

## **Il dolore cronico: Meccanismi e Forme**

L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) definisce il dolore come "un'esperienza spiacevole, sensoriale ed emozionale, correlata con un danno tissutale o descritta in tali termini" (Merskey 1994). Questa definizione rende conto della complessità del fenomeno che non può essere considerato solo una trasmissione di impulsi nervosi dalla "periferia" al "centro".

Il nostro sistema nervoso è organizzato in modo da "modulare" la trasmissione degli stimoli dolorosi sia inibendoli che potenziandoli. Meccanismi che possono portare a modificazioni temporanee o permanenti delle strutture nervose (fenomeno noto come neuroplasticità) ritenuti responsabili della cronicizzazione del dolore.

Molti tasselli mancano ancora nelle conoscenze del dolore tanto da indurre a definire la posizione della scienza in questo ambito una "moderna Torre di Babele"

Possiamo classificare il dolore in base al fattore temporale:

- acuto fisiologico (finalizzato alla protezione dell'organismo) e acuto patologico (per esempio postoperatorio o post-traumatico) con durata di solito corrispondente al tempo di guarigione della patologia causale;
- cronico che dura oltre 3 mesi, oltre 6 mesi o che va oltre il tempo considerato "abituale" per quella determinata patologia. Non ha più alcuna finalità protettiva e può diventare per l'individuo una malattia nella malattia, causa di disabilità, isolamento sociale e depressione;

In base al fattore patogenetico, quindi al "pain generator" distinguendo:

- dolore nocicettivo che ha origine da un danno tissutale;
- dolore neuropatico che origina da un danno o una disfunzione del sistema nervoso periferico o centrale;
- dolore idiopatico (a etiologia sconosciuta).

L'esame clinico è fondamentale per la diagnosi differenziale e un corretto approccio terapeutico. Farmaci efficaci sul dolore nocicettivo possono non avere alcun effetto sul dolore neuropatico e viceversa.

Possiamo anche misurare il dolore. La complessità dei meccanismi fisiopatologici del dolore si riflette sulla possibilità di misurarlo, non avendo a disposizione elementi "oggettivi" come la pressione arteriosa, la glicemia, etc. Dobbiamo utilizzare strumenti di valutazione che rendano "oggettivo" un parametro, il dolore, che in se contiene tutto l'elaborato dell'individuo: le scale del dolore (numeriche, verbali, analogiche visive). Sarà l'individuo a valutare il proprio dolore e a riportarcelo in termini numerici o verbali e il valutatore non dovrà utilizzare filtri personali per interpretarlo. La legge 38 del 10 marzo 2010 impone in tutti gli ambiti assistenziali, ospedale, domicilio, strutture residenziali, ambulatori, etc... l'adozione di Scale validate per la misurazione del dolore.

Abbiamo diversi farmaci a disposizione per la cura del dolore: farmaci antinfiammatori, analgesici non antinfiammatori (paracetamolo), Oppiacei deboli, Oppiacei forti, Antiepilettici, Antidepressivi e Steroidi sono le principali categorie. Devono essere utilizzati in base all'intensità, al tipo di dolore, al meccanismo patogenetico. Spesso la "ricetta" giusta è la loro combinazione (approccio multifarmacologico) o la combinazione con tecniche antalgiche specifiche (approccio multimodale). Nel nostro Paese è ancora troppo elevato l'abuso dei farmaci antinfiammatori e troppi i pregiudizi sull'utilizzo dei farmaci oppiacei a fronte di una prevalenza di dolore nella popolazione generale pari al 26% vale a dire 1 persona su 4 di cui la metà con dolore severo.

Sono le patologie osteoarticolari quelle di gran lunga più frequenti nella popolazione generale (40%) mentre il dolore da cancro rappresenta meno del 4% di tutte le cause di dolore cronico.

Per un miglioramento della situazione è necessaria una maggiore sensibilizzazione e cultura dei sanitari sulla diagnosi e trattamento del dolore, è necessario un approccio multifarmacologico, multimodale e soprattutto multidisciplinare con una piena presa in carico delle persone, in continuità Ospedale-Territorio.