

PIETRO GRECO

SEDICI MILIONI DI ITALIANI VANNO OGNI ANNO DAL MEDICO ACCUSANDO UN QUALCHE DOLORE: UN'EMICRANIA, UNO SPASIMO, UNA FITTA ALLA SCHIENA, UNA QUALSIASI SOFFERENZA FISICA. Per tre su quattro – ovvero per 12 milioni di persone, pari al 20% dell'intera popolazione – quella sofferenza fisica, quella fitta, quello spasimo, quel dolore sono cronici.

Il dolore è una vera e propria malattia: non solo perché il 61% delle persone con dolore cronico ha una ridotta capacità di lavoro e il 50% ha una qualche forma di depressione, ma perché, come diceva Aristotele oltre duemila anni fa è «un'affezione dell'anima» che erode la dignità delle persone.

Questa diffusa condizione di malessere – questa malattia del corpo e dell'anima – interroga già oggi il servizio sanitario nazionale. Perché l'incidenza del dolore in Italia è la più alta d'Europa, Norvegia esclusa. Perché, per la gran parte, è dolore evitabile. Perché, ancora in larga parte, è dolore non evitato.

La domanda di aiuto è destinata ad aumentare: per motivi demografici. Il dolore, infatti, interessa maggiormente gli anziani: nel nostro paese ne soffre il 50% delle persone con più di 70 anni di età. E la popolazione anziana in Italia – come dimostrano i risultati del censimento 2011 di recente pubblicati dall'Istat – tende a crescere, come dimostrano i dati degli ultimi censimenti. Gli italiani con oltre 65 anni di età erano 8,7 milioni nel 1991, pari al 15,3% dell'intera popolazione. Sono diventati 10,6 milioni del 2001 (18,7%) nel 2001. Sono saliti a 12,4 milioni nel 2011: il 20,8% dell'intera popolazione italiana. Questa tendenza, assicurano i demografi, caratterizzerà anche il futuro prossimo: gli anziani aumenteranno ancora. E con essa l'incidenza del dolore.

UN AUTENTICO PARADOSSO

È un autentico paradosso. Visto che mai, prima d'ora, l'umanità ha avuto la possibilità tecnica di eradicare completamente il dolore non necessario. E visto che dal 15 marzo 2012 esiste una legge, la n.38, che riconosce il diritto di tutti gli italiani a evitare il dolore evitabile. E impone al servizio sanitario nazionale di fare in modo che il dolore evitabile sia effettivamente evitato.

Non è un'ovvietà. Questo diritto è una conquista culturale recente. Se, infatti, nell'antichità Galeno, riprendendo gli insegnamenti di Ippocrate sosteneva che «divinum opus est sedare dolorem», è di origine divina l'imperativo che impone al medico di adoperarsi per sedare il dolore, la difficoltà tecnica dell'impresa, malgrado un uso esteso di oppiacei, ha portato molti in epoca cristiana ad accettare di convivere col dolore, cui è stato attribuito un ruolo catartico. Tanto da portare molti chirurghi, ancora all'inizio del XX secolo, a esaltare la sofferenza dei loro pazienti e rifiutare loro l'anestesia.

Malgrado nell'ultimo secolo la possibilità tecnica di contrastare, lenire e persino annullare del tutto sia il dolore acuto, generato per esempio da un trauma, sia il dolore cronico, generato per esempio da un tumore, sia venuto aumentando fino a diventare pressoché totale, abbiamo dovuto attendere il 15 marzo 2010 e la legge n. 38 perché in Italia venisse riconosciuto il diritto di ciascuno di noi a vedersi risparmiato un dolore inutile ed evitabile.

La legge obbliga il servizio sanitario nazionale ad allestire due reti distinte, una per la terapia del dolore una per le cure palliative. La prima deve rendere possibili agli italiani di accedere ai farmaci e in genere alle terapie che combattono il dolore acuto e il dolore cronico, che è soprattutto di natura oncologica. La seconda rete, quella delle cure palliative, che deve garantire a tutti gli italiani la possibilità di un fine vita dignitoso attraverso quelle che l'Organizzazione Mondiale di sanità definisce «la prevenzione e il sollievo della sofferenza». Un fine vita, insomma, senza dolore e carico di cure premurose. La legge n. 38 prevede anche una terza rete, per la diagnosi e la cura del dolore dei bambini.

Con quali risultati concreti?

Gli ultimi a rispondere a questa domanda sono stati, lo scorso anno, gli esperti di Nopain, l'Associazione italiana per la cura della malattia dolore. Nel 2012 le strutture di terapia del dolore in Italia erano 190 (161 pubbliche e 29 private accreditate). Erano 158 nel 2009. Dunque, dopo la legge n. 38, sono aumentate del 20%: passando da 2,64 a 3,12 strutture ogni milione di abitanti.

In realtà ad essere aumentate sono state soprattutto le strutture cosiddette di livello I, quelle con dotazioni elementari, passate da 70 a 96. Le strutture di livello III, quelle davvero ben attrezzate

...
La normativa è espressione di una conquista culturale che rifiuta l'idea del ruolo catartico del patimento

Il dolore evitabile

Una legge riconosce al malato il diritto di non soffrire. Ma è difficile applicarla



Il malessere fisico è una vera malattia che erode la dignità delle persone. L'incidenza in Italia è la più alta d'Europa e ancora troppo poco si sta facendo

L'abbraccio, illustrazione di Rebecca Dautremier

zate e ben organizzate per combattere il dolore e somministrare le migliori cure palliative, sono addirittura diminuite: da 53 a 52. Ma, soprattutto, hanno visto diminuire la qualità delle prestazioni offerte.

Che la qualità dell'offerta non sia aumentata – non nella maniera attesa, almeno – lo dimostra il fatto che il numero dei medici preposti alla terapia analgesica è rimasto pressoché immutato: erano 4,84 ogni milione di abitanti nel 2009, sono diventati 5,76 nel 2012. E il dato, sostiene Nopain, rischia di essere sovrastimato rispetto alla realtà per il fatto che, in almeno quattro regioni, sono stati integrati i servizi di cure palliative e di terapia del dolore. Insomma, sono più o meno le stesse persone di prima a svolgere i due compiti: ne consegue che né l'aumento del numero di strutture né l'entrata in vigore della legge hanno determinato una maggiore efficienza dei servizi.

In realtà questi numeri ci dicono poco, se non li confrontiamo con i dati internazionali. Ovvero se non facciamo un confronto con gli altri paesi. E il confronto ci dice che, malgrado la legge, molta è ancora la strada da fare nella lotta al dolore evitabile e/o per un fine vita dignitoso. Prendiamo il caso dei farmaci. L'Italia è penultima nella graduatoria europea di uso dei farmaci oppiacei. Sia perché i medici di base sono riottosi a prescrivere, sia perché noi tutti facciamo ancora una certa fatica a considerare il dolore una malattia. Oppure, prendiamo il caso della «rianimazione a porte aperte» (vedi articolo qui a fianco): in Italia, secondo il dottor Fabio Gori, direttore di Anestesia e Rianimazione del Nuovo Ospedale di Città di Castello, è una pratica che riguarda il 7-8% delle strutture di rianimazione. In altri paesi europei il 50 e persino il 60% delle rianimazioni sono «a porte aperte» e cercano di restituire anche agli ammalati gravi la dignità erosa dal dolore e dalla sofferenza.

Quando la rianimazione è a misura d'uomo

Reparti a porte aperte per i familiari del paziente anche in piccoli ospedali. Succede a Città di Castello

P. G.

SI CHIAMA «RIANIMAZIONE A PORTE APERTE». OPPURE «RIANIMAZIONE A MISURA D'UOMO». È UNA NORMALE SALA DI OSPEDALE DOVE SI PRATICANO CURE INTENSIVE PER MALATI in condizioni molto gravi. Ma a differenza delle normali sale di rianimazione, i pazienti non si guardano da lontano, dietro una finestra di vetro, oppure non si visitano per pochi minuti dopo aver indossato tute e mascherine come soldati impegnati in una guerra biologica.

Per esempio, nella sala di «rianimazione a porte aperte» del reparto di Anestesia e Rianimazione del Nuovo Ospedale di Città di Castello in provincia di Perugia, diretto dal dottor Fabio Gori, i parenti del malato possono entrare tutte le ore dopo le 12.30 fino alla sera e persino all'intera notte, privi di ogni protezione e con l'unico accorgimento di un attento lavaggio delle mani.

Perché? «I motivi sono diversi», spiega Fabio Gori. «Ma il principale è restituire dignità alla persona malata. E offrire consolazione attiva ai suoi cari». Intanto non c'è alcuna evidenza scientifica che la iper-protezione riduca un qualche fattore di rischio. Mentre il tentativo è quello di rendere la vita in un reparto di tera-

pia intensiva il meno diverso possibile dalla vita quotidiana. Richiamando con l'uso delle luci il ciclo del giorno e della notte e accendendo qualche televisore, per ridare i punti di riferimento dello spazio e del tempo ai pazienti. Formando medici e infermieri al lavoro in terapia intensiva facendosi carico anche della vita emotiva degli ammalati e dei loro parenti. Ma, soprattutto, riavvicinando il paziente ai suoi cari, alle loro parole, alle loro carezze.

In questo modo la malattia grave – che spesso è un fine vita – è meno pesante per tutti. È, appunto, a misura d'uomo. Tuttavia la pratica – sperimentata per la prima volta in Italia in Emilia-Romagna a partire dal 2004 da Rita Maria Melotti – ha anche altri effetti. A iniziare da quelli terapeutici. «La presenza dei familiari al proprio capezzale ha effetti terapeutici per il paziente. In primo luogo previene il delirio» sostiene Fabio Gori. Inoltre migliora le condizioni psicologiche del malato e aumenta le sue speranze di guarigione.

Ha anche effetti, per così dire, medico-legali: infatti diminuisce il contenzioso tra medici e famiglie dei pazienti. Inoltre ha implicazioni bioetiche. Migliora le condizioni per la desistenza terapeutica e accompagna i malati terminali verso un fine vita, ancora una volta, più dignitoso.