

Oppioidi contro il dolore cronico Perché molti medici li snobbano?

Diagnosi ignorate o in ritardo e a volte terapie sbagliate



VALENTINA ARCOVIO

In Italia capita di rado che una legge preceda la pratica clinica. Eppure, è ciò che è successo con la medicina del dolore: la legge 38 del 2010, considerata un esempio per aver allargato l'accesso ai farmaci contro il dolore cronico, è più vicina ai bisogni dei pazienti di quanto lo siano i medici. «Loro, purtroppo, tendono ad avere una scarsa considerazione del dolore, anche quando non rappresenta solo un sintomo, ma una malattia vera e propria, capace di sconvolgere la vita di chi ne soffre», spiega Marco Rossi, docente di Anestesia e Rianimazione alla Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica di Roma.

Il dolore - aggiunge - diventa una malattia a sé stante, quando è cronico. A differenza del dolore acuto non rappresenta il «campanello d'allarme» di un disturbo, ma

è «inutile» e persiste a prescindere dalla malattia o dal danno a cui è associato. «Il dolore cronico, a sua volta, si distingue in dolore oncologico, cioè legato a un tumore, e non oncologico, ovvero legato a disturbi come lombalgia, artrite, cefalea e fibromialgia, per citarne alcuni».

Nonostante questa differenza, spesso la diagnosi non viene fatta o viene ritardata. O, ancora, non viene proposto il giusto piano terapeutico o non viene monitorato. «Sono quattro i livelli di trattamento del dolore cronico a disposizione: sul primo gradino - sottolinea Rossi - troviamo i farmaci antinfiammatori, come il paracetamolo; sul secondo i farmaci oppioidi deboli, che agiscono sui recettori del dolore ma in scala ridotta; sul terzo ci sono i farmaci oppioidi forti, come la morfina; e sul quarto i trattamenti più invasivi, che richiedono veri e propri interventi chirurgici. In generale il trattamento di qualsiasi forma di dolore cronico risulta più efficace se è

multidisciplinare, se unisce all'intervento farmacologico un supporto psicologico».

Il trattamento inizia con la diagnosi e con la misurazione del dolore, basata sulla percezione soggettiva del paziente. Solo in seguito il medico può predisporre un percorso terapeutico adeguato. Più facile a dirsi che a farsi. Stando ai dati emersi in occasione del congresso della «European Pain Federation», che si è tenuto a Vienna, su 80 milioni di europei afflitti da dolore cronico, un terzo non riceve trattamenti, mentre il 38% lamenta scarsi risultati. Le cose in Italia non vanno meglio, specie quando il dolore cronico richiede l'utilizzo di farmaci più forti.

«È emblematico che, nel fine vita, solo il 50% dei pazienti viene trattato con una terapia analgica - sottolinea Rossi - La cosiddetta "opiofobia" è uno dei problemi più diffusi: da

noi prevale ancora la cultura della medicina difensiva». I medici, quindi, tendono a non prescrivere i farmaci oppioidi anche nei casi in cui il paziente ne abbia davvero bisogno per il timore, spesso ingiustificato, di eventi avversi.

Il «terrore» per gli oppioidi può nascere dalla scarsa conoscenza. «È indubbio che sono farmaci forti e che possono avere effetti collaterali, ma con un percorso terapeutico ben pianificato possono rappresentare un valido aiuto per i pazienti», spiega Rossi. Del resto, se non usati con parsimonia, anche le alternative agli oppioidi possono provocare gravi effetti collaterali.

Conclusione: «Gli oppioidi non sono la panacea per tutti i tipi di dolore cronico. Ecco perché la ricerca si concentra sullo sviluppo di molecole capaci di colpire i recettori bersaglio, responsabili del dolore stesso».



Marco Rossi
Anestesiologo

RUOLO: È PROFESSORE DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE ALL'UNIVERSITÀ CATTOLICA DI ROMA

