengono nel tempo.

In circa un terzo dei casi, il dolore neuropatico non riconosce una causa evidente; nei restanti, il danno delle strutture nervose è conseguente a infezioni (come quelle sostenute da Herpes Zoster), interventi chirurgici (amputazioni, operazioni sul midollo spinale), patologie come diabete e sclerosi multipla, alcolismo.

Le caratteristiche di questo dolore sono individuali, variando sensibilmente da paziente a paziente. In genere il dolore è costante, caratterizzato da picchi di maggiore intensità e descritto come sensazione di forti bruciori, formicolii, intorpidimento o scosse elettriche; sono spesso presenti parestesie, cioè sensazioni anomale anche nelle zone circostanti la sede primaria del dolore, che si traducono in iperalgesia (quando una lieve stimolazione dolorifica crea un dolore molto spiccato) o allodinia (quando una stimolazione non dolorifica, quale può essere il semplice strisciamento della pelle o il peso del lenzuolo, viene avvertita come dolore).

Il dolore neuropatico non è sempre curabile e necessita talora di interventi farmacologici multipli.

CONSEGUENZE PSICO-FISICHE DEL DOLORE

Il dolore cronico spesso precede cambiamenti fisici e psicosociali, che costituiscono parte integrante del problema e che si aggiungono a una situazione già molto gravosa per chi ne soffre. La vita di tutti i giorni diventa particolarmente difficile, perché il dolore accompagna incessantemente tutte le attività quotidiane; anche le azioni più semplici diventano un peso insostenibile e questo fa sì che la persona si chiuda in se stessa e si isoli, ripiegandosi sulle proprie angosce e sofferenze.

Il dolore comporta anzitutto una limitazione delle abilità fisiche e delle capacità di movimento. L'immobilizzazione da impotenza funzionale è responsabile del deperimento delle masse muscolari, spesso già compromesse dallo stato d'inappetenza e dalla conseguente condizione di malnutrizione.

È stata anche dimostrata un'azione inibitoria sul sistema immunitario con conseguente minor capacità di difesa e maggior suscettibilità a malattie.

Il dolore cronico fa sì che la persona che ne è affetta focalizzi i propri pensieri sul problema, provando angoscia, paura, senso di solitudine e sottraendosi progressivamente alle relazioni sociali; l'isolamento, a sua volta, rende ancora più gravosa la sofferenza e la sensazione d'impotenza.

Nella malattia dolore sono spesso presenti disturbi del sonno, che concorrono a peggiorare il quadro generale e a limitare le performance della persona in tutti gli ambiti: familiare, affettivo e lavorativo.

Si deve poi considerare la dipendenza eccessiva da farmaci, che hanno numerosi effetti secondari collaterali a livello sistemico.

Quando il dolore persiste nel tempo, insorgono disturbi emotivi, spesso associati a umore depresso e ansia: al dolore fisico si affianca un dolore più profondo e inquietante, caratterizzato da angoscia, tristezza, senso di frustrazione e paura. Diventa quindi sempre più difficile distinguere i disagi conseguenti alla percezione del dolore fisico e quelli che invece derivano dalle manifestazioni depressive, che con il passare del tempo aumentano, tendendo a cronicizzare e a trasformarsi in una patologia a sé stante.



DOLORE CRONICO E DEPRESSIONE

Dolore cronico e depressione sono manifestazioni strettamente correlate, che presentano interazione di tipo bidirezionale: la sofferenza provocata dal dolore è causa di depressione, così come la depressione concorre a peggiorare le condizioni di dolore, amplificando le sensazioni fisiche, abbassando la soglia

di percezione, aggravando il vissuto di sofferenza sul piano esistenziale. Chi soffre di dolore cronico rischia tre volte di più di ammalarsi di depressione, così come chi soffre di depressione si ammala tre volte più spesso di dolore cronico.

Si instaura dunque un meccanismo di alimentazione e amplificazione reciproca tra dolore fisico e psicologico, un vero e proprio circolo vizioso, che tende a peggiorare progressivamente le due componenti. Questo legame così stretto tra depressione e dolore trova ragione nei meccanismi neurochimici di insorgenza di entrambi, che evidenziano una stretta correlazione tra i mediatori dell'umore e quelli del dolore.

La strada che conduce verso il dolore cronico e la depressione sembra presentare un unico percorso e, infatti, chi soffre dell'uno ha maggiori probabilità di ammalarsi anche dell'altro. Il dolore rende molto più lenti i tempi di guarigione del disturbo depressivo, così come quest'ultimo costituisce un ostacolo nella cura del dolore, poiché i pazienti presentano scarsa compliance ai programmi di riabilitazione. La depressione porta all'isolamento e l'isolamento aumenta la depressione; il dolore limita i movimenti e l'immobilità è spesso causa ulteriore di dolore.

Quando la depressione è curata, il dolore passa in secondo piano e, parimenti, se il dolore è adeguatamente trattato, anche la depressione si attenua.

L'IMPORTANZA DEL TRATTAMENTO DEL DOLORE INUTILE

L'approccio al dolore cronico deve essere differenziato tra pazienti oncologici e non, dal momento che, pur non essendovi sostanziali differenze della sindrome dolorosa sotto il profilo fisiopatologico, gli obiettivi di cura e l'approccio terapeutico sono differenti nei due casi.

Nel dolore cronico benigno (termine con cui si intendono tutte le forme di dolore cronico non dipendenti da neoplasie) l'obiettivo prioritario è la limitazione degli effetti del dolore sull'autosufficienza e sulle capacità di partecipazione alla vita sociale, familiare e lavorativa.

Nella malattia oncologica tale risultato è perseguibile nelle fasi iniziali, mentre negli stadi avanzati il tentativo di ridurre la disabilità nel quotidiano è piuttosto vano, dal momento che la malattia comporta il progressivo esaurimento delle risorse psico-fisiche, dovendosi orientare gli interventi verso una dignitosa qualità di fine vita.

Ciò posto, il sollievo dal dolore deve essere l'obiettivo prioritario.

Il dolore cronico è un dolore che ha perso la sua funzione biologica ed è causa di grave sofferenza, invalidità e allontanamento dagli affetti familiari e dalle relazioni socio-lavorative.

Quando il dolore cronico diventa un inseparabile compagno di viaggio, che coinvolge la persona in tutti i suoi aspetti, conducendo a modificazioni comportamentali e affettive, invalidità, compromissione della qualità di vita e della performance lavorativa, esso viene definito "dolore totale". In tal caso non è sufficiente un approccio limitato alla terapia farmacologica, ma si rende necessario un intervento multidisciplinare, che collochi al centro il paziente, le sue sofferenze, i suoi bisogni e le sue aspettative.

Molteplici sono le cause di dolore cronico e non sempre è possibile prevenirlo, ma un intervento tempestivo mirato garantisce che non insorgano tutte quelle conseguenze fisiche e psichiche che rendono estremamente difficoltosa la conduzione di una vita normale.



È fondamentale un approccio specialistico alla problematica, che consideri i disturbi correlati della sfera somatica e psicologica nelle loro molteplici espressioni. Per questo è necessario rivolgersi a strutture specializzate, gestite da équipe multidisciplinari, composte da diverse e specifiche figure professionali, in grado di cogliere tutti gli aspetti che la complessità di questa patologia tende a generare. La prima valutazione dovrebbe essere condotta da specialisti, quali il neurologo, lo psicologo, l'antalgologo e il fisioterapista e, in un secondo tempo, a seconda delle risultanze offerte dall'inquadramento diagnostico, da altre figure professionali con competenze specifiche per apparato (ad esempio, gastroenterologo, endocrinologo, reumatologo).

La problematica del dolore cronico richiede dunque, ai fini di una corretta diagnosi e di un'adeguata strategia terapeutica, una pproccio globale, caratterizzato dall'intervento di competenze diverse ma tra loro complementari.

Nella programmazione terapeutica è necessario considerare le problematiche che per il paziente sono preminenti e definire gli obiettivi raggiungibili tramite percorsi multimodali e multidisciplinari, finalizzati a migliorare la qualità di vita.

LE TERAPIE

La scelta della terapia dipende dal tipo specifico di dolore, dalla sua gravità e dal successo delle terapie impiegate in precedenza.

È chiaro che nel caso in cui il dolore cronico sia sostenuto da una patologia di base, parte del programma terapeutico dovrà essere indirizzato al trattamento specifico della malattia, che potrà essere di tipo farmacologico (si pensi all'artrite reumatoide) o di tipo chirurgico (come nel caso di dolori lombari conseguenti a ernie discali).

Molto importante è anche il ruolo svolto dalla fisio-chinesiterapia, che aiuta la ripresa della funzionalità delle strutture articolari e muscolari, prevenendo i danni da immobilizzazione antalgica e da disuso.

Venendo invece alle soluzioni terapeutiche per il controllo del dolore, il panorama delle possibilità è molto ampio e comprende:

- Farmaci: secondo le indicazioni fornite dalla letteratura internazionale, il controllo farmacologico del dolore deve essere attuato attraverso un approccio sequenziale e graduale, che prevede l'impiego di antiinfiammatori nei casi di dolore lieve e di oppioidi nel caso di dolore moderato e grave. Non infrequentemente vengono anche impiegati, per le documentate proprietà analgesiche, antiepilettici e antidepressivi;
- Neurostimolazione: consiste, mediante l'applicazione di elettrodi sulla cute o sulle strutture nervose, nell'erogazione di stimolazioni elettriche;
- Neuromodulazione: l'iniezione di farmaci viene praticata attraverso l'applicazione nel midollo spinale di un catetere collegato ad una pompa di erogazione del farmaco, esterna o impiantata nel sottocute;
- Neurolesione: prevede la lesione nella struttura nervosa identificata quale responsabile della sensazione dolorosa;

- Blocchi nervosi: consistono nell'applicazione diretta nel sito interessato da dolore di anestetico locale e farmaci steroidei;
- Interventi percutanei mini-invasivi sulle strutture osteoarticolari della colonna vertebrale.

In considerazione della componente emozionale del dolore e delle importanti conseguenze psichiche che ne derivano, deve poi menzionarsi, a completamento delle possibilità terapeutiche, la terapia psico-comportamentale e il sostegno psicologico, che garantiscono un approccio multidimensionale, consentendo di identificare ed analizzare tutte le componenti coinvolte (somatica, cognitiva, comportamentale, affettivo-emozionale).

Oltre alle terapie mediche convenzionali, esistono trattamenti alternativi per il controllo del dolore, come ad esempio la chiroterapia e l'osteopatia, che si basano sull'applicazione di specifiche tecniche di manipolazione, o metodi di cura tradizionale cinese, come l'agopuntura.

Qualche considerazione a parte merita il dolore oncologico. Per la sua complessità e per i molteplici aspetti che lo caratterizzano, l'impostazione del programma terapeutico non può prescindere dalla fase evolutiva della malattia, dall'aspettativa di vita del paziente, dal suo atteggiamento psicologico, dalle preferenze terapeutiche, dalle abitudini di vita e lavoro. Il controllo del dolore consente, infatti, al malato di partecipare alla vita sociale e familiare, di concentrare le proprie energie nella cura della patologia e di mantenere una vita il più possibile serena e dignitosa.

Nella maggior parte dei casi il dolore da cancro può essere controllato efficacemente attraverso l'attuazione di programmi integrati comprensivi di trattamenti farmacologici per l'analgesia e terapie anticancro (chemio-, radio-e ormonoterapia). Farmaci analgesici, quali antiinfiammatori e morfinici, consentono di ridurre il dolore nel 90% dei casi; solo per la restante percentuale di pazienti tali terapie risultano inefficaci, dovendo pertanto ricorrere a procedure invasive come terapie spinali, neurolitiche o neuroablative.



LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38

La legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. In particolare, è tutelato e garantito l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Nel provvedimento si precisa che le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono garantire un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, al fine di consentire:

 La tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;

- La tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;
- Un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

La legge rappresenta una vera e propria rivoluzione nella concezione e nella gestione del dolore in Italia: sostenendo il "diritto di non soffrire" di ogni cittadino, la legge riconosce anzitutto che il dolore, da solo, può costituire una malattia. La normativa disciplina l'esercizio di tale diritto attraverso importanti novità assistenziali, che coinvolgono sia il personale sanitario sia i pazienti, comprendendo programmi di cura individualizzati per malati e famiglie, formazione continua del personale sanitario, obbligo per le Regioni di fornire standard omogenei in tutto il Paese.

A testimoniare il cambio di prospettiva che la legge ha comportato è in primo luogo l'obbligo per medici e infermieri di monitorare il dolore dei pazienti, a prescindere dalla patologia per la quale vengono ricoverati, e di registrarlo nella cartella clinica.

La legge inoltre semplifica la prescrizione dei medicinali per il trattamento dei pazienti affetti da dolore severo: per la prescrizione dei farmaci oppioidi tutti i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale possono impiegare il normale ricettario, senza dover più ricorrere a quello speciale.

Altra grande innovazione prevista dalla legge è la realizzazione di due reti assistenziali distinte, costituite da ospedali e strutture sanitarie attive sul territorio: una rete, a cui afferiscono gli Hospice, assicura l'applicazione delle cure palliative ai malati terminali, l'altra, di cui fanno parte Centri e Ambulatori di Terapia del Dolore, garantisce l'assistenza ai pazienti con dolore cronico.

Indice

•	Premesse	pag.	6
•	Il dolore	pag.	7
•	Dolore utile e dolore inutile	pag.	10
•	Dolore al femminile.	pag.	12
•	Dolore muscolo-scheletrico	pag.	14
•	Dolore oncologico.	pag.	15
•	Dolore neuropatico	pag.	17
•	Conseguenze psico-fisiche del dolore	pag.	18
•	Dolore e depressione	pag.	19
•	L'importanza del trattamento del dolore inutile	pag.	20
•	Le terapie	pag.	23
•	Legge 15 marzo 2010, n. 38	pag.	25

Il dolore cronico è una vera e propria patologia che, come tale, deve essere affrontata e curata attraverso i mezzi terapeutici più opportuni.

Le dimensioni del fenomeno in Italia sono molto vaste: un italiano su quattro soffre di dolore cronico; circa la metà dei malati ha meno di 50 anni, un quinto soffre da oltre vent'anni; un terzo ha dolore in modo continuativo e, per questo, ha dovuto abbandonare il lavoro.

Sebbene la legge 15 marzo 2010, n. 38 abbia sancito il diritto di non soffrire e di poter accedere alla terapia del dolore per tutti i cittadini malati, a tutt'oggi nel nostro Paese il dolore cronico è ancora sottovalutato e troppo spesso non adeguatamente trattato. Eppure rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari nella realtà europea, che comporta, a livello individuale, gravi conseguenze invalidanti di tipo fisico, psico-emozionale nonché socio-relazionale e, a livello collettivo, costi economici diretti (per assistenza sanitaria e farmaci) ed indiretti (per assenze lavorative) spaventosamente elevati, che incidono sul sistema sanitario e sociale.

Per consultare l'elenco nazionale dei centri di terapia del dolore è possibile visitare il sito www.aisd.it.

Grazie al sostegno di

Lilly

