

# EDITORIALE

---

di Francesco D'Agostino

1. Tra i grandi successi della medicina moderna e soprattutto contemporanea sappiamo di dover porre l'acquisizione di precise conoscenze in tema di fisiologia del dolore e l'elaborazione di un ventaglio particolarmente ampio di metodologie di lotta contro di esso. Non è inappropriato affermare che stiamo per raggiungere la piena possibilità *tecnica* di combattere il dolore fisico indotto dalla malattia nella quasi totalità dei casi in cui esso si presenta, e per di più con metodologie che possono essere sapientemente differenziate (e quindi suscettibili di alternative valutazioni di opportunità).

2. Aggiungiamo a quanto appena detto alcuni ormai condivisi convincenti, non solo bioetici, ma anche culturali e psicologico-sociali. Il dolore *deve* essere combattuto, perché la lotta nei suoi confronti costituisce non solo uno specifico dovere della medicina, ma uno degli aspetti intrinseci che donano valore, anzi nobiltà (oltre che legittimo prestigio) a tale professione. Il dolore *deve* essere combattuto, perché la lotta nei suoi confronti fa parte integrante della strategia con cui fronteggiare ogni patologia. Il dolore, infine, va combattuto da parte del medico, indipendentemente dalle ben possibili valutazioni assiologicamente positive che di esso possano darsi: la splendida e densissima formula eschilea *pathe mathein*, e cioè *impara attraverso il dolore*, da cui appunto emerge l'idea che nella sofferenza sia da vedere una altissima via per la conoscenza (o, in termini più moderni per la dilatazione della coscienza), non comporta affatto atteggiamenti di idolatria masochistica nei suoi confronti, né la rassegnata conclusione che davanti ad essa si debba o si possa assumere soltanto un imbecille atteggiamento di passività; essa comporta piuttosto l'idea o l'invito ad elaborare, in questi momenti aspri dell'esistenza in cui l'uomo avverte la tentazione di abbandonarsi unicamente al gemito e al pianto, una diversa strategia, perché si attivino ed agiscano forze profonde dell'anima, i cui itinerari, evidentemente, non sono identificabili con quelli che il medico può consigliare di percorrere, ma che non per questo hanno alcuna ragione per essere delegittimati. In altre parole: l'eventuale accettazione del dolore-spinta fino all'esplicita e intenzionale remissività nei suoi confronti o addirittura all'autoinflizione dello stesso, secondo pratiche ben

conosciute dall'antropologia culturale e religiosa (si vedano le splendide pagine che Elias Canetti in *Massa e potere* dedica a frange estremistiche del movimento sciita) non toglie alcuna valenza alla legittimità culturale ed etica che dobbiamo riconoscere ad ogni forma di intervento medico posto in atto per dominarlo.

3. Queste tematiche sono lentamente, ma definitivamente, entrate a far parte della coscienza nazionale. Ne ha dato esplicita testimonianza, e sotto questo profilo va significativamente apprezzato, il *Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*, che è stato proposto come un *Patto di solidarietà per la salute* e che ha individuato tra i suoi obiettivi fondamentali l'assistenza ai pazienti nella fase terminale della loro malattia. Il quarto obiettivo del *Piano* è stato significativamente intitolato *Rafforzare la tutela dei soggetti deboli* e in tale contesto si sono considerate in modo esplicito le patologie evolutive irreversibili, per le quali non esistono trattamenti risolutivi. Nei confronti delle persone sofferenti di simili patologie, si è assunto l'impegno, da parte del *Piano*, di fornire «un'assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e alla cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicosociale». Si è espressa la volontà di garantire l'erogazione di assistenza farmaceutica a domicilio tramite le farmacie ospedaliere e il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antidolorifica. La legge dell'8 gennaio 2001, che ha reso più facile la prescrizione di morfina e di altri farmaci contenenti oppiacei, non solo ha avuto la funzione di abolire vincoli burocratici caratterizzanti la precedente normativa (in particolare il DPR 709 del 1990, che accomunava discutibilmente le norme per l'impiego dei farmaci analgesici e l'azione repressiva nei confronti del mercato illegale delle sostanze d'abuso), ma ha anche acquistato la valenza di un segnale culturale e sanitario e al tempo stesso di una ulteriore presa di coscienza della necessità e legittimità della palliazione. Sia permesso a chi scrive osservare che con tale legge, e prima ancora con il *Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*, si sono recepite con coerenza e serietà le meditate indicazioni elaborate dal Comitato Nazionale per la Bioetica. Nel documento intitolato *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, pubblicato il 14 luglio 1995, sotto la mia Presidenza, è stato dato significativo rilievo alla necessità di potenziare e diffondere la medicina palliativa. Il Comitato non ha ignorato i delicati problemi bioetici sollevati da alcune dimensioni delle cure palliative, ma si è dichiarato unanimemente convinto che «nei casi in cui non siano possibili altre soluzioni terapeutiche, è lecito lenire il dolore anche a costo di deprimere lo stato di coscienza, dopo aver ottenuto dal paziente il consenso informato e dopo aver lasciato al paziente stesso il tempo necessario per adempiere le volontà finali». Si aggiunge nel documento: «Anche la terapia del dolore obbedisce al criterio della proporzionalità. È possibile che l'uso di alte dosi di farmaci analgesici comporti

il rischio di abbreviare la vita, ma in questo caso la morte non è né voluta né ricercata. Non può essere, invece, ritenuta lecita la decisione di somministrare alte dosi di narcotici allo scopo di provocare la morte (criptoeutanasia)» [1995: 45]. Anche il recentissimo *Piano sanitario nazionale 2006-2008*, sottoscritto il 28 marzo 2006, si muove con coerenza nella stessa direzione: nella conclusione del § 3.9, intitolato *Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura*, leggiamo: «Accanto alla lotta al dolore, vanno attivati, nei percorsi sanitari, gli interventi volti a promuovere l'umanizzazione delle cure, nella consapevolezza che il fulcro del Servizio Sanitario è rappresentato dalla persona malata, nella garanzia del rispetto della sua dignità, identità e autonomia. In primo luogo va migliorato il rapporto tra malato, medico e operatori sanitari, in termini di qualità della comunicazione, di livelli di comprensione e di trasmissione di empatia. Deve essere stimolata in tutto il personale sanitario, socio-sanitario, socio assistenziale e amministrativo la disponibilità all'accoglienza, all'ascolto e alla comunicazione. È importante che al paziente venga assicurato il necessario supporto psicologico, quando le sue condizioni cliniche lo richiedano, per la gravità della patologia o dell'evento occorso o per gli effetti che la stessa può comportare in diversi ambiti culturali o in particolari condizioni sociali».

4. Peraltro non si può negare che la lotta contro il dolore può ancora essere migliorata e potenziata. Lo riconosce, con molta onestà, lo stesso nuovo *Piano sanitario nazionale 2006-2008*. Se consideriamo gli indicatori dell'OMS utilizzati per valutare se un paese sta di fatto attuando una efficace lotta contro il dolore, dobbiamo riscontrare che l'Italia occupa uno dei posti più bassi in Europa. Naturalmente ciò dipende in gran parte dai criteri con cui sono stati determinati tali indicatori (preminente l'indice del consumo dei farmaci oppioidi, in particolare la morfina) e che naturalmente sono ben questionabili. Ma non è questo il profilo che mi interessa approfondire, anche se bisogna rimarcare il fatto che sono andate pesantemente deluse le speranze di chi riteneva che una volta fornita dei necessari e opportuni regolamenti di attuazione la nuova legge dell'8 gennaio 2001 (sull'uso degli analgesici oppiacei anche nel settore dell'assistenza domiciliare), la graduatoria, così sfavorevole all'Italia, sarebbe significativamente mutata. Penso piuttosto all'esigenza di portare a consapevolezza diffusa, specie tra gli operatori sanitari, ma più in generale nella pubblica opinione, ciò che ormai è stabile acquisizione antropologica e bioetica e cioè che la categoria del *soffrire* ha una sua intrinseca complessità, radicandosi con pari rilievo nella dimensione meramente fisiologica del *dolore* (quella che coinvolge il sistema nervoso e sul funzionamento del quale abbiamo acquisito negli ultimi anni indicazioni preziosissime) e nella dimensione psico-antropologica della *sofferenza*, di cui non solo la rimozione, ma la stessa sottovalutazione è ormai assolutamente inaccettabile. Non è sufficiente infatti ammettere che esiste una componente psi-

chica della percezione dolorosa; bisogna riconoscere che se il corpo prova dolore, è la persona che *soffre*. Sappiamo che la percezione algica è collegata a stati emotivi, a memorie, a dimensioni caratteriali e a situazioni esperienziali che possono variare incredibilmente da individuo a individuo. Sappiamo che può esistere dolore senza sofferenza e sofferenza senza dolore. E soprattutto sappiamo che il grado di consapevolezza di sé che il paziente possiede o può *comunque* raggiungere (o più propriamente *essere aiutato* a raggiungere grazie all'intervento medico) è decisivo sia (o comunque non tanto) per la riduzione del *dolore*, ma per una adeguata gestione della *sofferenza* (famose, affascinanti e epistemologicamente decisive su questo tema le indagini sui dolori del parto, che hanno mostrato come la possibilità da parte della donna di controllare, anche attraverso semplici ma corrette informazioni, il processo della nascita si traduca *empiricamente* nella possibilità da parte sua di gestire nel modo ottimale l'evento, dal punto di vista della sofferenza). Se, come è attestato, una sofferenza non adeguatamente elaborata dal soggetto può ritorcersi contro il paziente stesso, dilatando la sua possibilità di percezione del dolore, e riducendo o al limite facendo fallire l'efficacia di ogni intervento palliativo, ne segue il dovere non solo etico, ma anche terapeutico, di una gestione integrata del *soffrire*. In questa gestione, il rispetto del principio secondo il quale tra medico e paziente è in opera non semplicemente una relazione contrattuale, ma una ben più profonda dinamica relazionale, a cui efficacemente ci si riferisce con l'espressione *alleanza terapeutica*, si rivela essenziale. Non potrà esserci lotta adeguata contro la sofferenza che non prenda sul serio la storia personale del paziente, che non manifesti rispetto per la sua autonomia decisionale (secondo il grado, evidentemente, in cui essa possa manifestarsi), che non acquisisca la consapevolezza che la sofferenza attiva sempre nel malato aspre e drammatiche situazioni di *self-conflict*, di conflitto interiore. E a queste considerazioni deve aggiungersi la consapevolezza che se la soppressione del dolore, nella sua ottusa fisicità, è materialmente e a volte anche facilmente realizzabile (anche se in determinate circostanze al prezzo di ottundere la coscienza del paziente), la soppressione della sofferenza può anche rappresentare un traguardo non raggiungibile, perché tale da richiedere nel paziente una energia psichica e morale non alla portata di tutti e nel terapeuta una prossimità fraterna, che può a volte qualificarsi come eroica.

5. Concludiamo. Da un punto di vista epistemologico, quanto detto comporta che la ragionevole convinzione, oggi peraltro ampiamente diffusa, secondo la quale è necessario che la medicina consideri proprio specifico dovere quello di combattere il dolore, anche quale fatto autonomo e indipendentemente dalla lotta contro la malattia, ove nei confronti di questa non esistano strategie di intervento adeguate, merita comunque attente precisazioni: se da una parte è assolutamente corretto impegnare il medico

a combattere il dolore, indipendentemente dalla possibilità di operare efficacemente sul fatto patologico che lo scatena, dall'altro va ribadito che questo impegno se nell'urgenza può anche avere come unico orizzonte quello del *dolore*, in una prospettiva non concitata deve invece avere come obiettivo quello di unire strettamente alla lotta contro il dolore la lotta contro la *sofferenza*. Se è vero, come si è appena detto, che il dolore aggredisce la dimensione fisica dell'individuo, mentre la sofferenza aggredisce l'io nella sua unicità, ne segue che appartiene alla eticità intrinseca della medicina quello di prendere sì sul serio l'orizzonte circoscritto della mera fisicità, integrandolo però nel ben più complesso orizzonte della *persona*.