



RICONOSCERE IL DOLORE E SAPERE COME COMBATTERLO **Per pazienti che ne sono afflitti ecco le attività possibili**

Si nasce e si muore nel dolore. La sofferenza è da sempre strettamente legata all'esistenza. Fin dai primordi dell'umanità il dolore è stato un contatto essenziale con la realtà del mondo. Si pensi alla scoperta da parte dell'uomo del fuoco e di come questi, se utilizzato in modo scorretto, possa essere causa di danno e di dolore. Dolore quindi inteso come elemento indispensabile di conoscenza e di evoluzione personale e sociale. Del dolore ci parla il Dott. Giuseppe Tassone Specialista Neurologo che visita presso il Poliambulatorio C.T.R. di Reggio Emilia. Non sempre il dolore ha una valenza protettiva e di allarme. In alcuni casi il dolore rappresenta una esperienza di sofferenza fine a se stessa [dolore inutile] ed è questo tipo di dolore che va trattato e sconfitto. Ma il dolore non può essere ridotto soltanto ad una realtà biologica. La percezione, la reazione, la rappresentazione del dolore sono elementi spesso influenzati da fattori psicologici, culturali o religiosi di cui bisogna tener conto. Un approccio sistematico alla terapia del dolore non può prescindere da una classificazione del dolore che tenga presente alcuni dei suoi elementi costitutivi. In base alla durata, il dolore può essere classificato in:

- Dolore transitorio: quando vi è attivazione dei nocicettori [recettori dolorifici presenti a livello di cute e visceri] senza che vi sia danno tissutale. Ad es. un pizzicotto
- Dolore acuto: dolore di breve durata associato a danno tissutale. Il dolore scompare con la riparazione del danno
- Dolore persistente: dovuto al perdurare dello stimolo nocicettivo
- Dolore cronico: continuo o ricorrente, di entità e durata tali da incidere sul benessere, sulle funzioni e sulla qualità di vita di una persona.

Riguardo alla origine del dolore, questo può essere distinto in dolore nocicettivo qualora origini dalla stimolazione dei recettori dolorifici presenti al livello somatico [cute, sottocute, muscoli] o viscerale [da distensione, invasione o compressioni dei visceri]. Segnala un danno in atto o potenziale e viene descritto come sordo, gravativo. Il dolore neuropatico invece origina da un danno del sistema nervoso centrale o periferico. Spesso viene descritto come una sensazione di "bruciore" di "scossa" o "formicolio". Può essere associato a deficit sensitivi [ipoestesia], ad allodinia [uno stimolo non dolorifico come può essere lo stimolo tattile viene invece percepito in una certa area come dolorifico], iperalgesia [accentuata sensazione dolorifica in rapporto all'intensità dello stimolo dolorifico]. La terapia del dolore deve essere effettuata tenendo conto di tali elementi. Un primo metodo, piuttosto semplice e di patrimonio comune per ogni medico, consiste nel somministrare farmaci di potenza analgesica adeguata all'intensità del dolore riferito dal paziente. Ciò costituisce indubbiamente una valida alternativa per i dolori acuti e , comunque, in quelle situazioni in cui il dolore possa essere considerato solo come sintomo della malattia. Ben diverso, invece, è il caso del dolore persistente e di quello cronico, benigno e/o maligno, in cui la sensazione dolorosa perde il suo finalismo di semplice anticipazione e segnale di malattia e ne diventa la sua connotazione più importante. In questo caso il dolore diventa il problema principale del paziente, condizionandone l'esistenza a tal punto da porre quasi in secondo piano la malattia d'origine. In simili circostanze è evidente che il metodo con cui condurre la terapia antalgica debba essere più complesso e rivolto necessariamente all'identificazione delle cause del dolore, presupponendo altresì una profonda conoscenza e padronanza dei mezzi per contrastarli: questo è il campo d'azione della Terapia Antalgica Specialistica. Accanto a farmaci sintomatici di comune utilizzo sul dolore nocicettivo [FANS, paracetamolo, oppioidi deboli] esistono farmaci specifici in

grado di avere un effetto sintomatico sul dolore neuropatico. Tali farmaci appartengono ad esempio alle categorie degli anticonvulsivanti [gabapentin, pregabalin, carbamazepina, oxcarbazepina], degli antidepressivi triciclici [amitriptilina].

CASI CRONICI, SI PUO' FARE MOLTO

La terapia del dolore cronico, ed in particolare di quello neuropatico, risulta complessa e impegnativa. Risulta in questo caso determinante instaurare un buon dialogo con il paziente, approfondire e chiarire alcuni passaggi che potrebbero altrimenti indurlo a sospendere o modificare la terapia. Le conoscenze, le tecniche e l'armamentario farmacologico attualmente disponibili non consentono più alcun alibi per un programma completo ed esteso di terapia antalgica e di cure palliative. E' importante spiegare la necessità di iniziare con un singolo farmaco e con dosi base per evitare la comparsa di effetti collaterali che ne limitano l'uso; è utile associare farmaci con meccanismo d'azione diverso, che svolgono azione sinergica, ottenendo il risultato di ridurre la posologia dei farmaci utilizzati e, di conseguenza, i potenziali effetti collaterali; è importante spiegare che non tutti i sintomi e le tipologie di dolore possono essere risolti con lo stesso farmaco; spiegare che la terapia farmacologica è spesso una terapia non risolutiva del dolore, che prevede un'assunzione continuativa. In definitiva un'assistenza alla persona, non solo al paziente.