

# LA SCALA OMS E IL XXI SECOLO

---

## THE OMS SCALE AND THE XXI CENTURY

**Donatella Zollino**

*Servizio di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica  
Ospedale SS Annunziata, Taranto*

---

*La scala antalgica OMS rappresenta lo strumento di riferimento per il trattamento del dolore cronico nei pazienti oncologici.*

*Lo sviluppo a partire dagli anni Settanta e Ottanta di un approccio più integrato al trattamento del dolore oncologico, la formazione dei primi specialisti in terapia del dolore, ebbero un ruolo importante nel successo delle linee guida OMS.*

*Questi furono gli anni in cui si svilupparono alcuni concetti rivoluzionari come la corretta tecnica di somministrazione degli analgesici narcotici e la necessità di individualizzarne la dose in ogni paziente.*

*La scala OMS rappresentò allora la sintesi di questi concetti in divenire, particolarmente sottolineata dalla sua semplicità, eppure non fu mai esente da critiche. Il motivo era soprattutto l'insoddisfacente livello degli studi sui quali la scala era stata costruita. Molti di questi studi erano solo retrospettivi, oppure avevano brevi e variabili "follow-up" e indici di "outcome" imprecisi, oppure presentavano un elevato "drop-out" dei pazienti inizialmente arruolati. Soprattutto, era evidente la mancanza di studi randomizzati e ben controllati. Tuttavia la vera importanza storica della scala OMS risiede in un altro aspetto: finalmente erano stabiliti dei principi di trattamento del dolore oncologico.*

*Da tempo è argomento di dibattito l'opportunità di conservare il cosiddetto*

*"secondo gradino".*

*Il problema del "secondo gradino" è in stretta relazione con le ragioni che spiegano le differenze tra i vari analgesici e che giustificano l'assegnazione al secondo gradino di alcuni di questi.*

*In altri termini, perché alcuni oppioidi sono stati tradizionalmente classificati come "forti" e altri come "deboli"?*

*Il problema oggi è:*

*"L'utilizzo di una combinazione analgesica è utile e consigliabile in questi anni, soprattutto alla luce delle discussioni sulla reale necessità del "secondo gradino"?*

*Qual è il beneficio che se ne può ricavare, rispetto all'analgesia ottenibile con un solo farmaco?*

*E' un problema ampiamente discusso.*

*Nel passato, il verdetto delle linee guida era molto chiaro: insieme alle altre indicazioni (utilizzo della via orale con assunzione dell'analgesico a ore fisse, eventuale analgesia d'emergenza, individualizzazione della dose, prevenzione e/o trattamento degli effetti collaterali), le linee-guida stabilivano che gli analgesici di combinazione fossero collocati al secondo gradino.*

*D'altra parte, è possibile ottenere prolungate analgesie con diversi oppiacei in combinazione. Questo può modificare la prospettiva di impiego tradizionale delle associazioni analgesiche oppiaceo/non oppiaceo e ampliare le indicazioni, estendendo i limiti temporali del cosiddetto "secondo gradino".*

*Considerando che non ci sono differenze, in termini farmacologici, tra un oppioide "forte" e uno "debole", ma è solo una questione di dose, la seconda versione definitiva della scala analgesica OMS, formalmente ancora una scala con tre gradini discreti, non presenta più la distinzione tra oppioidi "deboli" e "forti" ma si è parlato di "oppioidi per dolore da lieve a moderato" (secondo gradino) e "oppioidi per dolore da moderato a forte" (terzo gradino).*

*Il significato di queste variazioni, nell'ultima versione della scala OMS del dolore, è quello di eliminare ogni differenza tra secondo e terzo gradino, stabilendo un "continuum" nella scelta dell'oppioide dopo*

*la prima fase di trattamento con analgesici non oppioidi ed eventuali adiuvanti, superando così il concetto della scala a gradini discontinui.*

*Oggi è stato dimostrato che il 5 per cento dei pazienti affetti da dolore neoplastico non è controllato dalle terapie farmacologiche sistemiche e che il 10-20 per cento necessita di switching degli oppioidi e/o della via di somministrazione.*

*La scala OMS del XXI secolo dovrebbe comprendere "tutte le metodiche" che possano liberare il paziente dal dolore, considerando un "quarto gradino" per lo switching degli oppioidi e la via di somministrazione e un "quinto gradino" per le tecniche invasive (neurolytic block – intrathecal pump).*