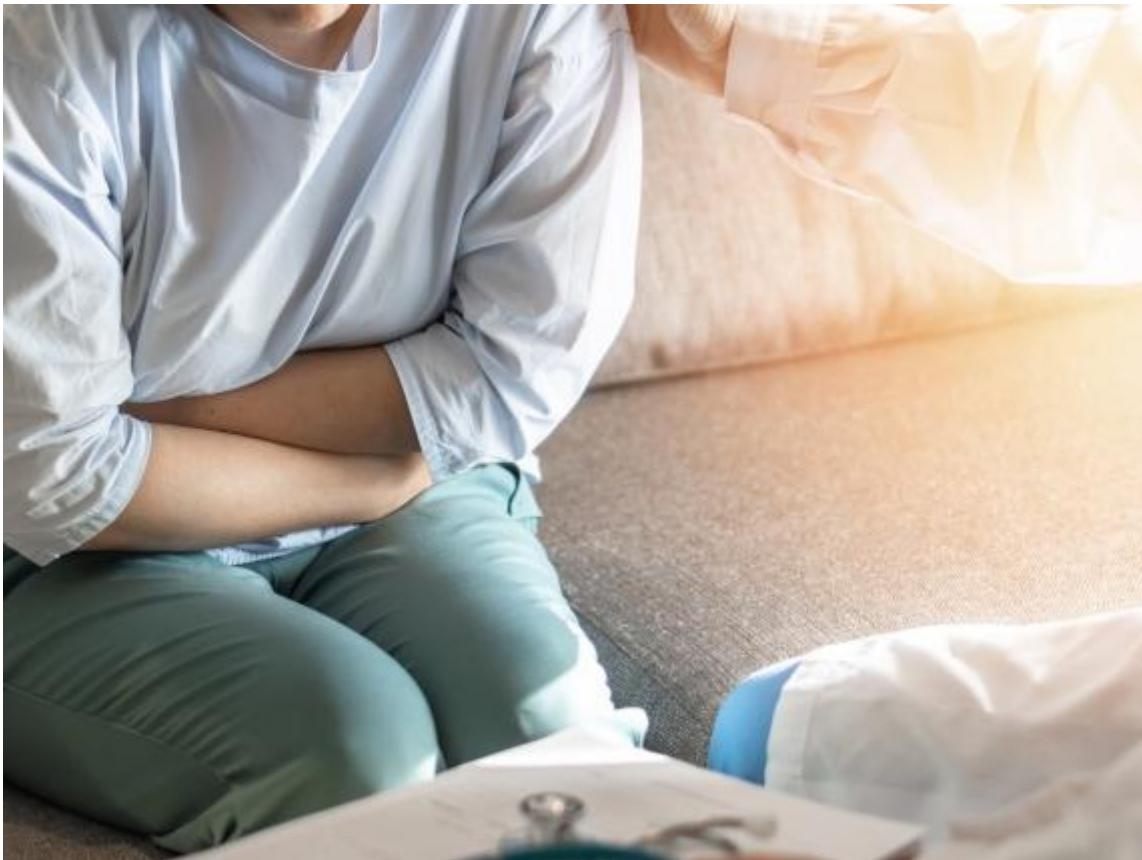


Dolore nei malati di tumore: come si sceglie la cura e perché non bisogna temere i farmaci oppioidi (incluso il Fentanyl)

Esistono vari tipi di sofferenza e diverse terapie, non solo farmaci. Si decide valutando ogni singolo caso, ma troppo spesso il dolore non viene trattato

(Fonte: <https://www.corriere.it/> 26 agosto 2025)



Il dolore è un sintomo molto comune nei pazienti oncologici e incide negativamente sulla qualità della loro vita. Nonostante i molti progressi fatti nel trattamento dei tumori, che hanno portato a un miglioramento della sopravvivenza, la prevalenza del dolore è rimasta sostanzialmente invariata nel tempo: si stima infatti che circa il **40-50% dei pazienti con una neoplasia in fase iniziale** e fino al **70-90% di quelli in fase avanzata** sperimentino dolore in qualche momento del decorso della malattia.

La sofferenza può essere causata dai trattamenti oncologici o direttamente dalla malattia che, invadendo i tessuti e le strutture nervose, può determinare **processi infiammatori**, occupare spazi vitali e comprimere altre strutture, generando così dolore di diversa natura.

Qual è il dolore più diffuso nei pazienti oncologici?

«Il **dolore osseo** è tra le forme più comuni: può essere causato sia da tumori primitivi dell'osso sia da metastasi provenienti da altri organi, come il seno, la prostata o il polmone - risponde **Silvia Natoli**, responsabile dell'Area culturale “Dolore e cure palliative” della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) -. Quando invece la neoplasia interessa organi interni come il fegato, il pancreas, l'intestino o i polmoni, si parla di **dolore viscerale** che è particolarmente intenso, soprattutto nei casi in cui siano coinvolti pancreas e

polmone dove i tessuti sono riccamente innervati. Esistono inoltre altre sedi tumorali, sia primitive che secondarie, che causano dolore spesso intenso e di difficile gestione, come avviene ad esempio nei tumori del distretto testa-collo.

Un’ulteriore categoria è rappresentata dal **dolore neuropatico dovuto all’invasione delle strutture nervose** oppure dalle **lesioni dei nervi** provocate dai trattamenti oncologici (in particolare chemio o radioterapia). È importante sottolineare che molti pazienti oncologici possono sperimentare più di una tipologia di dolore contemporaneamente, rendendo così ancora più complessa la gestione terapeutica e la valutazione clinica».

A chi deve rivolgersi il paziente?

«La gestione del dolore oncologico richiede un **approccio personalizzato e multidisciplinare**, che tenga conto sia della causa specifica del dolore, sia delle caratteristiche individuali del paziente - spiega l’esperta -. È fondamentale prevedere una presa in carico globale, che assicuri non solo **l’impostazione di una terapia adeguata, ma anche il monitoraggio nel tempo della sua efficacia** e la gestione di eventuali effetti collaterali, qualora si manifestino. Il trattamento di prima linea può essere avviato dal medico di medicina generale o dall’oncologo, a condizione che questi siano in grado di garantire un adeguato percorso di follow-up. Se ciò non fosse possibile, oppure nel caso in cui la terapia iniziale si dimostri insufficiente nel controllare il dolore, il paziente dovrà essere indirizzato a un **centro specializzato in terapia del dolore**, dove potrà accedere a trattamenti più mirati e a tecniche avanzate per il controllo del dolore, in un contesto di cura altamente specializzato».

Come si misura il dolore?

«La misurazione e la valutazione del dolore sono elementi fondamentali per una gestione efficace del dolore oncologico, ma non esiste un metodo in grado di rendere oggettiva la misura del dolore poiché si tratta di un’**esperienza intrinsecamente soggettiva**. La percezione del dolore è infatti influenzata da molteplici fattori individuali, tra cui le esperienze pregresse, lo stato psicologico, le condizioni sociali e culturali, oltre naturalmente al danno fisico effettivo.

Nel paziente oncologico, in particolare, le conseguenze del dolore possono essere profonde e coinvolgere numerosi aspetti della vita quotidiana. Il dolore compromette la qualità della vita e ha ripercussioni sulle relazioni sociali, limitando la **capacità di svolgere attività quotidiane, di lavorare e di partecipare alla vita sociale**, generando spesso isolamento e difficoltà nei rapporti con familiari e amici. Anche il benessere psicologico può essere gravemente compromesso poiché il dolore cronico è frequentemente associato a stati di **depressione, ansia e stress**. Inoltre, la presenza del dolore può **influenzare negativamente l’aderenza alle terapie**, poiché rende più difficile sopportarne gli effetti collaterali.

Per valutare l’intensità del dolore, si ricorre dunque a **strumenti di autovalutazione soggettiva**: si tratta principalmente di scale numeriche o visive, in cui si stabiliscono un valore minimo e uno

massimo (ad esempio: 0 = assenza di dolore; 10 = il dolore più intenso immaginabile) e si chiede al paziente di indicare quanto dolore avverte in quel momento.

Nella pratica clinica si utilizzano anche questionari più complessi (multidimensionali) per valutare non solo l'intensità del dolore, ma anche il suo impatto sull'umore, sulla vita sociale, sulle attività quotidiane e su altri aspetti rilevanti dell'esperienza del paziente».

In base a cosa si prescrive la terapia?

«Per poter prescrivere una terapia adeguata è necessaria una **visita algologica**, ovvero una valutazione specialistica finalizzata a comprendere i **meccanismi fisiopatologici alla base del dolore** che non sono sempre di immediata identificazione, soprattutto se si considera che il dolore può auto-amplificarsi, modificare le vie nervose su cui si propaga e alterare le aree cerebrali coinvolte nella sua elaborazione.

La scelta del trattamento si basa su diversi fattori, in un'ottica personalizzata, e può comprendere **paracetamolo**, farmaci antinfiammatori non steroidei (**FANS**), **antidepressivi** (che hanno azione analgesica), **gabapentinoidi e corticosteroidi, oppiacei**.

A questi si possono aggiungere farmaci non primariamente analgesici, ma che contribuiscono al controllo del dolore in specifici contesti clinici, come i **bifosfonati** (particolarmente **indicati nelle metastasi ossee**) e la **cannabis terapeutica** (in caso di dolore refrattario ad altri trattamenti).

Sebbene gli oppiacei rappresentino un'opzione importante per il trattamento del dolore moderato-severo, dunque, non sono sempre la prima scelta. Vengono prescritti con attenzione e cautela, sulla base di una valutazione attenta del tipo di dolore, della sua intensità, delle condizioni cliniche del paziente e del rapporto tra potenziali benefici e rischi».

C'è qualcosa che può aiutare oltre ai farmaci?

«I centri di terapia del dolore di secondo livello sono in grado di offrire trattamenti avanzati di tipo interventistico, mirati al controllo del dolore nei casi più complessi. Tra questi rientrano tecniche come le **neuromodulazioni**, che possono essere effettuate “a freddo” o “a caldo” sulle afferenze nervose, oppure le **neurolisi**, ovvero l'interruzione selettiva delle vie nervose responsabili della trasmissione del dolore.

Un'altra possibilità è rappresentata dalla **somministrazione di farmaci per via intratecale** (cioè direttamente nel liquido cefalorachidiano che avvolge il midollo spinale) tramite pompe impiantabili collegate a cateteri, che rilasciano i farmaci in modo mirato, esattamente nel punto in cui sono necessari. In alcuni casi, è possibile intervenire direttamente sulle metastasi ossee, soprattutto a livello vertebrale.

L'approccio terapeutico adottato segue generalmente il principio di **iniziare con le opzioni meno invasive e più sicure**, per poi passare a interventi progressivamente più intensivi solo se necessario. In questo contesto, risultano fondamentali anche le collaborazioni con i centri di **radioterapia** che può avere un importante effetto palliativo sul dolore, contribuendo a ridurre l'intensità

dei sintomi.

Inoltre, alcuni centri di terapia del dolore offrono servizi complementari, come le **elettroterapie antalgiche** o l'**agopuntura**, che in determinati casi possono fornire un valido supporto al trattamento farmacologico.

In sintesi, la gestione del dolore oncologico è un **processo dinamico**, che richiede un monitoraggio costante e continui aggiustamenti terapeutici in base alla risposta del paziente e all'evoluzione della malattia».

In Italia il ricorso alla terapia del dolore è adeguato?

«Nonostante i significativi progressi nella consapevolezza e nella gestione del dolore, nel nostro Paese il **ricorso alla terapia del dolore rimane spesso insufficiente** rispetto alle reali necessità dei pazienti. La **legge 38/2010** sancisce il diritto di accesso alla terapia del dolore, ma la sua conoscenza e l'effettivo utilizzo dei centri antalgici restano ancora limitati, anche tra i professionisti sanitari.

Secondo diversi sondaggi, oltre il 70% della popolazione italiana non è a conoscenza dell'esistenza della legge 38/2010 e dei suoi contenuti. A questo si aggiungono difficoltà legate a **ostacoli burocratici** e alla mancanza di risorse adeguate, che limitano l'efficienza dei centri di terapia del dolore.

Un altro fattore che incide negativamente è la **diffusa paura ingiustificata nei confronti degli oppioidi** che deriva in parte dalla crisi delle tossicodipendenze negli Stati Uniti, dove l'abuso di oppioidi (facilitato dalla loro ampia disponibilità in quanto over-prescritti) ha portato a un aumento importante di morti legate alla tossicodipendenza, anche per overdose da oppiacei. E' però importante chiarire che **in Italia gli oppioidi prescritti in maniera appropriata non rappresentano la causa di tossicodipendenza**, ma restano farmaci fondamentali per il controllo del dolore cronico severo.

Esiste inoltre una componente culturale che talvolta porta a considerare il dolore come un aspetto inevitabile della malattia, **da sopportare piuttosto che da trattare**.

Per migliorare la situazione, sono necessarie campagne di sensibilizzazione, una formazione più completa dei professionisti sanitari e politiche che facilitino l'accesso alle cure per la gestione del dolore. Un dialogo aperto tra medico e paziente può contribuire a superare pregiudizi e paure, promuovendo un approccio più efficace e globale alla terapia del dolore».

Perché l'uso dei farmaci oppioidi - e del Fentanyl in particolare - non deve destare preoccupazioni nei pazienti?

«Come molti altri farmaci (ad esempio ansiolitici e gabapentinoidi), gli oppioidi possono essere soggetti a abuso, ma ciò dipende dall'uso che se ne fa e non dal farmaco in sé.

La tendenza all'abuso è legata a fattori individuali di vulnerabilità, che possono essere individuati attraverso un'accurata valutazione medica. Questo permette di **prescrivere questi farmaci in**

modo appropriato e sicuro, garantendo al paziente un percorso di follow-up per monitorare eventuali segnali di uso improprio o abuso. Prima che si instauri una vera e propria tossicodipendenza, infatti, esistono **numerosi segnali precoci che il medico può intercettare**, a condizione che possa valutare il paziente con regolarità.

È quindi evidente che, se utilizzato secondo la prescrizione medica, il farmaco è assolutamente sicuro e il medico è in grado di scegliere la terapia più adatta alle specifiche esigenze del paziente. Si parla in questo senso di "terapia sartoriale", ovvero di un percorso di cura personalizzato che tenga conto delle caratteristiche individuali di ciascun paziente».