



Curare adeguatamente il dolore cronico significa tutelare l'inalienabile diritto alla dignità del malato

di Maurizio Evangelista *

Tra il 2005 e il 2050, la metà dell'aumento della popolazione mondiale sarà determinata dalla crescita della popolazione ultrasessantacinquenne: nelle aree più sviluppate ne è previsto il raddoppio (da 245 a 406 milioni nel 2050), a fronte della diminuzione della popolazione con meno di 60 anni (da 971 nel 2005 a 839 milioni nel 2050). L'epidemiologia mondiale prevede, quindi, un generale e progressivo invecchiamento della popolazione che condurrà («Divisione per la Popolazione», Onu, marzo 2009), proiettato al 2050 a una quota globale di ultrasessantacinquenni compresa tra il 18,7 e il 16,2% (attuale 7,5%) della popolazione totale. In Italia, la quota di ultrasessantenni sarà di circa i 2/3 della popolazione generale (proiezione Onu 2050).

È a tutti nota la correlazione lineare tra invecchiamento e aumento della prevalenza di patologie cronico/degenerative che sottende un prevedibile aumento della quota di dolore cronico, tipicamente a esse associato: la coniugazione delle proiezioni epidemiologiche dell'Onu con questa correlazione propone, con urgenza, un problema da affrontare con adeguate strategie orientate al contenimento e alla gestione "consapevole" del dolore cronico da intendersi, parimenti ad altre ben note entità nosografiche, come malattia.

*Come un sasso
nello stagno
il "dolore malattia"
determina
una spirale maligna
che partendo dal nucleo
familiare e professionale
arriva a coinvolgere
l'intera Nazione*

La malignità sociale del dolore cronico: un concetto emergente ma sottovalutato

Nel 2001, l'Organizzazione mondiale della sanità pubblicò l'annuale World health report che ha classificato le malattie non solo secondo il criterio di mortalità e morbilità ma anche sulla base del parametro "disabilità" da esse indotto: questo nuovo modo di inquadramento ha posto in evidenza, nella sua drammaticità, come l'aspetto del dolore cronico derivante da patologie "non mortali" (cefalee, dolore osteoartrosico ecc.) richieda un costo, non solo sanitario, estremamente elevato con percentuali di "anni vissuti con disabilità" comprese tra il 2 e il 5% degli anni totali di vita.

Questo aspetto colpisce la socie-

tà e le nazioni intese nel loro insieme poiché impatta su ambiti che vanno oltre quello personale e configurano quel concetto di "malignità sociale" che ben descrive il "pianeta dolore": il dolore cronico è attualmente una "malattia" con cui più del 66% della popolazione europea "convive" da più di cinque anni, e nei cui riguardi ha trovato una scarsa o insoddisfacente risposta, alla base di una scaduta qualità di vita, talora definita dal malato "non degna di essere vissuta", derivata dalle importanti e progressive limitazioni in termini personali, professionali e sociali.

La trasversalità del problema e i suoi differenti bersagli: la persona, il nucleo familiare, il contesto professionale, le relazioni sociali

Il concetto di malignità sociale ben si applica riferendosi ai differenti livelli di impatto che un dolore cronico è in grado di generare: un dolore non adeguatamente riconosciuto, e quindi impropriamente trattato, colpisce l'individuo nella sua totalità modificandone il profilo comportamentale (documentata associazione tra dolore cronico e depressione, Oms), inducendo ripercussioni negative nei suoi rapporti familiari (inizialmente) e (successivamente) progressiva estensione nella sfera delle relazioni sociali e professionali.

Come un sasso in uno stagno,

* direttore Uo Medicina del dolore Università Cattolica del Sacro Cuore, Cc; consultore del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, Città del Vaticano



quindi, "un dolore malattia" è in grado di generare una serie di cerchi concentrici che partendo dalla persona "centro", si estendono a quelli del nucleo familiare, del contesto professionale, della società nel suo insieme e della nazione.

La problematica, ove non gestita tempestivamente, arriverà a influenzare in maniera sempre più importante l'aspetto professionale determinando quella maligna spirale, comunemente descritta come "downward socio-economic drift", in cui il dolore, personale, genera una ridotta abilità professionale con costi che, inizialmente personali, coinvolgeranno la valenza professionale e, per il tramite della progressiva riduzione di attività fino al pensionamento, ricadranno sull'ambito sociale che dovrà farsi carico degli epifenomeni del "dolore malattia". Questo circuito, sebbene ben documentato dalla letteratura scientifica di settore da molti anni, non trova purtroppo equo riscontro per quanto relativo alle risposte che, ancora oggi, risultano inadeguate per verosimile sottodimensionamento del fenomeno.

Le possibili strategie per un'adeguata risposta e un adeguato accesso alle cure

Un fenomeno così complesso quale quello del dolore malattia, al cui determinismo concorrono in differente misura e, tra loro apparentemente differenti, fattori richiede un approccio integrato che partendo dalla persona, da considerare sempre e comunque fine e nucleo centrale di una civile società, abbia ben presente come in essa, e da essa, convergano e si distribuiscano politiche sanitarie e sociali eminentemente antropocentriche, principalmente orientate alla tutela della intrinseca e inalienabile dignità che va riconoscen-

ta, indistintamente, a tutti gli individui. L'elaborazione di una strategia realmente efficace per il controllo del dolore malattia non può prescindere dalla consapevolezza dell'elevato impatto personale, sociale ed economico che determina né, tampoco, dalla convinzione di una necessità di cure continuative. I differenti livelli nei quali potrebbe articolarsi una possibile strategia di adeguata lotta al dolore malattia possono essere identificati così come di seguito:

Attualizzazione del progetto "ospedale senza dolore": è un progetto altamente qualifi-

Il dolore malattia colpisce gli individui nella loro quotidianità riducendo anche l'autonomia dei contesti circumvicini

cante, nato in seno all'Oms e successivamente recepito e oggetto di legge nell'ormai lontano 2001; a tutt'oggi l'attuazione della medesima, che prevede l'istituzione di reparti ospedalieri dedicati alla terapia del dolore, non ha trovato ancora una reale e concreta attuazione.

Il concetto di ospedale senza dolore troverebbe maggiore attenzione, inoltre, se affiancato e complementato da quello, ancora allo stato embrionale, per il basso livello di conoscenza dell'elevato impatto socio-economico, di "territorio senza dolore": il dolore malattia, infatti, colpisce prevalentemente gli individui nel-

la loro quotidianità, impedendogli, in grado differente, di condurre una vita normale e riducendo il grado di autonomia individuale e dei contesti circumvicini. Se quindi l'obiettivo primario di un'adeguata terapia del dolore, restituendo autonomia e quotidianità, è quello del ritorno alla normalità in tutti i sensi, ne deriva la necessità di deospedalizzare il più possibile tutti i passaggi in cui si articola il percorso.

Necessità non più derogabile di adeguamento formativo/disciplinare degli operatori sanitari (università): i piani di studio della maggior parte delle università italiane non prevedono, o in caso positivo solo in numero minimo, ore di didattica «ad hoc» nel corso di laurea in Medicina e chirurgia. Molto spesso la formazione avviene solo all'interno delle scuole di specializzazione in anesthesiologia ove, peraltro e contrariamente a quanto in precedenza, non è più possibile dedicare il quarto anno alla terapia del dolore. Attualmente, la maggior parte della formazione sulla disciplina è affidata a corsi e congressi che, ovviamente, si rivolgono a medici e operatori già di per sé interessati alla materia. Poter dedicare all'interno dei corsi universitari, in maniera propedeutica, un cospicuo numero di ore con cui strutturare l'adeguata conoscenza in merito a tutti gli aspetti del dolore cronico consentirebbe la minimizzazione di errate convinzioni molto spesso alla base, nella quotidianità professionale, di un mancato o insoddisfacente trattamento del dolore stesso.

Rimozione delle più comuni e diffuse barriere e convinzioni per il raggiungimento di un ambito culturale idoneo: molteplici ostacoli, alcuni già citati, si interpongono al raggiungi-



mento di uno standard di qualità internazionale per quanto relativo alla terapia del dolore. Una corretta informazione, unitamente alla formazione di cui sopra, consentirebbe di confutare alcuni pregiudizi e convinzioni non più accettabili in una società civile. Uno tra i più resistenti, e al contempo tra i meno fondati, poggia le sue basi sulla convinzione che, secondo la dottrina cattolica, al dolore ci si dovrebbe rassegnare e alla sofferenza si dovrebbe andare incontro volentieri invece che combatterla.

Tale convinzione nasce verosimilmente dalla mancata conoscenza, o da una sua parziale interpretazione, della dottrina della Chiesa che, nel tempo e in maniera copiosa ed esaustiva, ha invece definito chiaramente come fondamentale la prassi caritativa di un'assistenza non solo spirituale, ma anche clinica nei riguardi del dolore e della sua relativa terapia. Analizzando il magistero della Chiesa cattolica è ricorrente incontrare l'invito, talora pressante, al malato, ai medici, alla famiglia affinché nulla venga lasciato non fatto, non tentato, non tralasciato nella lotta contro la sofferenza e finalizzata al rispetto della dignità della vita, dal suo principio fino alla sua fine naturale.

La Chiesa, dunque, di fronte al problema del dolore ha una chiara posizione di dottrina, maturata unitamente al progresso della scienza e delle tecniche contro il dolore e, nello stesso tempo, stimola un atteggiamento pratico quanto mai significativo: del primo aspetto, nel nostro tempo, si è fatto interprete Pio XII, del secondo è esempio altissimo Giovanni Paolo II.

Alcune citazioni, attraverso i pronunciamenti di differenti Pontefici, consentono la descrizione di un percorso, articolato in un lun-

go periodo temporale ove emerge come valore guida la centralità della persona e l'"obbligatorietà morale" di curarne il dolore in tutte le sue dimensioni e in tutti i momenti della vita, non solo ponendo in essere le azioni di tipo medico ma anche creando le condizioni favorevoli la disponibilità e la possibilità di fruizione della terapia del dolore e delle cure palliative: «La sopportazione cristianamente motivata e corroborante del dolore non induce a ritenere che ogni sofferenza e ogni dolore vadano sopportati comunque e che non si debba intervenire per lenirli. A lungo andare il dolore impedisce il raggiungimento di be-

*Il dolore impedisce
il raggiungimento
di beni superiori:
la stessa carità
cristiana esige
che esso sia alleviato*

ni e interessi superiori. La stessa carità cristiana esige dagli operatori sanitari l'alleviamento della sofferenza fisica. Per cui è legittimo, e oltre certe soglie di sopportabilità è anche doveroso, per l'operatore sanitario, prevenire, lenire ed eliminare il dolore».

(24 febbraio 1957 Pio XII, a un'assemblea internazionale di medici e di chirurghi).

Da quando il dolore, a causa del peccato, ha fatto irruzione nella natura umana, corrodendone l'integrità fisica e psichica, l'uomo ha cercato con ogni mezzo di combatterlo, di lenirlo e di eliminarlo. È una reazione "naturale", spontanea, immediata. Ma con il progredire della scienza sono state affila-

te per così dire le armi, sono stati trovati farmaci e metodi sempre più perfetti. Ne è scaturita una nuova branca della medicina applicata, l'anestesiologia, la quale occupa oggi un posto primario nella terapia del dolore. In breve volgere di anni, da strumento straordinario ed eccezionale, essa s'è fatta provvidenziale componente dell'assistenza sanitaria favorendo, anche in coloro che sono soggetti a male irreversibile e letale, un decorso dell'infirmità meno drammatico, e facilitando altresì quella valorizzazione della sofferenza, che è insieme fattore terapeutico, poiché agevola il confluire della reazione fisica e psichica dell'uomo all'attacco del male. «L'anestesiologia, come ho accennato, ha fatto grandi progressi. Nel diligente svolgimento del vostro lavoro anche voi siete chiamati a recare il vostro personale contributo all'avanzamento di questa branca della medicina, sia rinvenendo nuovi farmaci, sia scoprendo nuovi metodi.

Non si può mai essere soddisfatti dei traguardi finora raggiunti nel lenire il dolore. Rimangono infatti molte zone da esplorare nella ricerca della causa del dolore, e inoltre di fronte all'insorgere di malattie, che sembrano destinate a provocare atroci e indicibili sofferenze, si è in obbligo di intensificare gli studi, per rendere la terapia più efficace e le metodiche più sicure.

Pare superfluo aggiungere a voi - fondamentalmente posti a salvaguardia della vita umana - che anche eventuali nuove metodiche ed eventuali nuovi farmaci dovranno sempre essere usati nel rispetto della dignità della persona umana e dei suoi inalienabili diritti. È tanto più doveroso ribadire questo quanto più il fronte della cultura della morte intraprende tentativi per sollecitare



consensi. La Chiesa - come si sa - non è per la sopportazione a ogni costo del dolore. Nel suo magistero - e io l'ho riaffermato nella lettera apostolica *Salvifici Doloris* - ritiene lecita l'azione che tende a lenire o a eliminare il dolore fisico nel rispetto dell'ordine morale e della dignità della persona». (discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti al Congresso dell'associazione italiana di Anestesiologia, giovedì, 4 ottobre 1984)

«... Le cure analgesiche favorendo un decorso meno drammatico concorrono all'umanizzazione... non si può infatti imporre a tutti un comportamento eroico... e poi, molte volte, il dolore diminuisce la forza morale nella persona, le sofferenze aggravano lo stato di debolezza e di esaurimento fisico, ostacolano lo slancio dell'anima e logorano le forze morali invece di sostenerle».

(21 ottobre 1985 in occasione dei lavori promossi dalla Pontificia Accademia di scienze, Papa Giovanni Paolo II)

«...Soprattutto nella fase della malattia, in cui non è più possibile praticare terapie proporzionate ed efficaci, mentre, si impone l'obbligo di evitare ogni forma di ostinazione o accanimento terapeutico, si colloca la necessità delle "cure palliative" che, come afferma l'Enciclica *Evangelium vitae*, sono "destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase finale della malattia e di assicurare al tempo stesso al paziente un adeguato accompagnamento" (n. 65). Le cure palliative, infatti, mirano a lenire, specialmente nel paziente terminale, una vasta gamma di sintomi di sofferenza di ordine fisico, psichico e mentale, e richiedono perciò l'intervento di un'équipe di specialisti con competenza medica, psicologica e religiosa, tra loro affiatati per sostenere il paziente nella fase critica.

In particolare, nell'Enciclica *Evangelium vitae* è stata sintetizzata la dottrina tradizionale sull'uso lecito e talora doveroso degli analgesici nel rispetto della libertà dei pazienti, i quali devono essere posti in grado, nella misura del possibile, «di soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incontro definitivo con Dio» (n. 65).

«D'altra parte, mentre non si deve far mancare ai pazienti che ne hanno necessità il sollievo proveniente dagli analgesici, la loro somministrazione dovrà essere effettivamente proporzionata all'intensità e alla cura del dolore, evitando

*Servono politiche
che consentano
agli esseri umani
di sopportare le malattie
incurabili e di morire
in maniera degna*

ogni forma di eutanasia quale si avrebbe somministrando ingenti dosi di analgesici proprio con lo scopo di provocare la morte. Ai fini di realizzare questo articolato aiuto occorre incoraggiare la formazione di specialisti delle cure palliative, in particolare strutture didattiche alle quali possono essere interessati anche psicologi e operatori della pastorale».

(discorso di Giovanni Paolo II in occasione della Conferenza internazionale del Pontificio consiglio per la pastorale della salute, 12 novembre 2004)

«... Nella vita umana, poi, la Chiesa riconosce un bene primario, presupposto di tutti gli altri beni, e chiede perciò che sia rispettata

tanto nel suo inizio quanto nel suo termine, pur sottolineando la doverosità di adeguate cure palliative che rendano la morte più umana».

(discorso di Sua Santità Benedetto XVI, Palazzo del Quirinale, 24 giugno 2005)

«... Chi ha il senso della dignità umana sa che essi (gli anziani malati) vanno, invece, rispettati e sostenuti mentre affrontano serie difficoltà legate al loro stato. È anzi giusto che si ricorra pure, quando è necessario, all'utilizzo di cure palliative, le quali, anche se non possono guarire, sono in grado però di lenire le pene che derivano dalla malattia».

(Sua Santità Benedetto XVI ai partecipanti alla XXII Conferenza internazionale del Pontificio consiglio per gli Operatori sanitari, Sala Clementina 17 novembre 2007)

«... La Chiesa desidera sostenere i malati incurabili e quelli in fase terminale esortando a politiche sociali eque che possano contribuire a eliminare le cause di molte malattie e chiedendo con urgenza migliore assistenza per quanti stanno morendo e per quanti non possono contare su alcuna cura medica. È necessario promuovere politiche in grado di creare condizioni in cui gli esseri umani possano sopportare anche malattie incurabili e affrontare la morte in una maniera degna. A questo proposito, è necessario sottolineare ancora una volta la necessità di più centri per le cure palliative che offrano un'assistenza integrale, fornendo ai malati l'aiuto umano e l'accompagnamento spirituale di cui hanno bisogno. Questo è un diritto che appartiene a ogni essere umano e che tutti dobbiamo impegnarci a difenderlo».

(messaggio di Sua Santità Benedetto XVI per la XV Giornata mondiale del malato, Vaticano, 8 dicembre 2006)



«... Soprattutto desidero manifestare la mia spirituale vicinanza e il mio affetto ai nostri fratelli e sorelle ammalati, con un particolare ricordo per coloro che sono colpiti da mali più gravi e dolorosi: a essi, in modo speciale, è diretta in questa giornata la nostra attenzione.

È necessario sostenere lo sviluppo di cure palliative che offrano un'assistenza integrale e forniscano ai malati inguaribili quel sostegno umano e quell'accompagnamento spirituale di cui hanno fortemente bisogno». (Benedetto XVI, *Angelus, Piazza San Pietro, 11 febbraio 2007*)

Sulla base di quanto sin qui esposto, diviene pertanto necessario agire con urgenza, in maniera sincrona e organica sugli svariati aspetti responsabili dell'attuale situazione del dolore cronico/malattia attivando, nelle relative sedi e istituzioni, tutti gli strumenti necessari per la soluzione di un problema sicuramente sottostimato e sottodimensionato, ricercando gli obiettivi di una sempre maggiore sensibilizzazione sul concetto di dolore cronico come malattia ad alta "malignità sociale" (divulgazione), di una sempre più adeguata formazione "ad hoc" degli ope-

ratori sanitari (università) e, infine, di una sempre più garantita e facilitata omogenea disponibilità e accessibilità (Stato) a quelle cure del dolore che oggi sebbene, paradossalmente, disponibili, sicure e realmente efficaci non risultano uniformemente accessibili.

Curare adeguatamente una persona malata di dolore cronico significa tutelarne il suo congenito, intrinseco, e inalienabile, diritto alla dignità: è questa una battaglia di civiltà che una società civile deve impegnarsi a combattere perché così facendo garantisce, garantendo l'integrità del suo elemento essenziale, la difesa dei suoi valori fondanti. ●