

# La gestione DEL DOLORE ONCOLOGICO

COME RICONOSCERLO, LE RACCOMANDAZIONI  
DELL'OMS, LE MOLECOLE, L'USO DEGLI OPIACEI  
E LA PALLIAZIONE

### **3** LE COMPONENTI DEL DOLORE

---

#### **4** Il dolore totale

---

#### **5** DOLORE E QUALITÀ DI VITA NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

---

#### **6** Il Dolore Oncologico

---

#### **9** LA STRATEGIA TERAPEUTICA

---

#### **11** Le molecole antalgiche

---

#### **16** L'UTILIZZO DEGLI OPIOIDI

---

#### **19** Le cure palliative

---

# Le componenti del dolore



La percezione o sensazione dolorosa è essenzialmente la risultante di due componenti: quella nocicettiva o sensoriale-discriminativa (a sua volta costituita da tre eventi: traduzione, trasmissione e modulazione) e quella affettivo-motivazionale ('sofferenza'), correlata a personalità e stato psicologico dell'individuo. Esperienze dolorose precedenti, condizioni emotive e aspettative possono variare la percezione e la risposta al dolore. Nelle patologie croniche, l'esperienza dolorosa può essere aggravata dall'impatto psicologico della diagnosi. Depressione mentale e disturbi somatici sono inoltre complicanze frequenti del dolore, soprattutto di quello prolungato che tendono ad aggravare tale componente.

A causa della variabilità, sia della componente nocicettiva che di quella affettivo-motivazionale, il dolore risulta un'esperienza individuale, influenzata e modificata nella percezione, nel significato, nella risposta da un insieme di influenze ambientali, psicologiche e culturali. Ciò è particolarmente vero nelle sindromi dolorose croniche come quelle provocate dai tumori.

# Il dolore totale

Per sottolineare la complessità del fenomeno dolore nelle sindromi croniche – più evidente e che richiede approcci specifici – è stato coniato il termine **DOLORE TOTALE** in cui confluiscono e diventano determinanti aspetti fisiologici, psicologici, sociali, spirituali ed etici.

**IL DOLORE DA CANCRO**, PER IL GRANDE COINVOLGIMENTO DELLA SFERA EMOTIVA E PER IL PARTICOLARE SIGNIFICATO SOCIALE DELLA MALATTIA, COSTITUISCE UNO DEGLI ESEMPI PIÙ RAPPRESENTATIVI DI DOLORE TOTALE.

## Come riconoscerlo

In generale tutti i dolori cronici possono e devono essere curati per evitare di deprimere e debilitare il paziente, privandolo di energie di cui ha assolutamente bisogno.

Per (ri)conoscere quando il dolore cronico è totale, è necessario:

- credere nel malato e in ciò che dice
- raccogliere un'accurata storia del tipo di dolore
- valutare l'intensità del dolore e le sue caratteristiche utilizzando apposite scale di valutazione o per confronto con altri dolori già provati
- valutare gli indici di qualità di vita (vedi in seguito):
  - ore di sonno
  - interferenza con lavoro o hobby
  - performance status
  - ecc...
- indagare sulle terapie effettuate o in atto.

UNA CORRETTA VALUTAZIONE DEL DOLORE È UN PASSO DECISIVO VERSO IL SUO **EFFICACE TRATTAMENTO**.



# Dolore e qualità di vita nel paziente oncologico

Il controllo del dolore – che ha un notevole impatto sulla mobilità, sull'indipendenza, sullo stato psichico – gioca un ruolo centrale nel determinare la qualità di vita in molti pazienti oncologici. Attualmente purtroppo molte persone non sono trattate adeguatamente e l'intensità del dolore, sia nello stadio iniziale che in fase terminale di malattia, opprime sia i malati che i loro familiari.

È da notare che il termine “Qualità di vita” esprime un concetto multidimensionale che comprende le percezioni legate alle condizioni fisiche, allo stato psicologico e sociale dei malati. Gli studi clinici su pazienti oncologici hanno confermato l'importanza della valutazione di questi fattori e di tutti i sintomi legati alla malattia.

L'EORTC (the European Organization for Research and Treatment of Cancer – <http://www.eortc.be>) ha creato un gruppo di studio dedicato alla Qualità di vita. Grazie ad un programma di ricerca mirato è stato messo a punto un questionario multidimensionale per valutare gli aspetti fisici, emozionali e sociali legati alla Qualità di vita (EORTC QLQ-C36 e EORTC QLQ-C30). Successivamente è emersa la necessità di definire uno strumento ancora più specifico per gruppi omogenei di pazienti. È stato quindi implementato un questionario aggiuntivo (costituito da 13 domande) appositamente destinato ai pazienti affetti da neoplasia polmonare. Questo questionario (EORTC QLQ-LCI3) comprende la valutazione di diversi sintomi associati al tumore dei polmoni (tosse, emottisi, dispnea e dolore) e degli effetti collaterali tipici dei trattamenti chemio e radio-terapici utilizzati in questa patologia (perdita dei capelli, neuropatia, secchezza delle fauci e disfagia). È rilevante notare che ben 4 parametri sui 13 totali del questionario si riferiscono al dolore. Studi clinici, dati relativi alla qualità di vita e al dolore, campagne informative e nuove normative vanno comunque considerati progetti a lungo termine, che mirano a modificare atteggiamenti e convinzioni radicate da lungo tempo. Non devono quindi rimanere iniziative temporanee ed isolate ma vanno continuamente rinvigorite ed ampliate.

# Il dolore oncologico

È un tipico dolore cronico e costante, le cui **CARATTERISTICHE PRINCIPALI** sono:

- intensità variabile
- è difficile predire quando finirà
- risulta spesso 'senza motivo' per il paziente
- può espandersi fino ad occupare tutta l'attenzione del malato isolandolo dal mondo esterno
- ha una duplice natura: coinvolge le percezioni neurologiche e la sfera emotiva (dolore totale).

• DUE TERZI DEI MALATI PRESENTANO DOLORE NEL CORSO DELLA MALATTIA NEOPLASTICA

- IN **9 CASI SU 10** I DOLORI POSSONO ESSERE COMPLETAMENTE ELIMINATI O FORTEMENTE ATTENUATI GRAZIE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA.

TUTTI I MALATI DI CANCRO HANNO **DIRITTO** A UN'ADEGUATA CURA DEI DOLORI. FAR STRINGERE I DENTI AI PAZIENTI E INVITARLI A SOPPORTARE IL DOLORE NON HA SENSO.

## Il dolore oncologico in Italia

Negli ultimi anni numerosi studi hanno monitorato i tassi percentuali di prevalenza del dolore negli ospedali:

- Donovan et al., 1987: 79%
- Abbott et al., 1992: 50-67%
- Visentin et al., 1999: 44%
- Costantini et al., 2000: 43-56%

In dettaglio, dall'indagine multicentrica curata dal prof. Marco Visentin dell'Unità di terapia del dolore e cure palliative dell'ASL 6 di Vicenza, che ha coinvolto circa 4 mila pazienti di 20 ospedali italiani, è emerso che:

- il 91% dei ricoverati oncologici confessa di avvertire dolore

- il 46% lo accusa in maniera particolarmente intensa
- il 23% in modo moderato
- il 22% in modo lieve
- solo nel 9% dei casi il dolore è assente.

Entrando nel dettaglio dei risultati di questa ricerca è possibile vedere come il dolore raggiunga livelli più elevati nei reparti medici rispetto a quelli chirurgici, con i picchi maggiori nei pazienti di età inferiore ai 14 anni e superiore ai 75; nel 15% dei ricoverati questa condizione persiste oltre i 3 mesi.

Ma il dato più sconcertante è che il 90% dei ricoverati soffre di un dolore risolubile, ma solo nel 28% dei casi è trattato con oppiacei (in particolare morfina), con FANS o con entrambi. Solamente nel 6,2% dei malati il dolore risulta controllato con analgesici.

### Componente nocicettiva

Le cause organiche del dolore oncologico possono così essere elencate:

- Dovute al tumore:
  - infiltrazione dei tessuti
  - interessamento viscerale
  - ulcerazione, infezione
- Legate al tumore, ma non direttamente provocate da esso:
  - contratture muscolari
  - stitichezza
  - decubiti
  - candidosi
- Legate alle terapie:
  - chirurgiche
  - radioterapiche
  - chemioterapiche
- Non dipendenti dal tumore o dalle terapie:
  - cause cardiovascolari
  - neuropatie
  - altre cause



La tabella seguente schematizza in dettaglio le singole componenti nocicettive.

**Tab.1 Cause organiche del dolore oncologico**

<b>Dovute al tessuto neoplastico</b>	<b>Legate al tumore</b>	<b>Legate alla terapia</b>	<b>Non dipendenti dal tumore o dalle terapie</b>
infiltrazione dei tessuti ossei, compressione e/o infiltrazione tessuti nervosi, interessamento viscerale, ulcerazione e/o infezione, ipertensione endocranica	contratture muscolari, decubiti, stitichezza, candidosi, linfedema, nevralgia postoperatoria, trombosi venosa profonda, embolia polmonare	dolore post-intervento chirurgico, infiammazioni e/o fibrosi postradioterapiche, mielopatia postradioterapica, neuropatia postradioterapica, necrosi asettica dell'osso	artriti ed artrosi, cefalea (muscolotensiva, emicranica, psicogena), dolore miofasciale, origine cardiovascolare, nevriti

## Componente affettivo-motivazionale (dolore totale)

Per comprendere la complessità del dolore oncologico è indispensabile conoscere la varietà di fattori psichici che concorrono alla sua formazione e che sono schematizzati nella tabella seguente.

**Tab.2 dolore totale: fattori psichici**

Difficoltà burocratiche, fallimento delle cure, mancanza di visite di amici, irreperibilità dei medici, ritardi diagnostici	Rabbia	Debolezza, effetti collaterali delle cure, malattie non cancerose, cancro, origine somatica, dolore totale, ansia, paura del dolore, paura della morte, paura dell'ospedale, paura del ricovero, preoccupazioni per la famiglia, problemi finanziari, perdita di controllo del proprio corpo, Incertezza del futuro	Depressione	Perdita del ruolo in famiglia, perdita posizione sociale, perdita del prestigio sul lavoro, perdita dei guadagni, insonnia, stanchezza, alterazioni dell'aspetto
---	--------	---	-------------	--



# La strategia terapeutica

Prima di iniziare il percorso terapeutico è essenziale comprendere la validità di quattro punti fondamentali:

1. il dolore da cancro si può combattere efficacemente nella quasi totalità dei casi
2. la terapia del dolore da cancro, specie in fase iniziale, è facile da gestire
3. la terapia del dolore da cancro non sempre va prescritta o eseguita da super-specialisti in terapia antalgica
4. si può annullare agevolmente il dolore da cancro imparando ad usare appena 4 o 5 analgesici.

## Obiettivi

Sono da raggiungere gradualmente:

- aumentare le ore di sonno senza dolore
- alleviare il dolore a riposo
- alleviare il dolore in posizione eretta e durante le attività.

## Le raccomandazioni dell'Oms

Secondo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, **CANCER PAIN RELEASE**, il dolore oncologico deve essere affrontato mediante l'**IMPIEGO SEQUENZIALE DI TRE CATEGORIE DI FARMACI, SECONDO UNA PROGRESSIONE A STEP.**

### LA SEQUENZA FARMACOLOGICA

**I** FANS

**II** Oppiacei minori

**III** Oppiacei maggiori

### I TRE STEP D'INTERVENTO

L'approccio sequenziale, sempre secondo l'OMS, va messo in atto nelle seguenti fasi:

- a. Alla comparsa del dolore vanno somministrati i FANS che possono essere associati eventualmente e secondo i casi ai cosiddetti “farmaci adiuvanti”
- b. Quando i FANS non sono più sufficienti a controllare il dolore si introducono gli oppiacei minori, che possono essere associati agli stessi FANS e/o agli adiuvanti
- c. Quando anche gli oppiacei minori non sono più sufficienti si utilizzano gli oppiacei maggiori associati o no ai FANS e/o agli adiuvanti.

Quando un farmaco della classe iniziale o intermedia, se impiegato correttamente, perde la sua efficacia, è obbligatorio ricorrere ad un farmaco appartenente alla classe superiore nella scala antalgica a tre gradini dell'OMS.



# Le molecole antalgiche

## I FANS

Com'è risaputo, le azioni per le quali i **FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI** vengono classicamente impiegati sono tre: antidolorifica, antipiretica ed antiflogistica.

Benché **SOLITAMENTE IMPIEGATI NEL DOLORE CRONICO BENIGNO** di lieve e media intensità, i FANS **SONO ESTREMAMENTE UTILI ANCHE NEI DOLORI DA CANCRO**.

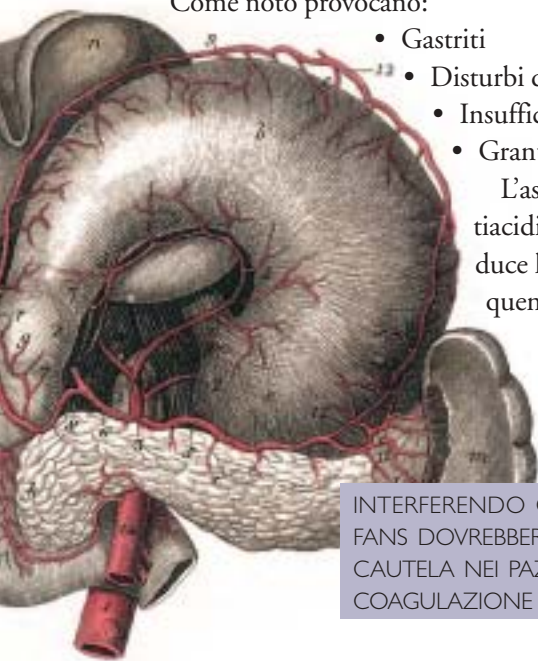
- La loro principale indicazione è nei dolori accompagnati da imponente liberazione di prostaglandine, quando cioè sono coinvolti tendini, fasce, periostio, metastasi osteolitiche
- Sono perciò particolarmente utili nel controllo dei dolori da compressione meccanica di muscoli, tendini, periostio, tessuti sottocutanei e tessuto osseo
- Hanno ridotto effetto sul dolore viscerale tranne che nella neoplasia pancreaticata.

### PRINCIPALI EFFETTI COLLATERALI

Come noto provocano:

- Gastriti
- Disturbi della coagulazione
- Insufficienza renale funzionale
- Granulocitopenia

L'assunzione dopo i pasti, l'aggiunta di antiacidi, l'associazione con gastroprotettori riduce la comparsa dei disturbi gastrici, più frequenti e temuti.



INTERFERENDO CON L'AGGREGAZIONE PIASTRINICA, I FANS DOVREBBERO ESSERE SOMMINISTRATI CON MOLTA CAUTELA NEI PAZIENTI ONCOLOGICI CON PROBLEMI DI COAGULAZIONE O CON RIDOTTO NUMERO DI PIASTRINE.

## Analgesici oppiacei

Terminologia: anche chiamati analgesici maggiori, narcotici o morfinosimili.  
Capostipite: **MORFINA**.

Rappresenta il punto di riferimento nella valutazione dell'attività analgesica dei congeneri.

GLI OPIACEI RAPPRESENTANO UNA TAPPA, QUASI SEMPRE OBBLIGATA, NELLA TERAPIA DEL DOLORE DA CANCRO.

### MECCANISMO D'AZIONE

**È RISAPUTO CHE LA POTENTE ATTIVITÀ ANALGESICA SI DEVE ALL'INTERAZIONE DEI MORFINOSIMILI CON I RECETTORI OPIACEI LOCALIZZATI IN ZONE DEL SNC E NEL MIDOLLO SPINALE LUNGO LE VIE SENSITIVE DOLORIFICHE. A TALE LIVELLO, ANALOGAMENTE ALLE ENDORFINE PRODOTTE DALL'ORGANISMO, INNESCANO MECCANISMI DI ABOLIZIONE E MODULAZIONE DELLE SENSAZIONI DOLOROSE.**

I differenti profili farmacologici dei singoli oppiacei (intensità e durata d'azione, effetti secondari) sono spiegabili con l'esistenza di vari tipi di recettori e con la differente capacità di ogni farmaco morfinosimile di interagire con tali recettori.

GLI OPIACEI VENGONO UTILIZZATI QUANDO L'USO DEI FANS NON HA DATO UN EFFETTO SODDISFACENTE.

Quindi la regola di utilizzare sempre, comunque, in prima battuta, gli analgesici minori, è assoluta.

La scelta del farmaco deve tenere conto soprattutto dell'intensità del dolore oltre che dell'aspettativa di vita, considerando che **L'USO DEI NARCOTICI NON È NECESSARIAMENTE LEGATO AD UNA BREVE ASPETTATIVA DI VITA.**

Il segreto dell'analgia con gli oppiacei sta nel **RAGGIUNGERE UNA CONCENTRAZIONE EMATICA EFFICACE E DI MANTENERE QUESTO LIVELLO.** Una volta raggiunto un grado di analgesia soddisfacente, questo deve essere mantenuto con somministrazioni regolari a tempi fissi.

### PRINCIPALI CONTROINDICAZIONI

- Insufficienza epatica grave
- Insufficienza renale
- Insufficienza respiratoria
- Occlusione intestinale



## VIE DI SOMMINISTRAZIONE E PREPARAZIONI DISPONIBILI

Come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nei 'WHO Cancer Pain Release'<sup>1</sup>, **LA SOMMINISTRAZIONE PER OS È QUELLA RACCOMANDATA NELLA MAGGIORANZA DEI PAZIENTI.**

## FORMULAZIONI E VIE DI SOMMINISTRAZIONE

Vanno scelte in base alle specifiche esigenze del paziente, tenendo presente che alcune molecole, ad esempio il metadone, sono più efficaci se somministrati per os. **LE DOSI** devono far riferimento alla scala a step d'intervento e comunque bisogna valutare l'entità degli effetti collaterali che deve essere minima. Come regola generale è conveniente utilizzare molecole agoniste pure dei recettori oppioidi, come la morfina, piuttosto che gli agonisti-antagonisti che possiedono, in parte, proprietà farmacologiche anti-analgesciche (ad esempio meperidina e pentazocina). Ecco un elenco delle principali formulazioni disponibili in Italia.

## SPECIALITÀ FARMACEUTICHE

- Morfina solfato: compresse o discoidi a cessione controllata
- Metadone: compresse, supposte, fiale iniettabili intramuscolo, endovena
- Pentazocina: compresse, fiale intramuscolo, endovena
- Buprenorfina: compresse, fiale intramuscolo, endovena
- Morfina cloridrato +atropina solfato: fiale intramuscolo
- Codeina + paracetamolo: compresse
- Tramadolo: compresse, gocce, fiale intramuscolo e endovena
- Fentani: cerotto transdermico

## GALENICI UFFICIALI

- Polveri: oppio
- Capsule e compresse: codeina fosfato, codeina fosfato+paracetamolo, ossicodone cloridrato+paracetamolo
- Sciroppi: morfina cloridrato, metadone cloridrato, codeina fosfato
- Soluzioni iniettabili:morfina cloridrato, petidina cloridrato.

## ALTRI GALENICI

- A base di morfina, ossicodone, idromorfone, sono preparabili dal farmacista.

---

1. Interview in 'Cancer Pain Release', WHO, July 2003 to Nathan Cherny, Director of Cancer Pain and Palliative Medicine, Department of Oncology, Shaare Zedek Medical Center, Jerusalem (Israel) and Sharon Weinstein, Director of the Pain Medicine and Palliative Care Program at the University of Utah Huntsman Cancer Institute (USA).

## I farmaci adiuvanti

Con questo termine viene indicato un gruppo eterogeneo di farmaci non analgesici, diversi per struttura e meccanismo d'azione, che vengono impiegati nel dolore da cancro. Sono utilizzati come co-analgesici in determinati tipi di dolore, nel trattamento di alcuni sintomi che frequentemente si presentano nei pazienti oncologici e nel controllo della componente psico-affettiva e comportamentale frequentemente alterata nel paziente con dolore da cancro.

### 1. BENZODIAZEPINE

Terminologia: anche chiamati tranquillanti minori.

Tra i quattro tipici effetti – **MIORILASSANTE, ANTICONVULSIVANTE, SEDATIVO ED ANSIOLITICO** – è quest'ultimo quello maggiormente sfruttato nel cancro.

L'abolizione dell'ansia porta al maggior rilassamento che facilita il sonno. L'insonnia presente in questi malati è dovuta all'ansia, alla paura di morire durante il sonno, al dolore, alla dispnea ed ad altri fattori. Spesso l'uso dei farmaci oppiacei a breve durata d'azione porta a interruzione del sonno.

Le formulazioni per via transdermica a durata di 72 ore consentono una migliore qualità del trattamento.

### 2. ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI

Poco meno di un terzo dei pazienti con dolore oncologico soffre di depressione concomitante.

Le tre azioni maggiori per le quali gli antidepressivi triciclici vengono essere sfruttati sono:

- elevazione del tono dell'umore
- attività analgesica nelle neoplasie con danno dei nervi
- sedazione.

### 3. CORTICOSTEROIDI

Possono essere utilizzati nella cura del dolore da cancro utilizzando le attività analgesica, antinfiammatoria, stimolante dell'appetito e per migliorare il tono dell'umore. Vengono particolarmente adoperati anche in specifiche situazioni cliniche quali:

- compressione del midollo spinale
- cefalea da incremento della pressione intracranica
- per aumentare la distensione del fegato nei tumori epatici

oppure per il controllo di alcuni sintomi quali:

- anoressia
- malessere
- sudorazione notturna.

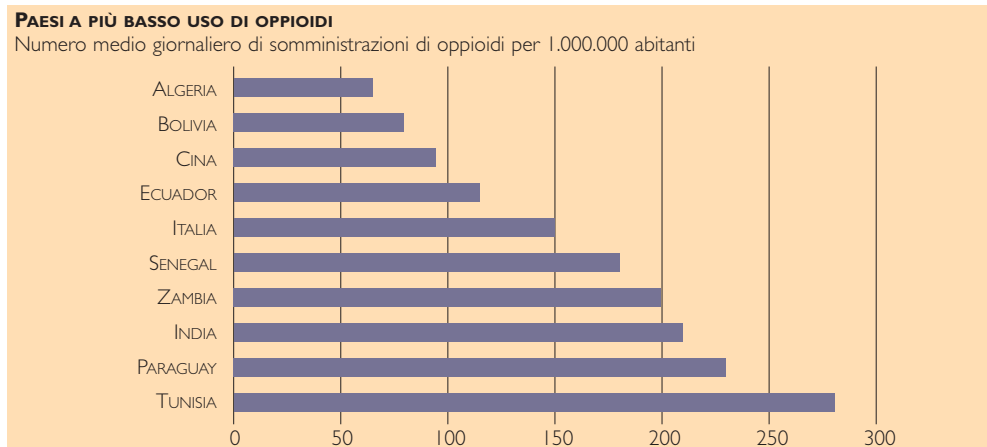
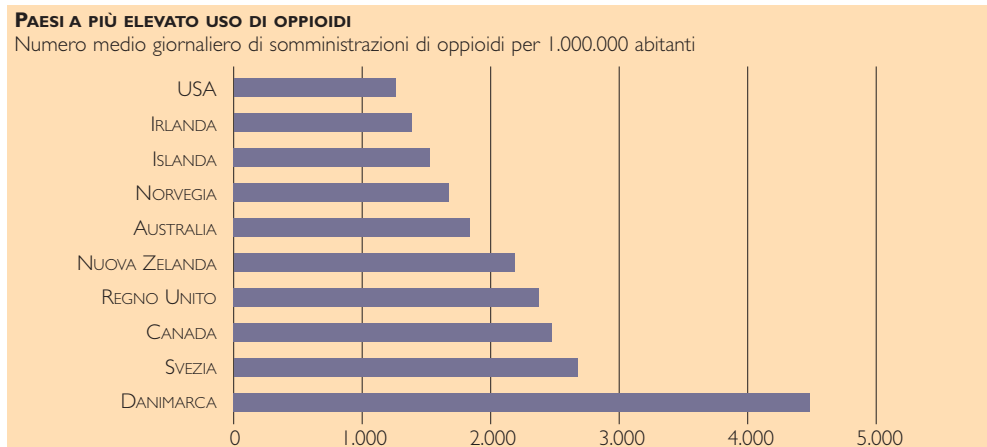


# L'utilizzo degli oppioidi

## In Italia e nel mondo

La somministrazione di oppiacei (o oppioidi) nel nostro Paese è molto bassa a livelli assoluti ma diventa quasi 'imbarazzante' se confrontata ad altre realtà internazionali: i 3.000.000 di prescrizioni del 2002 (150.000 in più rispetto all'anno precedente) sono infatti 12 volte meno di quelle effettuate in Germania, 32 meno rispetto alla Francia e addirittura 110 volte meno della Danimarca.

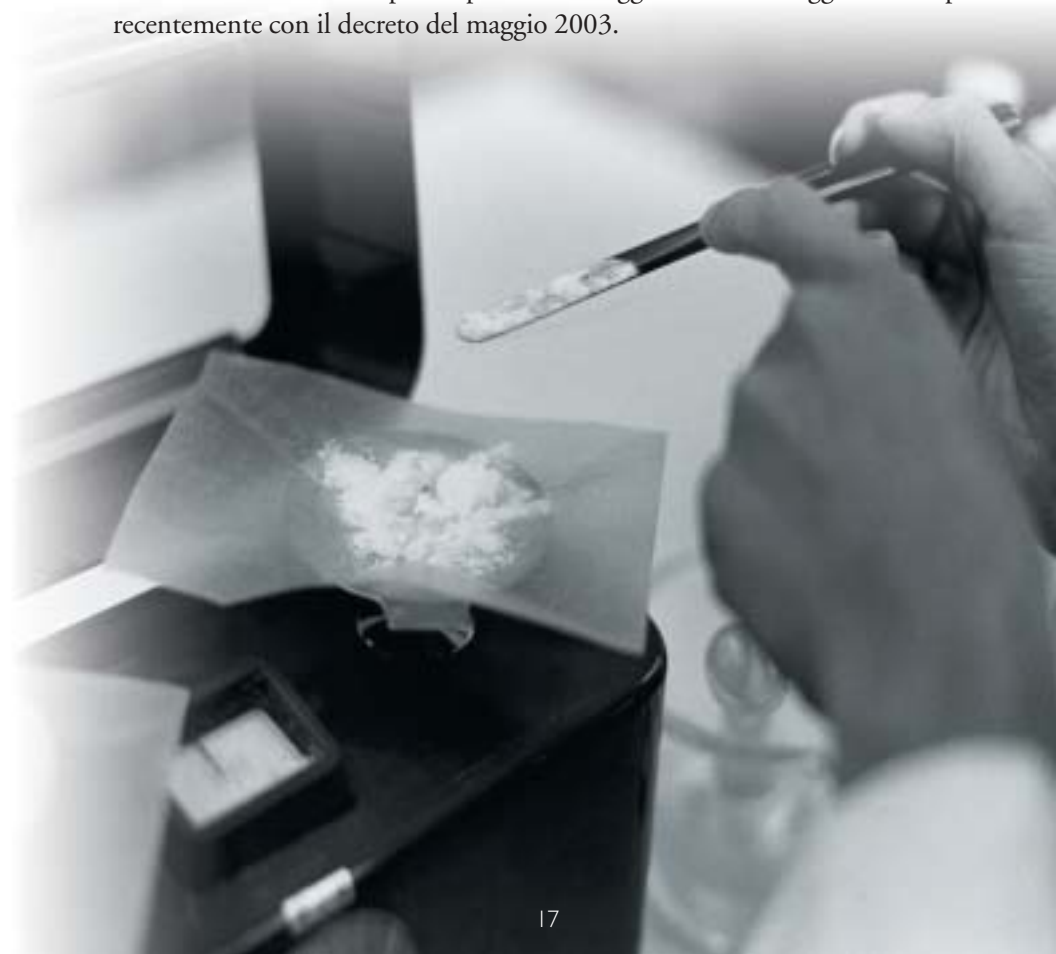
Tab. 3 e 4 - anno 2002





## Pregiudizi e burocrazia

**SI POSSONO INDIVIDUARE** due probabili fattori principali all'origine del fenomeno di bassa somministrazione di oppiacei in Italia. Il primo è figlio di un pregiudizio della classe medica nell'utilizzo di questi farmaci, ben più radicato di quanto si pensi e tuttora difficile da scalfire. I medici sono condizionati da un atteggiamento culturale sbagliato che – se giustificabile e facilmente comprensibile nella popolazione generale – diventando errato (pre)giudizio scientifico determina un errore di metodo. L'equivalenza fra somministrazione di morfina e tossicodipendenza e l'eccessivo senso di responsabilità nella compilazione delle ricette ad essa collegato, sono le più importanti cause alla base di questo errore. L'altro fattore determinante è costituito dalle difficoltà burocratiche e dai rischi cui andava incontro il medico prescrittore. Tale fattore non dovrebbe più costituire un ostacolo, superato prima dalla legge 12 del 24 maggio 2001 e più recentemente con il decreto del maggio 2003.



## Modifiche recenti - legislazione attuale

Il decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 29 maggio 2003 apporta le seguenti modifiche alla legislazione vigente sugli oppiacei contro il dolore, semplificandone la prescrizione:

- abolisce il vincolo di compilare la ricetta solo a lettere
- abolisce l'obbligo di riportare l'indirizzo di residenza del paziente
- abolisce l'obbligo per i medici di conservare per almeno 6 mesi una copia della ricetta.

**OPPIACEI RIMBORSABILI:** una ricetta, in originale, deve essere conservata dal farmacista mentre una copia è destinata al Servizio pubblico.

**IN TUTTI GLI ALTRI CASI:** basta soltanto l'originale.

Sparisce, dunque, la terza copia che il medico aveva l'obbligo di conservare per almeno sei mesi. Scompare, tra l'altro, l'indicazione dell'indirizzo di residenza del paziente e la formulazione in lettere del numero di confezioni prescritte.



La ricetta avrà **UNA VALIDITÀ DI TRENTA GIORNI («ESCLUSO QUELLO DI EMISIONE»)**: il medico potrà infatti prescrivere le terapie per un periodo non superiore al mese e la prescrizione non potrà essere ripetuta fino al completamento del primo ciclo di cure.

**IL FARMACISTA, DOPO AVERLE SPEDITE, DOVRÀ CONSERVARE PER CINQUE ANNI**, «a partire dal giorno dell'ultima registrazione nel registro di entrata e uscita».

I medici che ancora non fossero in possesso dei nuovi formulari dell'istituto Poligrafico possono continuare a utilizzare i ricettari precedentemente in vigore, cioè quelli in triplice copia.

Il decreto ha previsto anche le versioni dei formulari in doppia lingua – italiano-tedesco e italiano-francese – per i modelli da distribuire nei territori bilingui.

Il **MINISTERO DELLA SALUTE** promuove la conoscenza delle novità legislative attraverso il portale [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it) con mini corsi on line, invia lettere esplicative delle nuove norme, avvia programmi obbligatorio di formazione sulla terapia del dolore e monitora il consumo degli oppiacei su tutto il territorio nazionale.

### L'uso non genera abuso

Uno studio pubblicato da JAMA nel 2000<sup>2</sup> illustra abbastanza chiaramente che i casi di abuso degli oppiacei, in seguito a somministrazioni medicali negli Stati Uniti, sono rari. Esaminando la prescrizione di analgesici oppiacei negli USA tra il 1990 e il 1996, gli autori dell'articolo su JAMA hanno riscontrato un aumento notevole nell'uso di morfina, il 59% in più, eppure gli abusi sono cresciuti soltanto del 3%; per le preparazioni di derivati oppiacei in cerotti transdermici l'aumento prescrittivo registrato è stato notevolissimo, il 1.168% in più, eppure gli abusi relativi si sono addirittura ridotti di quasi il 60%. Complessivamente, se si esaminano i casi di abuso di farmaci in generale (dagli antibiotici alle pomate dermatologiche) la quota relativa all'abuso di oppiacei è scesa nel periodo esaminato dal 5,1 al 3,8%.

---

2. Joranson DE, Ryan KM, Gilson AM. Trends in medical use and abuse of opioid analgesics. JAMA 2000; 283(13):1710-1714.

# Le cure palliative

Oltre il 60% dei malati oncologici entra in uno stato di inguaribilità, condizione che porterà ad una fase terminale con un progressivo aumento dei sintomi di sofferenza: in questa fase la cura del dolore non può essere separata dalla presa in carico degli altri sintomi legati anche al disagio psicologico e sociale. Nasce allora il problema di prendersi cura del malato, quale essere umano, e non più esclusivamente della sua malattia. La Medicina Palliativa interviene mediante le terapie di supporto con l'obiettivo di offrire i mezzi idonei per una migliore qualità di vita.

## Caratteristiche della palliazione

I malati terminali presentano con costanza gravi problemi di natura fisica, psicologica, emotivo-affettiva, sociale e spirituale. La medicina palliativa ha come obiettivi fondamentali il controllo dei sintomi fisici, il sostegno psicologico del malato e della famiglia, l'umanizzazione dell'impatto terapeutico, la conservazione di un livello accettabile di qualità della vita, l'accompagnamento ad una morte dignitosa. Ecco in sintesi le caratteristiche fondanti delle cure palliative:

- Comfort del paziente
- Il paziente durante l'ospedalizzazione non deve perdere il suo 'status' all'interno della propria famiglia
- Considerare la paura e l'angoscia così come il dolore, individuando oltre la lesione fisica anche quella emozionale
- Le diverse figure dell'equipe di palliazione (medici palliativisti, psicologi, infermieri, operatori sanitari e gruppi di volontari), ognuno ben identificato nel suo ruolo che non deve sovrapporsi a quello altrui, sono importanti nell'aiutare il malato in stato avanzato di malattia

Lo scopo delle cure palliative è occuparsi in modo continuativo dei bisogni del paziente e delle famiglie in rapporto alle esperienze di cura della malattia terminale

La cura deve quanto più possibile essere estesa anche al cordoglio e al lutto.



## Breve storia degli hospice

Il primo hospice venne fondato nel 1974 negli **STATI UNITI** a Branford, Connecticut.

Nel 1975 viene istituito (da Balfour Mount) il primo servizio di cure palliative al Royal Victoria Hospital di Montreal (**CANADA**): è la prima volta che viene usata l'espressione 'cure palliative' per indicare un programma di cure per pazienti in fase avanzata di malattia.

Negli USA questo tipo di assistenza è diventato sempre più parte integrante del sistema sanitario: attualmente negli Stati Uniti esistono più di duemila programmi di Hospice dove nel 1995 è stato stimato che 390.000 pazienti erano gestiti con questa filosofia di cura.

In tutta **EUROPA** un particolare impulso alla diffusione degli hospice viene negli anni '90, in particolare dai risultati di alcuni studi economici che evidenziano come la gestione dei pazienti con malattia e dolore cronici e invalidanti risulti vantaggioso rispetto al ricovero in ospedale.



F ● R O

La **FONDAZIONE PER LA RICERCA ONCOLOGICA (FO.R.O. ONLUS)** è nata per garantire migliori cure, qualità di vita e **DIGNITÀ A CHI SOFFRE PER UN TUMORE**. A questo scopo promuove lo sviluppo delle conoscenze in campo bio-medico e oncologico, attivandosi nei settori della ricerca, dell'istruzione e della formazione. La Fondazione contribuisce – direttamente o in collaborazione con Università, strutture sanitarie, enti di ricerca, altre fondazioni o associazioni – allo sviluppo della ricerca sui tumori promuovendo progetti di ricerca clinica e occupandosi di prevenzione ed educazione dei cittadini.

**a cura di:**

Mauro Boldrini, Sabrina Smerrieri,  
Sergio Ceccone, Gino Tomasini

**Consulenza scientifica:**

prof. Francesco Cognetti  
prof. Enrico Cortesi  
prof. Filippo De Marinis

*Si ringrazia per la collaborazione  
il dr. Marco Maltoni, responsabile Unità Cure  
Palliative, Dipartimento Oncologico di Forlì*



Via Bertoloni, 29 - 00197 Roma  
Numero Verde 800 23.73.03  
fondazione@intermedianews.it

**Consiglio direttivo***Presidente*

Francesco Cognetti

*Vice-Presidente*

Enrico Cortesi

*Segretario-Tesoriere*

Filippo De Marinis

*Consiglieri*

Camillo Franco Pollera, Mauro Antimi

*Comunicazioni e immagine*

Intermedia



Intermedia editore

*Healthcare Communication Network*

via Cefalonia 24 - 25124 Brescia  
Tel. 030.226105 - Fax 030.2420472  
Via Costantino Morin, 44  
00195 Roma - Tel. 06.3723187  
imediabs@tin.it  
www.medinews.it