

FRONTIERE

Il dolore si può trattare. E si deve

Le cure palliative sono uno strumento per far vivere meglio i malati, anche psicologicamente. Perché ignorarle e chiedere di morire? Il Premio Nobel per la Medicina è stato conferito quest'anno a due ricercatori per i loro lavori sulla trasmissione del dolore. Eppure il dolore resta un mistero, tanto che è l'unica sensazione che pur volendo non possiamo rivivere con la memoria (a differenza di un odore, di un sapore, di un volto). Il dolore umano è inevitabile per ogni persona, ognuno lo subisce in qualche forma, in alcuni è terribile, ma è un tema tabù, poco trattato o trattato male. Quando si sente parlare sui mass media delle cure in caso di dolore e sofferenza, c'è da pensare che spesso si scrive e si sa davvero poco. Perché se ne parla solo per litigare sui casi di fine-vita, e anche in questo caso se ne parla male: ascoltando gli "esperti", o sembra che debba esserci un automatismo nel sospendere le cure autodiagnosticandosi una sofferenza intollerabile e inguaribile; oppure che il dolore è qualcosa che va sopportato con pazienza e basta. Non è così. Oggi il dolore è un nemico che si può curare; quindi pensare che per il dolore si debbano comunque sospendere le cure o che non ci si debba curare per un atavico pregiudizio nei confronti della morfina è scandaloso. Vediamo di fare chiarezza.

Esiste un dolore fisico, che fortunatamente oggi la legge impone non solo di curare, ma anche di misurare a chi si trova in ospedale. E abbiamo farmaci ottimi per la cura del dolore: dal paracetamolo fino agli oppioidi più forti, con tutte le strategie di combinazione fra di loro, di rotazione degli oppioidi, dell'uso di farmaci coadiuvanti, e al momento giusto dei sedativi che hanno la funzione di diminuire reversibilmente la coscienza nei momenti più gravi. Esiste poi un dolore più intimo, quello psicologico, della sofferenza esistenziale che in una società dell'isolamento, della competizione è molto diffuso e certo grava su chi ha gravi deficit fisici o si trova a combattere con una malattia terminale. Anche in questo caso non si può rifuggire dalle terapie disponibili, sia farmacologiche che cognitive-comportamentali, che hanno un alto tasso di successo. Certo che il successo non è garantito, e certo che ci sono delle persone il cui dolore non viene placato dagli interventi medici. Ma dobbiamo far conoscere queste possibilità, offrirle ai malati, e non scegliere delle scorciatoie, come scriveva Maria Nadal, la direttrice della rivista spagnola Medicina Paliativa: «Se i professionisti e le famiglie proiettano la loro sofferenza sul malato, possono essere tentati di sedare in modo un po' indiscriminato. Nel tentativo di salvaguardare ciò che erroneamente intendiamo come beneficenza, togliamo al paziente la sua autonomia». Sulla stessa linea è l'Associazione internazionale di Cure palliative che afferma: «Nei Paesi e negli Stati in cui l'eutanasia e/o il suicidio assistito sono legali, le unità di cure palliative non dovrebbero essere responsabili della supervisione o



Avvenire

dell'amministrazione di queste pratiche». La depressione è causa di richiesta di morte, ma la depressione si può curare, scriveva William Breitbart sul Journal of the American Medical Association rivisitando la serie di pazienti terminali che avevano chiesto di morire nel suo ospedale di New York; simili dati sono riportati da altri ricercatori, tra cui Akira Kugaya in Giappone. Anche in questo caso non abbiamo garanzie di successo, ma accade di leggere che troppi casi di persone terminali soffrono di depressione e non sono curati per questo, come riporta Eoin Tiernan di Dublino nel Journal of the Royal Society of Medicine.

Occorre uscire dalle strette di un vitalismo a ogni costo, perché ci sono casi in cui sospendere le cure dolorose o inutili è doveroso, e da quelle delle scorciatoie della rassegnazione o della autodiagnosi di incurabilità con annessa richiesta di morire. Ma è vero anche che molto c'è da fare nel campo delle cure contro il dolore. In primo luogo va fatto diventare l'ospedale stesso non "un luogo" ma "uno strumento" analgesico, con quello che ho definito una "medicina dell'abbondanza": tagliare le spese inutili e gli sprechi della sanità per investire in due settori-chiave, cioè la motivazione del personale e la riqualificazione degli ambienti di ricovero troppo spesso freddi, affollati, rumorosi, con orari non a misura del paziente, con impedimenti eccessivi alle visite disgiunti. Il primo passo per la cura del dolore è l'ambiente: un ambiente sereno e accogliente migliora la prognosi, rende il paziente più rilassato, riduce la sofferenza. Il secondo passo è far conoscere e implementare le reti di cure del dolore sul territorio nazionale, formate da ambulatori specializzati, dalle cure palliative che si ricevono in reparto, da quelle che si ricevono in un hospice apposito e quelle che si ricevono in assistenza integrata a domicilio. Oggi le cure palliative sono state dichiarate dall'Oms non più un sinonimo di accompagnamento al fine-vita, ma un accompagnamento alle gravi malattie tra cui quelle curabili; proprio perché le cure palliative non sono più solo "un panno" per coprire pietosamente la sofferenza, ma una serie di trattamenti medici per combatterla. Scrive l'Oms: «Se la causa della sofferenza è malattia cronica allo stadio terminale, trauma acuto o fragilità estrema della vecchiaia, possono essere necessarie cure palliative e deve essere disponibile a tutti i livelli di cura. Si stima che a livello globale solo il 14% dei pazienti che necessitano di cure palliative le riceva». Proprio quest'ultimo dato è altamente inquietante: si parla di sospendere le cure e solo il 14% ne riceve di adeguate a livello mondiale? È giusto discutere sul lasciar morire senza aver seriamente discusso insieme su come far vivere meglio i malati? RIPRODUZIONE RISERVATA.