

ANNO XXIV
N° 1
LUGLIO 2002

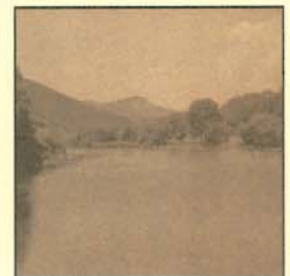
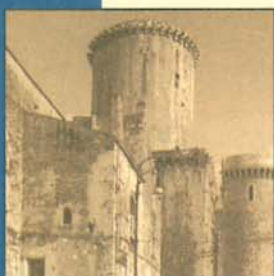
Medicina

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Pontina

Organo ufficiale di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Spedizione in A.P. - art. 2 comma 20/C legge 662/96 Filiale di Latina



SPECIALE: LA LOTTA CONTRO IL DOLORE

Direzione-Redazione-Amministrazione:
Piazza Celli, 3 – Tel. 0773/693665 Fax 489131
04100-Latina

Direttore Responsabile
ANTONELLA CASSIOLI

Direttore Scientifico
ALFREDO CARADONNA

Consiglio Direttivo

Presidente	RIGHETTI GIOVANNI MARIA
Vicepresidente	CAVALLINI MARIO
Segretario	MILO PASQUALE
Tesoriere	LUCCHESI ROBERTO
Consigliere	BONELLI GIACOMO
Consigliere	BONFIGLIO NADIA
Consigliere	CARADONNA ALFREDO
Consigliere	DINIA GAETANO
Consigliere	GUARINO SILVERIO
Consigliere	LANZA GERARDO
Consigliere	LEONE DAVIDE (odontoiatra)
Consigliere	MARETTO GIANCARLO
Consigliere	NARDONI MARIA TERESA
Consigliere	ORGERA ANTONIO
Consigliere	PASTORE ALDO
Consigliere	ROVACCHI GIUSEPPE
Consigliere	TASCIOTTI PAOLO (odontoiatra)

Componenti non Consiglieri
Commissione Albo Odontoiatri

CENSI ELISABETTA
PAPA GIOVANNI
PECORA GIORGIO

Presidente Commissione
Albo Odontoiatri
TASCIOTTI PAOLO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente	NIGRO MORENA GIOVANNA
Membri effettivi	AMMENDOLA ERMINIA GATTI GIULIA
Membro supplente	RUSSO PIER FRANCESCO

Impaginazione e stampa
Arti Grafiche Kolbe - FONDI - Tel./fax 0771 50 22 96 r.a. - E mail ag.kolbe@tiscali.it

Aut. Trib. LT n° 324 del 16/02/1979

Caro Lettore,

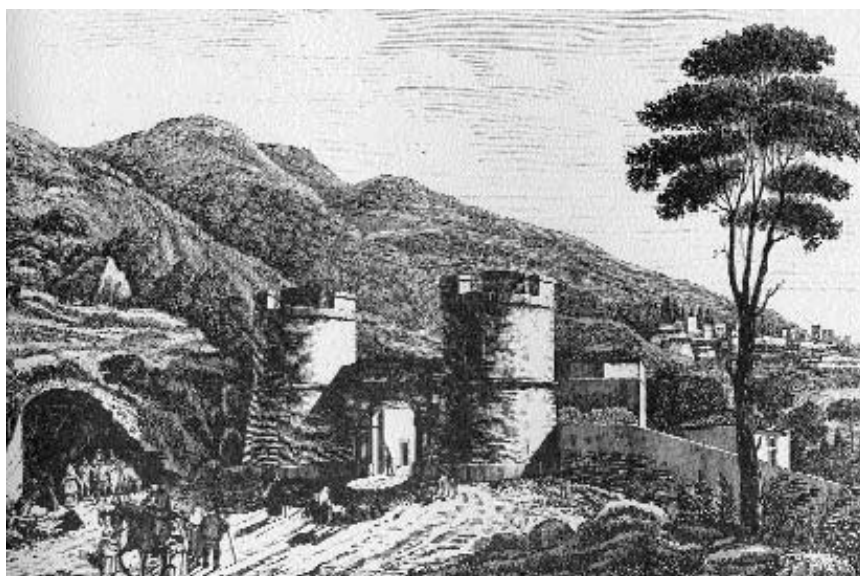
il Consiglio Direttivo dell'Ordine, dovendo individuare un argomento di comune interesse da porre alla Tua attenzione attraverso le pagine di Medicina Pontina, ha privilegiato quello riguardante la "lotta contro il dolore".

Le motivazioni di tale scelta sono chiaramente illustrate nell'editoriale del Direttore Scientifico di Medicina Pontina che ringraziamo per il lavoro svolto.

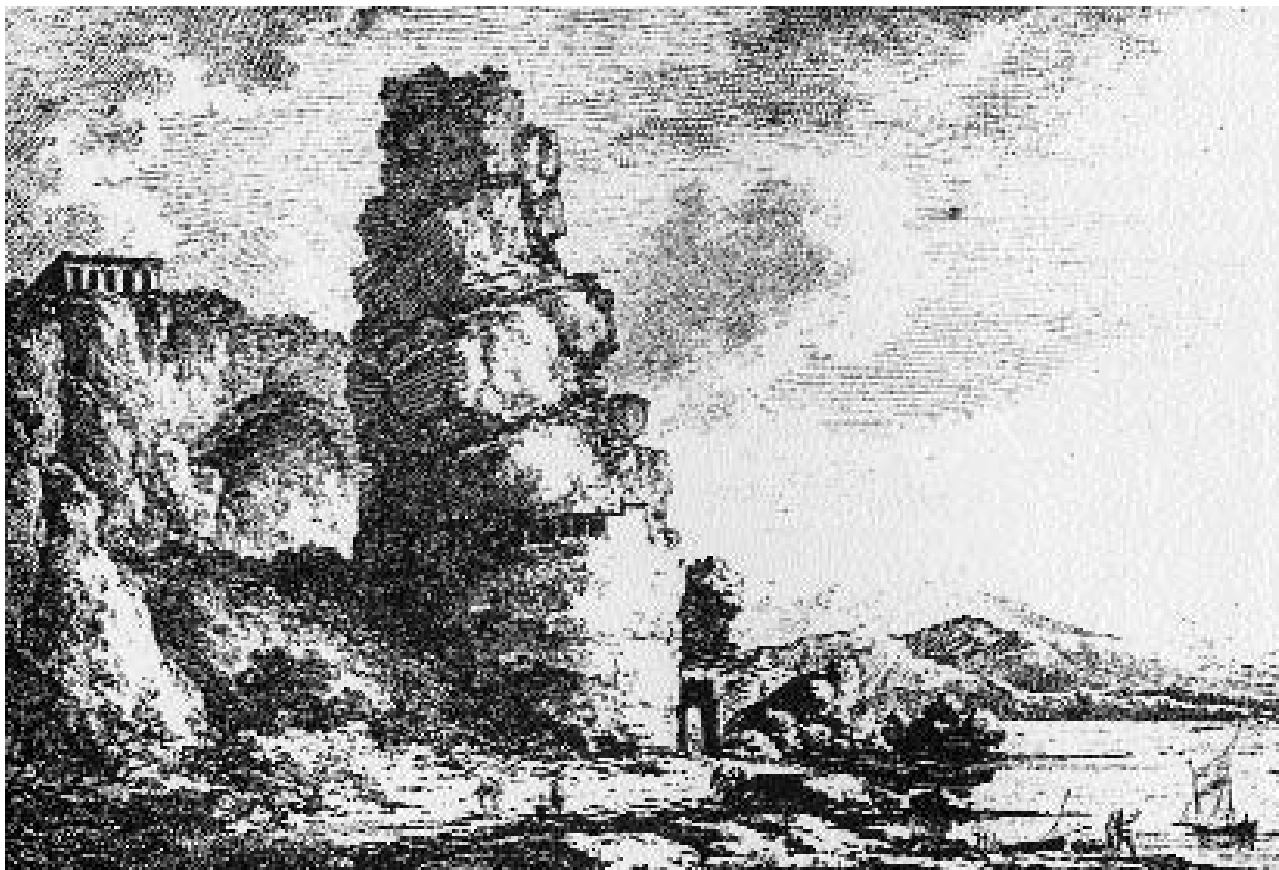
L'Ordine si augura che, dalla lettura e dall'approfondimento dell'argomento trattato, scaturiscano fatti e comportamenti virtuosi che contribuiscano ad attribuire un valore concreto alle parole "Decoro e Prestigio della Professione".

*Il Presidente
Giovanni Maria Righetti*

- pag **6** **EDITORIALE**
- pag **9** **LE OCCASIONI**
- pag **19** **STORIA, CULTURA ED ETICA**
- pag **45** **LA SITUAZIONE DI PARTENZA**
- pag **53** **SEGNI EVIDENTI DI UN
CAMBIAMENTO CULTURALE
E PROFESSIONALE**
- pag **74** **NOVITA' NELLA TERAPIA
FARMACOLOGICA**
- pag **92** **ATTUALITA' E LINEE DI SVILUPPO
A LIVELLO DELLE STRUTTURE
SANITARIE**
- pag **124** **ATTUALITA' E LINEE DI SVILUPPO
SUL TERRITORIO**
- pag **146** **ANCHE I BAMBINI, PURTROPPO...**
- pag **153** **ALCUNI SPUNTI LEGISLATIVI**



Presso Monte San Biagio
La Portella
Luigi Rossini, 1839



Terracina - *Il Pisco Montano* - George Malbeste, 1781 ca.

ALCUNI ARGOMENTI IN CORSO DI VALUTAZIONE PER I PROSSIMI NUMERI DI *MEDICINA PONTINA*

- *“Disagio del medico ospedaliero o crisi dell’ospedale?”*
- *“Disagio del medico di famiglia o crisi del distretto?”*
- *“Rapporti tra medici di medicina generale e medici specialisti: codici comportamentali o educazione e buona volontà?”*
- *“L’errore in medicina e il risk management”*
- *“Fra pianificazione, razionamento e professione: dobbiamo badare al paziente o ai numeri ?*

...una Tua proposta ?

Pag. 7 - Beato il paziente che incontra il medico giusto
Alfredo Caradonna

Cori - Veduta - Luigi Rossini, 1825



BEATO IL PAZIENTE CHE INCONTRA IL MEDICO GIUSTO

“Infandùm, reginà, iubès renovàre dolòrem...”

Pensando al dolore, mi sono venuti spontanei questi versi del secondo libro dell'*Eneide*, che tanti anni fa, con lo scopo di apprendere la metrica latina, mandai a mente nelle alte e severe aule del liceo classico del capoluogo, allora ospitato a *Palazzo Emme*. Il Padre Enea si schernisce dinanzi alla Regina Didone: non vorrebbe rinnovare nel suo animo un dolore indicibile, un dolore morale insopportabile, legato alle sue passate vicende. Ma Didone è la regina e, quindi, Enea deve sottostare.

Considerato che in Italia, specie al Centro-Sud, la terapia del dolore è agli ultimi posti nella graduatoria delle nazioni evolute, come dimostrano i vari studi e rilevazioni, ci poniamo una serie di interrogativi. Per quale motivo noi *medici-Didone*, in certe realtà, comandiamo ai nostri *pazienti-Enea* di sopportare dei dolori fisici (e, inevitabilmente, anche morali) e non ci preoccupiamo più di tanto? Per quale motivo un paziente, se informato, cerca di ricoverarsi in strutture sanitarie ben attrezzate nel trattamento del dolore, quando lo specifico livello dovrebbe essere uniformemente elevato? Perché, insomma, si deve ritenere fortunato il paziente che incontra il medico giusto e la struttura *giusta*?

In effetti, da vari anni si parla di umanizzazione della medicina: sono ritenuti necessari a tale scopo l'appropriatezza dell'ambiente di ricovero, l'educazione e la sensibilità degli operatori, nonché l'organizzazione ottimale, onde avere cure rapide ed efficaci. Oltre ai desideri espressi da parte dei pazienti, siamo stati invitati a preoccuparci dei desideri inespressi e, addirittura, anche dei desideri di cui il paziente non ha nemmeno coscienza. Solo di recente il problema del dolore ha guadagnato la ribalta di fronte a questa opinione pubblica distratta e *alluvionata* da mille *input*; come se, fino ad oggi, il dolore fosse da considerarsi una inevitabile e scarsamente rilevante appendice dello stato di malattia; occorre recuperare il tempo perduto.

Noi, *gente della sanità*, siamo talmente abituati al dolore ed alla morte (degli altri!) da perdere sensibilità: sarebbe bene che, oltre ai sei mesi post-laurea di *tirocinio professionale*, il medico svolgesse anche una quindicina di giorni di *tirocinio da ammalato*! In effetti, molti di noi, dopo qualche traumatica esperienza vissuta dall'altra parte della barricata, tornano in corsia o in ambulatorio con ben altra disposizione d'animo.

Ma, per fortuna, le cose stanno cambiando!

Tra la gente si va diffondendo la coscienza che essere costretti a soffrire dolori evitabili è un sopruso. C'è da dire, ad onor del vero, che questo stimolo culturale e professionale è stato innestato, *in primis*, dai medici stessi: in varie parti d'Italia, hanno denunciato la situazione ed hanno messo in pratica, spesso nell'indifferenza più assoluta dei *comandanti* delle aziende sanitarie, protocolli innovativi contro il dolore; hanno dovuto anche pietire alle ditte farmaceutiche medicamenti ed *aggeggi* di uso ormai comune.

La sensibilizzazione su questo problema non manca: il Presidente del *Consiglio dei Ministri*, in data 24 maggio 2001, ha indetto *La Giornata del Sollievo*, impegnando tutti gli interessati a celebrarla; sono state pubblicate su tutti i giornali statistiche e resoconti dello stato delle cose; non vi è pagina o allegato dedicato alla medicina dei vari quotidiani e settimanali che non abbia servizi speciali sul tema; le tavole rotonde ed i convegni si moltiplicano. Speriamo che

l'interesse suscitato, che noi vogliamo contribuire a tener vivo, sia sufficiente a raggiungere risultati tangibili.

La situazione sta, forse, realmente cambiando anche nella nostra provincia, come dimostrano i vari interventi pubblicati.

Il nostro Ordine, anche su questo tema, non è stato a guardare: primi in Italia, nel novembre scorso abbiamo organizzato un incontro di riflessione intitolato *Verso la Giornata del Sollievo*, al quale hanno partecipato il Presidente della *FNOMCeO* ed il Presidente Nazionale della *Lega per la Lotta contro i Tumori*; ne è scaturita la firma della Dichiarazione Comune per un *Patto di Solidarietà*, così chiamato perché Ordini e Collegi Professionali, Associazioni e Club di servizio hanno sottoscritto l'impegno a mettere in atto ogni iniziativa contro il dolore fisico e morale degli ammalati. Il nostro *Comitato di Bioetica* ha introdotto tale tema tra quelli affrontati nel *Secondo Corso Semestrale di Bioetica*, testé concluso a Latina, e nel primo *Corso per la Pratica del Codice deontologico*, iniziato a Formia il 28 giugno.

Ed ora, dopo il lusinghiero successo del volume dedicato alla *Responsabilità Medica*, questo nuovo numero monotematico di *Medicina Pontina* completamente incentrato sul problema del dolore: si va dai presupposti etico-culturali alla situazione di partenza, dalle linee di tendenza in ospedale a quelle sul territorio, al giusto utilizzo dei farmaci; una specifica sezione è dedicata alle novità legislative; non abbiamo dimenticato il dolore dei bambini. Sono stati portati all'attenzione dei lettori i più interessanti articoli pubblicati su testate accreditate. Essenziale il contributo dell'*Ordine Provinciale dei Farmacisti*, del *Collegio Provinciale delle Ostetriche*, del *Collegio Provinciale Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici Infanzia (IPASVI)*, della sezione provinciale di Latina della *Lega per la Lotta contro i Tumori*, del *Comitato di Bioetica* dell'Ordine: a tutti va un caloroso ringraziamento. Sono stati molto graditi gli interventi di nostri Colleghi pontini precursori nell'operare per il lenimento delle sofferenze.

Il portato culturale, etico-morale, sociale e politico di questo numero di *Medicina Pontina* sarà *strillato nelle orecchie* di tutti coloro che devono sapere, affinché *i pazienti siano tutti fortunati e tutti trovino il medico giusto!*

Alfredo Caradonna

Direttore scientifico di *Medicina Pontina*

Pag. 10 - Dichiarazione Comune per un Patto di solidarietà

Pag. 12 - Accanimento terapeutico e terapia antalgica
Corrado Manni

Cori - *Il Tempio di Castore e Polluce* - Luigi Rossini, 1825



DICHIARAZIONE COMUNE PER UN PATTO DI SOLIDARIETÀ

*Patto di Solidarietà firmato, il 28 novembre 2001,
presso il nostro Ordine alla presenza del Presidente della
FNOMCeO, Del Barone, e del Presidente Nazionale della
Lega per la Lotta contro i Tumori, Schittulli*

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 maggio 2001, con la quale è stata indetta la "Giornata Nazionale del Sollievo", impegna le amministrazioni pubbliche, anche in coordinamento con le associazioni di volontariato, a promuovere e testimoniare, nell'ultima domenica di maggio di ogni anno, la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale in favore di tutti coloro che stanno ultimando il loro percorso vitale e che non possono più giovare di cure destinate alla guarigione. La Direttiva sollecita anche la realizzazione e sottoscrizione di un Patto di Solidarietà.

In questo contesto, l'iniziativa, assunta congiuntamente in provincia di Latina dall'Ordine dei Medici e dalla Lega contro i Tumori, è finalizzata a costituire, fin d'ora, le condizioni per raccogliere attorno a tale tematica non solo gli operatori delle arti sanitarie e del sociale, ma anche la più vasta articolazione della società civile. Ciò per innervare nel tessuto comunitario un nuovo messaggio, una nuova operatività. L'obiettivo di fondo è quello di rimettere al centro dell'interesse l'uomo: la sua vita e, cioè, la qualità della stessa anche nel momento di più acuta sofferenza fisica; il rispetto per l'uomo nella sua totalità; la necessità dell'agire bene e di non nuocere all'uomo che, nel controllo del dolore, ha diritto a interventi lenitivi nel rispetto anche delle implicazioni etiche; la difesa della vita naturale dell'uomo senza però alcun accanimento terapeutico.

Pertanto, il fine appare essere quello di accomunare in un'unica direttrice il lavoro degli operatori della sanità, delle associazioni di volontariato e di promozione sociale su questi aspetti dell'uomo malato, che richiede disponibilità umana, professionalità e condivisione solidale. La funzione, naturalmente, è diversificata in relazione al ruolo istituzionale, professionale e associativo rivestito.

Sui Comuni, specialmente sui Sindaci chiamati in conferenza a suggerire alla Regione proposte in tema di programmazione sanitaria, ricade l'onere di interpretare, almeno in parte, le esigenze che sorgono dalle comunità su questo particolare tipo di assistenza. In tale contesto i servizi sociali municipali si dovranno raccordare con i centri per l'assistenza domiciliare dell'AUSL. Altresì, gli enti locali dovranno favorire le associazioni di volontariato seriamente impegnate a svolgere programmi specifici e non lavori di supplenza rispetto a figure istituzionalmente previste o da prevedere; perciò, sarà opportuno finanziare, di volta in volta, non le associazioni in quanto tali ma i progetti meritevoli di sostegno.

La AUSL assolve a una funzione basilare. Le strutture sanitarie del servizio pubblico, pertanto, sono riconosciute come il fronte più ampio per affrontare la tematica del sollievo dal dolore. La progettata realizzazione a Terracina di un *Hospice*, da parte della ASL e finanziata dalla Regione Lazio, deve rientrare nell'ottica della creazione di una struttura nella quale si tenga, in ogni momento, la più alta considerazione della qualità di vita del malato in fase critica e della sua dignità con uno speciale apporto di professionalità e di amore. Non solo, tale struttura deve anche e specialmente - si sottolinea - assolvere alla funzione formativa e di aggiornamento degli operatori sanitari e sociali per l'assistenza domiciliare. Il ritorno a casa, in una famiglia dove si riscopra il significato dell'accoglienza e del valore della vita in ogni momento di essa, rappresenta il momento più vero della centralità dell'uomo.

La figura e la funzione del medico in tale contesto appare in tutta la sua importanza anche nei confronti della famiglia che deve essere preparata all'evento. Il compito del medico, specie di famiglia, non è sostituibile e deve rappresentare, in ogni mo-

mento, un sicuro riferimento. Ad esso si unisce la figura specialistica per delineare il percorso terapeutico più appropriato, specialmente alla luce delle nuove possibilità in tema di trattamento e uso di sostanze "analgesiche".

Gli assetti relativi all'assistenza infermieristica, come è noto, sono stati rivoluzionati a cominciare dal superamento del mansionario e, dunque, presentano una figura professionale nuova, motivata e proiettata a soddisfare la richiesta terapeutica specialmente quando l'individuo, a seguito del mutamento dello stato di salute, non riesce più a prendersi pienamente "cura di sé": è qui che si profila l'assolvimento di funzioni particolari per soddisfare la richiesta terapeutica. Sarà possibile soddisfare tale richiesta in un unico indirizzo che comprenda medico, infermiere, operatore sociale e famiglia. Ne discende, perciò, anche per l'infermiere professionale l'assunzione di un impegno e di un patto solidale, informati alla stessa direttiva governativa sul sollievo dal dolore.

L'apporto degli ordini professionali, dei colleghi e degli altri operatori, comunque compresi nell'ambito sanitario, è fondamentale per creare un vero e proprio "clima" che accolga questi eventi.

Il mondo del volontariato e della promozione sociale ha un suo spazio che deve essere meglio "dettato" con un offerta assistenziale peculiare e di elevato livello, specialmente per "accompagnare" il malato e i familiari su di un percorso che non ammette improvvisazioni. Il patto di solidarietà, pertanto, li impegnerà anche verso la

totale disponibilità a farsi ricomprendere in progetti assistenziali integrati.

Le altre istanze civili e sociali e i club di servizio concorrono a far "lievitare" la cultura dell'assistenza; a far soffermare le persone su aspetti della vita dell'uomo che, prima di appartenere al servizio sanitario sociale o alla cosiddetta sfera dei diritti, appartiene a se stesso e alla sua famiglia. Compito morale di questo patto di solidarietà, dunque, è di frenare la corsa dell'uomo verso l'esistere consumistico, il trionfo dell'effimero e dell'apparire al fine di riscoprire il prossimo.

Appare, infine, opportuno individuare alcune linee di immediata operatività che potrebbero essere così riassunte.

Adeguata formazione ed informazione degli operatori sanitari negli aspetti specifici della terapia antalgica: infatti, si ravvisa la necessità di indispensabili correttivi terapeutici, sia alla luce delle esperienze acquisite sia in relazione alla nuova normativa in materia.

Il controllo del dolore, la logo-terapia e l'assistenza domiciliare rappresentano i capisaldi di un'azione finalizzata a far riscoprire al malato ed ai suoi familiari - sempre e comunque - il senso vero del dono della vita.

Si ritiene indispensabile attivare una rete integrata dei servizi per armonizzare tutti i supporti socio-assistenziali e sanitari verso il ma-

lato.

Le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il mondo del lavoro, della scuola, della formazione e dell'informazione, il terzo settore - così come tutti i rappresentati in questo Patto - sono impegnati ad aprire le proprie strutture ed ad attivare tutte le energie e professionalità al fine di raggiungere gli scopi suddetti, soddisfacendo in tal modo l'innato bisogno di aiuto e solidarietà dell'uomo verso il suo simile.

**fermati
e rifletti con noi**

verso la **Giornata
del
Sollievo**

**Dichiarazione
Comune
per un Patto
di Solidarietà**

Manifestazione
Provinciale a Latina
28 Novembre 2001

Sala Ordine dei Medici

lega italiana
per la lotta
contro i tumori
SEZIONE DI LATINA

ORDINE
DEI MEDICI
CHIRURGHI
E DEGLI
ODONTOIATRI
DI LATINA

ACCANIMENTO TERAPEUTICO E TERAPIA ANTALGICA

Lezione tenuta presso il nostro Ordine nel marzo 2002
nell'ambito del Secondo Corso di Bioetica

La Rianimazione in questi ultimi 50 anni ha contribuito a risolvere moltissimi problemi che sembravano irrisolvibili, ma nel contempo ne ha aperto di nuovi sui quali si discute ogni giorno: basta pensare anche alla tematica che è oggi al centro della nostra attenzione, all'eutanasia, alla trapiantologia, allo stato vegetativo persistente, al paziente inguaribile, tanto per citarne alcune. E proprio poco tempo fa l'attuale Pontefice (in occasione dell'ottantesimo anno di vita della Lega Italiana contro i tumori), rivolgendosi ai malati affermava, "dinanzi ai tumori che minacciano la vita dell'uomo si è tentati ancora di assumere un atteggiamento sconfortato e fatalista che deprime il paziente e rende più difficile la cura e ha indicato come campo di ricerca quanto mai attuale quello della terapia del dolore, perché migliora la qualità della vita di coloro che ne sono afflitti, dà loro la possibilità di essere alleviati e sostenuti validamente, senza mai cedere alla tentazione di una medicina e di un progresso scientifico senza regole e valori, che potrebbero tramutarsi in una pericolosa forma di controllo tecnologico della vita". Ma su questo punto torneremo più avanti.

In particolare, la rianimazione ha conseguito risultati tali da indurre ad una ridefinizione dello stesso concetto di morte, aprendo nuove speranze per il recupero di molti pazienti in condizioni critiche ad una vita degna di essere vissuta.

La ventilazione meccanica, la nutrizione parenterale totale, l'emodialisi, l'assistenza meccanica del circolo, i trapianti d'organo permettono di mantenere in vita, per mesi o anni, pazienti prima destinati a morte sicura.

Questa possibilità di controllare il divenire della morte, di ritardarla o anticiparla, di decidere e programmare il momento in cui termina la vita, propone interrogativi inediti che ancora attendono risposte esaurienti.

L'obiettivo è quello di difendere la vi-

ta dell'uomo rispettando la sua complessità psico-somatica e spirituale. Il rischio è quello di un tecnicismo che assoggetta l'uomo e lo riduce a mera espressione del proprio potere.

Di fatto, la possibilità di ritardare con ogni mezzo e ad ogni costo il momento della morte, può facilmente determinare un atteggiamento di accanimento terapeutico; così come il desiderio di interrompere le sofferenze, che inevitabilmente accompagnano le fasi terminali della vita, può indurre ad una richiesta di eutanasia. Quanto detto, ci lascia già intravedere l'estrema complessità del problema e la difficoltà, anche per il medico più esperto, a fornire risposte esaurienti e, soprattutto, a proporre modelli operativi sufficienti per evitare, in ogni caso, scelte terapeutiche errate.

Perché, è bene sottolinearlo subito, sia l'accanimento terapeutico che l'eutanasia contrastano con gli indirizzi del codice di deontologia medica e con i fondamentali valori etici.

È estremamente importante comprendere chiaramente il significato del termine accanimento terapeutico, oggi definibile con criteri oggettivi.

- Il primo criterio è quello della documentata inefficacia, e quindi inutilità, della terapia. Pertanto, una terapia utile, quale che sia la sua complessità, non potrà mai configurare un atteggiamento di accanimento terapeutico.

- Il secondo criterio è quello della gravosità del trattamento che rischia di determinare nuove ulteriori sofferenze, tali da configurare un atteggiamento di "violenza terapeutica".

- Il terzo criterio è quello della eccezionalità dei mezzi terapeutici che non debbono essere sproporzionati agli obiettivi che il medico si prefigge di raggiungere.

Questi criteri possono costituire, se correttamente applicati, una utile guida per definire i limiti del ricovero in rianimazione dei pazienti in condizioni termi-

nali.

Comunque, se vogliamo almeno tentare di fornire risposte chiarificatrici, è necessario soffermarci ad analizzare alcune delle possibili cause di una scelta terapeutica errata, sia per eccesso che per difetto.

Al primo dei motivi ho già accennato: il tecnicismo.

Il medico si avvale, oggi, di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più efficienti, sicuri, maneggevoli. Questa disponibilità di mezzi comporta il rischio di un abuso, soprattutto quando il medico rivolge eccessiva ed esclusiva attenzione alla valutazione degli effetti della tecnica adottata, interrompendo il delicato rapporto che lo lega al paziente.

Mi piace ricordare che la tecnologia assume valore, infatti, finché rimane al servizio del paziente; diviene tecnicismo quando si limita a servire la scienza.

L'accanimento terapeutico può essere, inoltre, favorito dalla attuale concezione organicista della Medicina.

In questi ultimi anni abbiamo assistito al proliferare di numerose discipline mediche specialistiche il cui interesse prevalente è rivolto allo studio di un singolo organo o apparato: nefrologia, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia, epatologia e molte altre ancora.

Di fatto, molti medici hanno profondamente modificato la propria cultura con il pericolo di divenire curatori di organi e non di organismi, come dovrebbe essere.

Proprio per questo motivo, dobbiamo sempre ricordare che il nostro dovere è quello di curare il malato e non la malattia.

Il medico che riesce a mantenere un rapporto personale con il paziente difficilmente corre il rischio di prendere decisioni tali da configurare un atteggiamento di accanimento terapeutico: è proprio il rapporto personale, infatti, che consente di evitare il ricorso a terapie sproporzionate, inutili o addirittura dannose.

Un altro problema è quello del rifiuto della morte. Non è raro osservare medici che ritengono che la morte dei propri pazienti sia espressione di un insuccesso terapeutico.

Questa convinzione determina, più o meno coscientemente, un comportamento

finalizzato a ritardare, con tutti i mezzi possibili, il momento del decesso.

Ciò si verifica quando la morte è ritenuta, a torto, la complicità finale di una patologia e non il naturale termine della vita.

Tutti noi, oggi, sentiamo il bisogno di recuperare il significato vero della morte; un significato nascosto da modelli di vita eccessivamente materialisti ed edonistici.

Rifiuto della morte che, è bene precisarlo, non appartiene solo al medico ma anche, e sempre più spesso, a tutti i cittadini.

Stiamo assistendo ad una eccessiva medicalizzazione delle fasi terminali della vita: il morente viene quasi sempre ospedalizzato, allontanato dal suo ambiente e dai suoi affetti familiari. Il motivo apparente è quello di favorire le cure atte a salvare la vita; il motivo reale è, in molti casi, quello di evitare di rimanere coinvolti in un momento così doloroso.

È evidente che il "rifiuto della morte" può indurre all'accanimento terapeutico, così come il "rifiuto della sofferenza" può favorire una scelta di eutanasia.

Fra le molteplici cause che possono alimentare l'accanimento terapeutico vorrei anche ricordare la "non corretta informazione scientifica da parte dei mass-media". Titoli ad effetto e continue notizie sulla scoperta di nuovi miracolosi farmaci creano l'illusione che oggi sia possibile guarire qualsiasi male. Da qui la pressante richiesta di fare tutto il possibile o, meglio ancora, più del possibile.

Da un lato, il protagonismo di alcuni medici, dall'altro la ricerca dello scoop giornalistico rendono sempre più frequente una disinformazione scientifica causa di pericolosi malintesi.

A volte sembra di assistere al trionfo della scienza; la realtà è che le nuove tecnologie biomediche stanno ancora muovendo i primi passi e la strada da percorrere è ancora molta e piena di ostacoli da superare.

Accendere false speranze, diviene quasi un invito all'accanimento terapeutico. Da qui il dovere di una maggiore prudenza nel diffondere notizie mediche, soprattutto quando riguardano malattie ancora inguaribili.

Ritengo che questa breve analisi dei principali fattori che possono indurre al-

l'accanimento terapeutico sia sufficiente a quantificare il problema che, certamente, non può essere sottovalutato.

L'accanimento terapeutico, quale espressione di una errata prassi medica, deve essere sempre rifiutato.

Ed anche noi siamo certamente contrari a quel processo di medicalizzazione delle fasi terminali della vita che sempre più caratterizza le prassi assistenziali dei paesi ad elevata tecnologia.

Processo di medicalizzazione che inizia proprio con il ricovero in ospedale e l'allontanamento dalla famiglia verso un isolamento completo, alienante, privo di rapporti affettivi, totalmente spersonalizzante. L'uomo - paziente perde progressivamente la sua identità, viene identificato e confuso con la sua malattia; a questo punto il momento della morte non è più accettato come naturale evoluzione del vivere, ma come complicanza di un evento patogeno e testimonianza di un insuccesso terapeutico.

In pratica, possono manifestarsi tutti gli aspetti negativi di un rapporto che non è più medico - paziente, ma medico - malattia. Questo rischio, non possiamo certamente nascondere, è tanto più elevato, quanto maggiore è il ricorso a tecnologie biomediche avanzate.

La terapia strumentale, finalizzata a sostenere o sostituire completamente la funzione di un organo, ha insito il pericolo di una attenzione esclusivamente rivolta al particolare, nascondendo al medico l'oggetto vero delle sue cure che deve sempre rimanere l'uomo nella sua completezza psico - fisica e spirituale.

Se oggi noi affermiamo che è sempre possibile curare anche il malato terminale inguaribile (detto anche malato in progressione di malattia) è proprio perché sappiamo che è possibile avvalerci, pure in questi pazienti, delle più avanzate tecniche terapeutiche senza ledere ulteriormente la dignità di una vita ormai giunta alle sue fasi conclusive.

Il problema è quello di individuare e sperimentare prassi assistenziali specifiche per questo tipo di pazienti, i quali indubbiamente necessitano di cure diverse, ma certamente non meno efficaci di quelle rivolte a patologie guaribili.

Ed in tal senso i progressi delle tecnologie biomediche aprono prospettive nuo-

ve ed interessanti.

Anzitutto, i progressi dell'elettronica e dell'informatica consentono, oggi, di utilizzare alcuni strumenti terapeutici anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero aprendo nuovi confini alla cosiddetta "assistenza domiciliare", di cui tanto si parla per i supposti vantaggi, ma che rimane ancora una realtà circoscritta a poche occasionali esperienze.

A tal proposito è bene precisare, al fine di evitare equivoci, che "assistenza domiciliare" non vuol dire disimpegno dei servizi socio - sanitari e affidamento del malato terminale alle sole cure di familiari o di gruppi di volontariato.

Al contrario, deve significare la possibilità di intervento medico qualificato anche al di fuori dell'ospedale, con mezzi idonei e competenze specifiche.

Per realizzare un programma di questo tipo i problemi da risolvere sono di due ordini: il primo, di tipo organizzativo, pretende un diverso rapporto tra le molteplici componenti del servizio sanitario (medico di famiglia, medico ospedaliero, personale infermieristico, assistente sociale) e la realizzazione di strutture intermedie (quali il Day Hospital) che avvicinano l'ospedale al territorio in cui esso opera; il secondo, di tipo tecnico, è relativo alla messa a punto di metodiche diagnostico - terapeutiche, realizzabili con pari efficacia e sicurezza anche al di fuori dell'ospedale.

Possiamo affermare con certezza che questo secondo aspetto dei problemi relativi alla "assistenza domiciliare" può essere ampiamente risolto dal progredire delle tecnologie biomediche.

Basti pensare alle possibilità offerte dalla Telemedicina che consente il trasferimento a distanza di informazioni relative all'elettrocardiogramma, all'elettroencefalogramma e a molte indagini di laboratorio. In pratica, è possibile realizzare il monitoraggio delle principali funzioni biologiche senza, necessariamente, ospedalizzare il paziente ed il medico di famiglia potrebbe avvalersi di consulenze specialistiche in tempi rapidi e senza sottoporre il paziente a gravosi ed inutili spostamenti.

Altro esempio, è quello relativo alla automatizzazione dei sistemi di dialisi. Oggi l'elettronica ci offre la possibilità di

programmare l'apparecchio della dialisi e di "informarlo", all'inizio del trattamento, dei nostri obiettivi terapeutici: quanta acqua deve essere rimossa e in quanto tempo; quale deve essere la durata del trattamento dialitico ed il flusso di sangue determinato dalle pompe peristaltiche. Numerosi allarmi impediscono il verificarsi di complicanze legate a malfunzionamento della macchina e ne rendono possibile e sicuro l'uso anche al di fuori dell'ospedale.

Una assistenza domiciliare qualificata è pertanto certamente possibile ed auspicabile. I vantaggi che ne deriverebbero, al paziente ed alla collettività, sono tali da giustificare l'inevitabile, iniziale impegno organizzativo.

Il paziente potrà continuare le proprie abitudini, potrà vivere nel suo ambiente, potrà godere degli affetti familiari, in definitiva potrà conservare la propria identità. Il timore, come già detto, è che i progetti di assistenza domiciliare possano nascondere una volontà di disimpegno sociale da parte delle istituzioni. L'abbandono terapeutico può esprimersi in molti modi; sarà compito di tutti controllare che ciò non si verifichi.

Queste perplessità mi inducono a ribadire che il presupposto per la realizzazione di un valido programma di assistenza domiciliare è insito nel mantenimento di uno stretto legame tra l'ospedale, il paziente e la sua famiglia.

Il malato non deve sentirsi dimesso; al contrario, deve essere ben consapevole di andare a casa senza interrompere le cure, che verranno continuate a domicilio possibilmente dallo stesso gruppo di sanitari dell'ospedale in collaborazione col medico di famiglia.

Ovviamente, quando la fase terminale di una malattia raggiunge il momento dell'agonia qualsiasi tentativo di terapia strumentale diviene ingiustificato e l'insistere configurerebbe un atteggiamento di accanimento terapeutico che non è tra i nostri obiettivi.

Il problema si pone in questi termini: di fronte ad un ammalato di cancro in fase terminale è opportuno praticare un trattamento eutanasi ed abbreviare, con la vita, anche le inevitabili sofferenze, oppure resistere a questa tentazione e lasciare che la malattia faccia il suo corso

limitandosi a fornire all'ammalato i sussidi palliativi e le terapie sintomatiche che le sue condizioni richiedono?

Senza dubbio, chi deve affrontare responsabilmente tale quesito non può trincerarsi dietro l'agnosticismo, né rinunciare a darsi un codice di comportamento ragionevole. Tuttavia, per rispondere all'interrogativo in oggetto, bisogna tener conto del quadro clinico che si ha di fronte a delle situazioni obiettive da affrontare. Una considerazione obbligata è che l'evoluzione della malattia, anche nelle sue fasi terminali, non è generalmente graduale, bensì contrassegnata da molteplici episodi acuti, uno dei quali diventa il fattore ultimo e decisivo della morte. L'immagine dell'ammalato di cancro tormentato da gravi sofferenze corrisponde al vero, ma queste sofferenze si spiegano con il fatto che sono causate da complicazioni che avvengono in successione. Talvolta, sono provocate da compressione o irritazione di un nervo, più spesso da complicazioni intestinali, urinarie, epatiche, polmonari, ecc. Di fronte ad un ammalato che ha dolore per causa specifica, abbiamo l'obbligo di rimuovere la causa, oppure lo lasceremo soffrire? E ancora: di fronte ad un ammalato colpito da occlusione intestinale, che vomita e che non può alimentarsi e che ci chiede di sollevarlo dalle sue sofferenze, possiamo rifiutarci di prendere in considerazione un eventuale trattamento, anche se esso risulterà esclusivamente sintomatico?

La problematica clinica - quella che offre l'immagine dell'ammalato terminale - è sintesi ed espressione di queste modificazioni non eludibili. Se l'ammalato terminale è oggi destinato ad una morte che avviene in breve tempo ciò è dovuto al fatto che ancora oggi troppi aspetti della malattia sono e rimarranno sconosciuti fino a quando, attraverso incessanti tentativi, non sarà risolto finalmente questo capitolo della medicina. E non è affatto retorico ricordare che molte malattie hanno trovato la loro soluzione attraverso gli sforzi compiuti per dare soccorso agli ammalati terminali.

Altra popolazione di pazienti per i quali si cerca di giustificare l'eventuale richiesta di eutanasia è quella geriatrica.

Altro esempio è quello dei pazienti con malattie neoplastiche inguaribili che

manifestano, come complicanza acuta, una insufficienza renale. La sindrome uremica, che progressivamente si instaura, contribuisce ad aumentare ancor più le sofferenze di questi pazienti. Un trattamento dialitico adeguato consentirà di attenuare o eliminare i sintomi presenti e renderà sopportabili i restanti giorni di vita. È del tutto inammissibile ed ingiustificabile, pertanto, astenersi dalla suddetta terapia con l'unico scopo di non prolungare una vita sofferente.

Oggi la moderna tecnologia biomedica consente in molti casi di prolungare la vita del malato terminale, alleviando contemporaneamente le sue sofferenze.

Non possiamo dimenticare, inoltre, che la medicina ha sufficienti mezzi per affrontare il dolore in tutte le sue forme.

La terapia antalgica ha fatto enormi progressi e non esiste dolore che non possa, sia pure parzialmente, giovare di farmaci analgesici e di eccezionale potenza e di tecniche chirurgiche altamente selettive che offrono buoni, talvolta ottimi, risultati. Gli attuali protocolli di sedazione - analgesia consentono di far ben sopportare ai pazienti le tecniche terapeutiche invasive indispensabili al sostegno delle funzioni vitali.

Ed entriamo nel secondo aspetto dell'argomento assegnatomi. Riflettendo su quest'ultimo (la terapia antalgica) non ho potuto fare a meno di ritornare con il pensiero a quasi mezzo secolo fa, quando nel 1957 la Società Italiana di Anestesia pose a Pio XII, al termine di un congresso svoltosi a Roma, due quesiti: primo se fosse lecito impiegare l'analgesia nell'espletamento del parto; secondo se fosse ugualmente lecito l'impiego di analgesici (si parlava allora quasi esclusivamente di morfina) per lenire il dolore nel paziente oncologico che rappresenta ancora oggi in gran parte un malato in fase terminale, detto anche - come abbiamo già detto - paziente in progressione di malattia. Non sono pochi i medici assertori del dogma secondo cui "il dolore è il migliore amico dell'uomo", poiché senza l'allarme provocato da esso non si innescano le reazioni difensive finalizzate alla sopravvivenza sia della specie che dell'individuo. Ne sarebbe una prova, di fatto, che nell'analgesia congenita - malattia nella quale non si percepisce alcun dolore - la mortalità è

alta e precoce, perché qualsiasi insulto anche grave all'integrità dell'organismo non dà sintomi dolorosi ed è quindi ignorato fino alle estreme conseguenze. Anche il senso comune è indotto a riconoscere l'aspetto benefico del dolore, dal momento che questo ci avverte che qualcosa di biologicamente dannoso sta per accadere o già accade nel nostro corpo. Tuttavia, chiunque abbia osservato, sperimentato, sofferto un dolore violento o un dolore prolungato, persistente, recidivante, è portato a considerarlo un'afflizione e una pena. E a volte il dolore diviene così insopportabile che la persona che ne soffre ha un bisogno assoluto d'esserne sollevata. In casi come questi, il dolore non sembra avere alcuna finalità biologicamente utile. Ronald Melzack ha scritto che in tali casi avviene "come se qualche meccanismo normale di adattamento impazzisse e, similmente al criminale pericoloso la cui mente può essere lucida, ma contorta, ha bisogno di essere isolato, controllato, curato".

Tra paziente e medico deve scattare allora una specie di alleanza. Alleanza e solidarietà talvolta difficile da creare, ma indispensabile. La conoscenza tra chi cura e chi è curato deve essere meno fredda e distaccata di quanto spesso accade: deve essere fatta di comunicazione genuina, di dialogo, di ascolto, di verità detta con partecipazione. Il sofferente deve sentirsi rispettato anche nel momento della debolezza. Deve essere aiutato a liberarsi dei condizionamenti di una cultura della forza, di un maschilismo vanamente eroico ed accettarsi anche nel tempo della prova, come affermava Baudelaire: "Signore, la migliore testimonianza che noi possiamo dare della nostra dignità è questo ardente singhiozzo che rotola di età in età e viene a morire ai bordi della tua eternità".

Oggi la moderna tecnologia biomedica consente in molti casi di prolungare la vita del malato terminale, alleviando contemporaneamente le sue sofferenze. La Medicina Palliativa rappresenta la valenza di una nuova disciplina medica, meritevole della massima attenzione e degna di programmi finalizzati per consentirne adeguato sviluppo e diffusione.

A tal proposito, consentitemi di richiamare brevemente la definizione che, delle "cure palliative", è stata data dall'Orga-

nizzazione Mondiale della Sanità: “Le cure palliative sono la cura totale prestata alla persona affetta da una malattia non più responsiva alle terapie aventi come scopo la guarigione. La loro finalità è quella di ottenere la massima qualità di vita possibile per il paziente e per i suoi familiari, attraverso il controllo del dolore, degli altri sintomi e delle problematiche psicologiche, sociali e spirituali che insorgono all’interno del nucleo sofferente costituito dal paziente e dalla sua famiglia, che ne condivide le sofferenze”. Le caratteristiche peculiari delle cure palliative sono, perciò, le seguenti:

- 1) si rivolgono ai malati inguaribili;
- 2) come tali, non hanno come scopo primario la guarigione, ma il miglioramento della qualità di vita;
- 3) non sono rivolte al semplice aspetto biofisico e farmacologico della malattia, ma all’uomo sofferente, nella sua totalità di aspetti fisico, morale e spirituale
- 4) non sono rivolte solo al singolo paziente, ma coinvolgono la sua famiglia, sia come oggetto di cure, sia come soggetto attivo che partecipa alla cura del congiunto.

Non c’è dubbio che i progressi della medicina, se da un lato hanno consentito la drastica riduzione della mortalità, dall’altro hanno contribuito ad incrementare il numero e la durata di sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie ancora inguaribili.

Ci troviamo di fronte, pertanto, ad un nuovo tipo di malati bisognosi di cure intense nel senso più vasto del termine, ossia come attenzione diretta a tutta la complessa realtà spirituale e psicosomatica del paziente inguaribile.

Non c’è dubbio, infatti, che il paziente affetto da una malattia ad esito infausto presenti delle problematiche peculiari, che un freddo approccio “tecnico”, rivolto ai soli aspetti cinici della malattia, non può risolvere.

Anzitutto, il dolore fisico e gli altri disturbi legati alla patologia di cui è portatore, assumono un carattere particolarmente gravoso, per la loro continuità ed intensità crescente.

In secondo luogo, gli effetti diretti della malattia, le mutilazioni dovute ad eventuali interventi chirurgici e le scadute condizioni generali del paziente ridu-

cono molto la sua auto sufficienza, rendendolo dipendente dagli altri.

In terzo luogo, la consapevolezza, che presto o tardi si fa strada nella mente del paziente, la gravità delle sue condizioni e della sua prognosi infausta, e ciò lo pone dinanzi all’angoscia dell’ormai prossimo distacco dalla vita terrena.

L’accavallarsi di queste problematiche causa un profondo turbamento spirituale e psicologico che si manifesta con le reazioni più disparate: incredulità, ribellione, disorientamento, ansia, depressione. Ciò accentua ulteriormente le sofferenze fisiche del paziente ed aggrava il decorso della malattia.

La medicalizzazione dell’approccio al malato costituisce un notevole ostacolo alla comprensione della sua difficile esperienza umana e spirituale, del doloroso riflesso della sofferenza fisica e morale sulla sua esistenza. Ma nel paziente inguaribile altri fattori, questa volta di natura morale e sociale, concorrono a frapporre ulteriori ostacoli lungo questo cammino. Infatti, in una società opulenta e produttivistica come quella occidentale, dove il benessere materiale è troppo spesso esaltato ad unico bene possibile, e dove i mezzi di comunicazione di massa tendono a costruire un’immagine dell’esistenza fatta solo di bellezza, ricchezza e successo, i lati oscuri della vita, la sofferenza, la vecchiaia e la morte, vengono sempre più emarginati, quasi li si volesse rimuovere dalla coscienza comune. In una prospettiva fatta solo di beni terreni, la dimensione dolorosa dell’esistenza non può che apparire come un vuoto inconcepibile ed inspiegabile, da esorcizzare. È inevitabile che la perdita del significato trascendente della vita privi di significato anche la sua naturale conclusione, la morte.

Dietro la tendenza ad ospedalizzare la malattia si annida spesso anche il tentativo di nascondere questa dimensione dolorosa agli occhi della società. Ma la mancata accettazione di una simile realtà, la sua emarginazione o il suo mascheramento dietro un tecnicismo esasperato, dietro la medicalizzazione, mentre da un lato non impediscono a questa realtà di verificarsi, dall’altro hanno reso l’uomo odierno sempre più impreparato ad affrontarla, ed hanno accentuato le soffe-

renze del morente, che deve sopportare le conseguenze morali e materiali dell'isolamento di cui troppo spesso è fatto oggetto.

In ognuno di noi lo spettacolo della morte altrui suscita disagio perché ci ricorda, a sua volta, il nostro destino. Nel medico, a tutto ciò si aggiunge un senso personale di sconfitta nei confronti delle proprie capacità. Anche il già citato riduzionismo alimenta questa concezione distorta, in quanto comporta la perdita di identità del paziente, che viene identificato e confuso con la sua malattia; in questa prospettiva la morte è ritenuta, a torto, la complicità finale di una patologia e non il naturale termine della vita.

In quest'ottica, il malato per il quale non esiste possibilità di guarigione, viene considerato un malato "perso", non più meritevole di vera e propria assistenza, non solo sanitaria in senso stretto, ma anche morale; nel curante, svanita ogni speranza di guarire il paziente, all'attenzione scientifica e professionale subentra il distacco, negando al paziente la fiducia ed il sostegno spirituale proprio quando egli più che mai ne avrebbe bisogno; le informazioni sulle sue condizioni di salute divengono vaghe ed evasive; lo si evita in fin dei conti, perché risveglia nel medico l'imbarazzo della propria impotenza e l'amarrezza della propria sconfitta professionale; al più la pietà si accontenta di illuderlo.

Sul piano operativo, quindi, gli imperativi per l'operatore sanitario nei confronti del paziente inguaribile sono: evitare la medicalizzazione della sua malattia; mantenere il suo intervento nei limiti della giusta proporzionalità, evitando sia l'accanimento che l'abbandono terapeutico; costituire per il paziente e per la sua famiglia una costante e sollecita fonte di speranza e di sostegno morale attraverso la propria testimonianza di fede; porre in atto e promuovere con ogni mezzo le cure palliative, le quali, alleviando le sofferenze del paziente, concorrono all'umanizzazione e all'accettazione del morire.

In conclusione, oggi la medicina dispone di numerosi mezzi per controllare il dolore e restituire al malato inguaribile una dignitosa qualità della vita fino al naturale compimento di quest'ultima; non esistono scuse per l'ignoranza o l'omis-

sione del loro uso da parte del personale sanitario, il quale della difesa del benessere del paziente fa lo scopo della sua professione.

In questo mio intervento, come avrete potuto ascoltare, non sono volutamente entrato nello specifico delle moltissime tecniche che sono oggi a disposizione dell'anestesista, o meglio, dell'anestesista - terapeuta del dolore, perché anche in tale settore si sono via via diversificati i compiti, le esperienze e gli interventi di coloro che quasi esclusivamente dedicano il loro lavoro a tale importantissima branca della disciplina madre, accumulando, in tal modo, un'esperienza preziosa per ottenere risultati sempre più mirati a vantaggio dei malati loro affidati.

Essendo divenuto, con il passare degli anni, il trattamento del dolore nel malato oncologico più ampio e le indicazioni sempre più numerose (non essendo possibile scendere nei particolari) mi sono limitato ad alcune considerazioni che esulano dall'applicatività tecnica, ma che sono ugualmente basilari per il comportamento del medico che opera in questo campo.

In sintesi, possiamo affermare che il dolore nel paziente oncologico è oggi più che mai curabile con i mezzi adeguati dell'analgesia e delle cure palliative proporzionate al dolore stesso; questo, se accompagnato dall'adeguata assistenza umana e spirituale, può essere lenito e confortato in un clima di sostegno psicologico ed affettivo così come proposto nella "Carta degli Operatori Sanitari":

"l'ammalato che si sente circondato da presenza amorevole umana e cristiana, non cade nella depressione e nell'angoscia di chi invece si sente abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte e chiede di farla finita con la vita. È per questo che l'eutanasia è una sconfitta di chi la teorizza, la decide e la pratica". Qualunque sia il punto di vista, laico, deontologico, religioso ed etico la percezione del pianeta dolore e l'impegno a fronteggiarlo, non può che trovare il plauso di tutte quelle figure professionali che da anni dedicano i loro sforzi in questo difficile ambito.

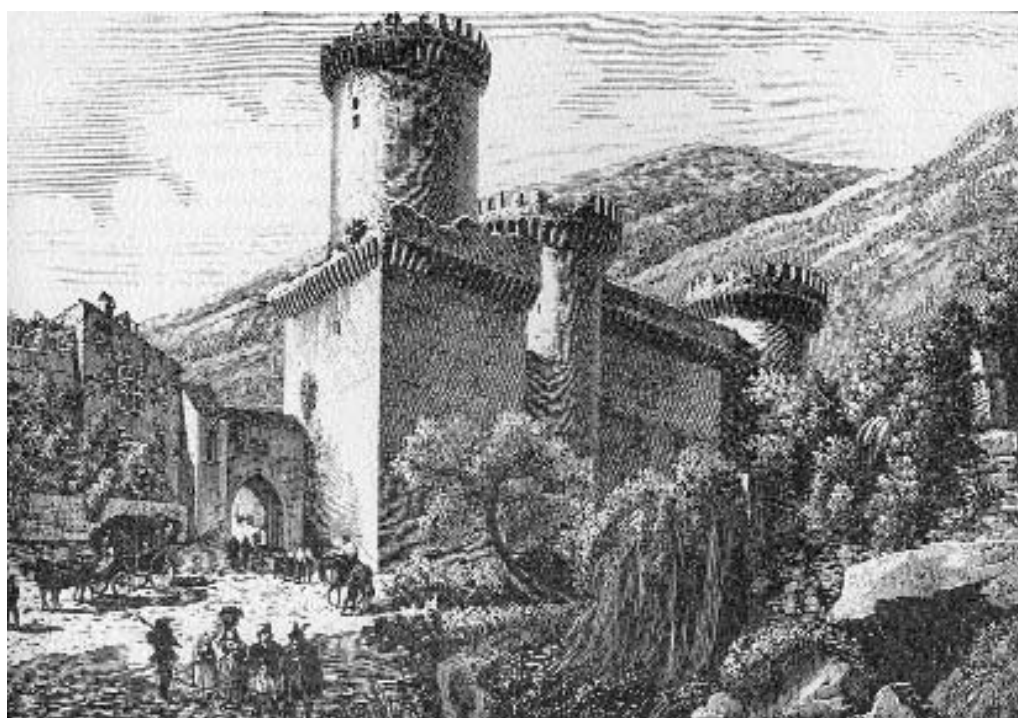
Corrado Manni

*Ordinario Emerito di Anestesia e Rianimazione
Università Cattolica S. Cuore di Roma*

- Pag. 20 - Etica e cultura del dolore
Fernando Petrone
- Pag. 21 - La relazione medico-paziente nelle cure palliative
Tonio Sollai
- Pag. 29 - Problemi etici nella terapia palliativa
E. D. Pellegrino
- Pag. 32 - La cura del dolore: una prospettiva bioetica
Francesco D'Agostino
- Pag. 35 - La roccia del dolore
Gianfranco Ravasi
- Pag. 40 - Motivazioni storico-culturali
Giorgio Cosmacini
- Pag. 43 - Voglia di vivere, fino in fondo

Sezione curata dal
*Comitato di Bioetica dell'Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri della Provincia di Latina*

Fondi - *La Porta Napoletana e il Castello* - Luigi Rossini, 1839



ETICA E CULTURA DEL DOLORE

Ha scritto recentemente sul supplemento di uno dei più diffusi quotidiani italiani il Prof. Sandro Spinsanti, uno dei nostri maggiori cultori di Bioetica: “Con un margine di circa il 5% di dolore irriducibile, tutte le situazioni possono ricevere una risposta efficace alle strategie terapeutiche di cui attualmente la medicina dispone”.

Eppure non sembra che, almeno in Italia, la terapia del dolore sia particolarmente diffusa, malgrado l'antico e saggio adagio reciti: “Se curare è obbligo, *sedare dolorem divinum est*”.

In una recente relazione, il Coordinatore della campagna “Ospedali senza dolore” lanciata da Vicenza nel 1998 ed oggi interessante venti grandi ospedali (per la cronaca solo tre di questi sono nel Sud Italia) dimostra con i dati disponibili che il dolore nelle corsie viene sottostimato e molto spesso trascurato. Al perché, il Relatore risponde e conclude che il dolore “per i medici degli ospedali fa parte del quotidiano e come tale, purtroppo, tende a divenire abituale”.

Questo comportamento probabilmente è comune anche ad altri ospedali. E non solo: nelle strutture private, poi, e presso i Medici di Base non è detto che le cose cambino. Da una statistica, compilata in campo internazionale, appare incontrovertibile come l'Italia sia uno dei paesi europei che navigano nelle posizioni di coda in una graduatoria fra le nazioni che impiegano gli oppiacei in campo terapeutico.

La domanda di lenire il dolore acuto e cronico cresce oggi in misura esponenziale; del pari cresce anche, per fortuna non ancora in misura esponenziale, la domanda di eutanasia o quanto meno la corrente d'opinione a questa favorevole.

Una buona ‘terapia del dolore’ fa diminuire il numero di coloro che non sperano più e fa quindi rallentare la marcia dell'esercito dei sostenitori della ‘dolce morte’. “Ed allora il problema - sottoli-

nea Franco De Conno, Direttore della Terapia Palliativa dell'Istituto dei Tumori di Milano - non è solo di stabilire la liceità dell'eutanasia, ma di offrire a tutti la possibilità di sopportare la malattia senza sofferenze inutili”.

Ed è bene notare poi come in Italia, allorché si suole parlare di ‘dolore’ e del relativo ‘problema sociale’ che se ne innesca, si intenda sempre e solo riferirsi a quello oncologico. Ed allora bene ha fatto il *Comitato Nazionale di Bioetica* (oggi disciolto) in uno dei suoi ultimi documenti a richiamare l'attenzione delle strutture mediche non solo al dolore dell'ultima fase della vita, ma anche al dolore postoperatorio, al dolore da parto, al dolore acuto e cronico e, soprattutto, al dolore pediatrico quasi sempre trascurato.

Il problema del dolore e del suo trattamento è quanto mai vasto e meritevole di una approfondita disamina, il che in questa sede non è possibile fare per ovvi motivi di spazio (sempre tiranno...).

Ma ai lettori di questo numero di *Medicina Pontina* viene offerta una serie di articoli e di memorie apparse negli ultimi tempi sulle principali colonne della stampa italiana, sia essa specializzata che di normale comunicazione. Ognuno ne trarrà le conclusioni che riterrà essere a suo giudizio consequenziali: ma l'importante è che il problema del trattamento del dolore e quello delle terapie palliative prendano sempre maggior coscienza presso tutti i Sanitari Italiani, presenti ad ogni livello, poiché oltretutto, come da più parti è stato detto, “lenire il dolore è un sacrosanto diritto dei Malati”.

Fernando Petrone

*Presidente del Comitato di Bioetica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Latina*

LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE NELLE CURE PALLIATIVE

Sviluppo Storico

“L'uomo è un essere biologicamente incompleto”, necessita quindi di vivere, confrontarsi e relazionarsi con altri individui della specie in un continuo scambio di notizie, fatti, atteggiamenti anche culturali che permettono di tendere ad una possibile completezza del proprio essere.

“Ma l'uomo è incompleto anche sotto il profilo culturale, perché le forme di umanità, che egli cerca di realizzare mediante le idee della sua cultura e con i mezzi della sua società, sono il prodotto di scelte più o meno consapevoli, di selezioni più o meno accentuate, profonde, incisive.”

Anche la storia della relazione fra due individui, il medico e il paziente, è un fatto culturale, di graduale crescita nei millenni favorita dai continui scambi fra le parti, anche se non sempre verificatisi su un piano di rapporti corretti. Nel tempo tale rapporto si è caratterizzato in un difficile e sofferto passaggio da un fatto privato e personale a evento sociale, pubblico, che con varie modalità si è tentato di incanalare in un complesso di regole generali in cui vengono riconosciuti diritti e doveri per entrambi.

Pedro Lain Entralgo definisce la relazione medico - paziente “il legame stabilito fra un individuo (il paziente) e un altro individuo (il medico) con lo scopo di alleviare la malattia di cui il primo soffre”. Tale relazione nei secoli ha assunto varie forme che, attraverso vicende storiche e concezioni antropologiche, hanno scandito la sua evoluzione fino ai nostri giorni.

Epoca antica

Nel periodo arcaico che precede l'epoca classica dell'antica Grecia, la relazione terapeutica tra il guaritore e il malato era contraddistinta da un alone di magia in cui lo sciamano-sacerdote invocava l'aiuto delle forze naturali ricorrendo all'aiuto che gli dèi concedevano ai figli cui avevano conferito il sapere.

La malattia e i mali oscuri dell'umanità erano inviate dagli dei agli uomini empi che si ritenevano predestinati a morire per volere degli stessi dei che giudicavano il loro operato. In una siffatta società il *medico-guaritore* godeva di prestigio e autorità illimitate e di alta considerazione sociale, considerato un inviato tra gli uomini dagli dei, ai quali doveva il proprio potere. Il guaritore era responsabile solo nei confronti degli dei, per cui godeva di assoluta impunità. Era solitamente affiancato da un'altra figura di *medico-artigiano* cui era attribuito il compito di procurare le erbe curative con cui venivano curate le malattie e le ferite.

Nell'età classica del mondo greco VIII-IV secolo a. C., il medico tende a perdere, ma non completamente, l'alone sacerdotale e comincia a curare le malattie in modo razionale attraverso l'acuta osservazione delle manifestazioni estreme delle malattie. È di questo periodo, infatti, il Corpus ippocraticum, dove compaiono indicazioni terapeutiche tipicamente sacerdotali e viene riconosciuta la paternità di un dio della scienza medica, “...i primi scopritori che hanno fatto studi sulla natura dell'uomo nel modo corretto e con una opportuna struttura logica... hanno pensato che questa arte fosse degna di essere attribuita a un dio, come anche oggi si ritiene”.

Tra questi scritti è contenuto anche il cosiddetto Giuramento di Ippocrate, che rappresenta una sorta di primo codice di deontologia professionale per i medici, permeato di filantropia “ecumenica” nei confronti di ogni malato e dove il medico sacer-

dote è teso a capire e curare la malattia per un senso di amore nei confronti dell'uomo e della divina physis.

Ma non tutti i medici dell'epoca lavorano con queste pulsioni. Taluni tendono a curare i malati munifici, i quali oltre ad indurli a migliorare le loro capacità di diagnosi e terapia, permettono di soddisfare il desiderio di ricompense in denaro e la sete di fama. Comunque le regole generali cui i medici dell'epoca si attengono sono scandite dall'intento di riconoscere le cause delle malattie e rimuoverle per ottenere il maggior beneficio possibile per il malato, attraverso la fiducia e il rispetto che ancora non è reciproco.

Si delinea così un modello comportamentale del medico che è sì basato sull'intenzione di fare il bene del malato, ma attraverso un atteggiamento autoritario, paternalistico e di sufficienza nei confronti del malato, il quale deve accettare passivamente quanto viene deciso al fine di massimizzare il suo bene.

L'atteggiamento del medico "ippocratico" è, quindi, decisamente paternalistico perché le persone, in, quanto malate, sono inabili morali e non sono nelle condizioni di decidere sulla propria malattia. Questo è prerogativa del medico. Infatti nello scritto ippocratico *Sulla decenza* si legge: "Fa tutto ciò [diagnosi e terapia del malato] con calma e con ordine, nascondendo al malato, durante il tuo intervento, la maggior parte delle cose. Dà gli ordini opportuni con gentilezza e dolcezza, distrai la sua attenzione...senza comunicargli nulla di ciò che gli potrà succedere o del suo stato attuale...". D. Gracia così sintetizza il paternalismo ippocratico: "attraverso tre atteggiamenti, che possiamo indicare come "paterno" (impedendo al paziente di decidere sulla propria malattia), "materno" (rendendo la malattia la più accettabile possibile al malato) e "sacerdotale" (agendo da mediatore con la divinità e avendo potere sulla vita e sulla morte, vale a dire sugli estremi orizzonti della vita stessa)".

Epoca cristiana

Con l'avvento del Cristianesimo il concetto di amore per il proprio simile assume una connotazione più elevata rispetto allo stesso atteggiamento dell'epoca arcaica ma influisce in modo determinante sulle modalità di approccio del medico nei confronti del malato e della malattia. Il medico opera in nome di Dio e l'aiuto prestato al sofferente è un aiuto offerto a Dio stesso. La malattia viene vissuta e concepita, dal malato, come una punizione inflitta da Dio in espiatione delle proprie colpe, dei propri peccati nei confronti degli uomini e di fronte a Dio. Il medico, agendo per grazia e per conto di Dio, consente la guarigione del corpo dalla malattia e permette anche la salvezza della sua anima, che è il fine ultimo che ogni uomo deve conseguire nel cammino dell'esistenza terrena.

Questa concezione riproduce in maniera rivisitata e spiritualmente più elevata quella che era la visione dell'arte di guarire dell'antica Grecia. L'atteggiamento cristiano dell'agire del medico comporta una modifica sostanziale nella condotta di cura e nel rapporto con il paziente:

- Cure illimitate: con il rischio di configurare quello che viene successivamente individuato come accanimento terapeutico;
- Uguaglianza nei confronti di Dio e degli uomini per cui entra nel bagaglio culturale del medico l'eguaglianza di trattamento offerto a tutti;
- Gratuità delle cure: in quanto l'impulso che deve guidare l'azione del medico dev'essere la carità, un approccio umano pietoso per tutti i figli dell'unico Dio (la gratuità delle cure nell'antica Grecia era dettata dall'obiettivo di raggiungere una fama sufficientemente vasta per acquisire altri clienti, ovviamente paganti).

Le cure mediche erano, poi, sorrette da altre pratiche tipiche della religione cristiana quali le preghiere individuali o collettive offerte dalla comunità e l'estrema unzione quale viatico verso il cammino dell'immortalità dell'anima, nell'eventualità che né le cure mediche né le preghiere riuscissero a scongiurare la dipartita del malato.

Epoca medioevale

È un'epoca di trasformazioni sia delle conoscenze che della società, ma l'atteggiamento paternalistico del medico permane stabile e viene potenziata la sua autorità fisica e morale, mentre l'autorità spirituale passa al sacerdote che trasforma la sofferenza del malato in simbolismi che gli permettono il riscatto dei peccati e la salvezza dell'anima. Il pastore d'anime è un alleato stretto del medico, non certo del malato, il quale deve anche essere oggetto di studio in quanto si sta facendo strada la medicina scientifica che ha lo scopo di studiare la malattia trasformando in fucina sperimentale il corpo del malato in vita e dopo la morte con la dissezione del cadavere.

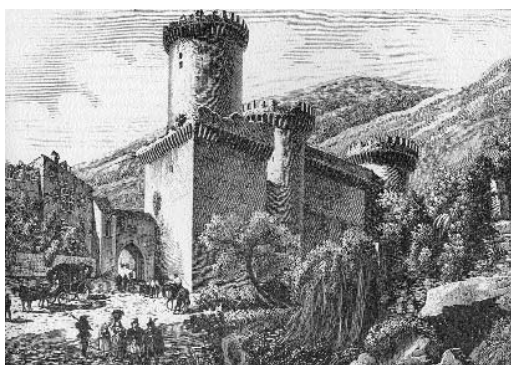
La malattia tende a perdere, quindi, i connotati della sacralità e della punizione divina per assurgere a fenomeno ed elemento normale della vita e della finitudine umana, suscettibile di studio a fini scientifici. La malattia diventa quotidianità sia come cura che come ricerca: i chirurghi operano e si occupano delle autopsie per conoscere il corpo dall'interno dopo averlo studiato nei libri antichi. Nasce l'anatomia quale espressione della diretta osservazione del corpo dopo la sua dissezione: è il primo passo dell'osservazione scientifica del corpo umano che evolverà successivamente nell'anatomia patologica attraverso l'osservazione diretta delle parti malate.

Epoca moderna

È caratterizzata dall'affinamento della capacità dell'uomo di affrontare i fenomeni scientifici, artistici e della tecnica: "La modernità inizia quando l'uomo comincia a considerare se stesso come un essere eccentrico rispetto alla natura destinato dalla sua intelligenza e dalla sua libertà a stare al di sopra di essa". La malattia viene osservata con maggiore attenzione ricorrendo ad esami specifici per capire meglio la natura e l'evoluzione del male, scorporandolo dall'alone della sacralità e della spiritualità, ambiti ormai definitivamente separati. L'uomo diventa consapevole della propria capacità di osservare e governare il mondo fisico attraverso la propria capacità tecnica e scientifica.

La natura e la malattia vengono osservate con razionalità scientifica e comincia a fare capolino l'interessamento del medico anche per la persona malata, oltre che per la sua malattia. La persona è iscritta in un cosmo dove ogni evoluzione, anche biologica, è regolata da leggi naturali della fisica e della chimica, ma è anche portatrice di sentimenti, di capacità intellettive che gli consentono di individuare quelli che sono i suoi diritti e i suoi doveri nei confronti dell'umanità. All'interno di questa propensione culturale si iscrive anche il diritto di partecipare attivamente al controllo della propria evoluzione biologica nel bene e nel male durante una malattia.

Ma per il momento questi sono concetti presenti "in nuce" nell'ambito della società colta, ma ben lontani dalla possibilità di una applicazione nella quotidiana pratica clinica. Esiste sempre la medicina per i ricchi e quella per i poveri ben distinta per qualità, quantità e per il setting delle prestazioni mediche offerte. Questo atteggiamento culturale della società che conta e dei medici si scontrerà successivamente quando la gente comune acquisirà la consapevolezza della propria forza, del proprio diritto alla salute e all'accesso alle cure mediche più appropriate. Purtroppo questa raggiunta consapevolezza non ha esitato in un cambiamento neppure formale dell'atteggiamento



del medico nei confronti dei malati che giungono alla sua osservazione.

Il prestigio e l'alone di onnipotenza che viene attualmente conferito alla figura del medico supera di gran lunga la pur ampia consapevolezza dei diritti degli utenti ad accedere alle prestazioni offerte, al rispetto di tali diritti e della loro autonomia e autodecisione.

LA RELAZIONE NELLE CURE PALLIATIVE

In un'epoca di tecnicizzazione sfrenata della medicina si è un po' perso il contatto umano con il malato, il quale viene considerato in rapporto alla patologia che manifesta e scarsamente come persona. L'attenzione della medicina scientifica e organicistica è centrata sull'organo malato e sulla malattia la cui diagnosi è basata prevalentemente su esami laboratoristici e strumentali, relegando in secondo piano la clinica e il contatto anche fisico col malato.

La figura del medico - scienziato, utile dal punto di vista del progresso della scienza e della tecnica, mette in pericolo il rapporto produttivo col malato, il quale rischia di sentirsi usato, inutile, messo in secondo piano rispetto alla malattia. Il malato non è considerato nella sua totalità fisica, psicologica e spirituale. Si tende a trascurare i suoi pensieri, le sue emozioni, la sua cultura e i suoi sentimenti, cioè tutte quelle qualità e atteggiamenti che rendono un individuo una persona umana che pensa, produce, gioisce, soffre e che cerca un sollievo alle sue pene fisiche e psicologiche.

Tale atteggiamento del medico - scienziato rischia di spersonalizzare e disumanizzare il rapporto con il paziente - utente le cui pene fisiche e psicologiche diventano un problema tecnico da governare, da gestire, da risolvere e da curare.

Il risultato è la oggettivizzazione del rapporto. Questo brutto termine sta ad indicare che il medico diventa soggetto che decide e dispone mentre il malato - utente diventa oggetto che subisce le decisioni, prese senza il suo consenso e la sua preziosa collaborazione. La sua principale preoccupazione è orientata al raggiungimento del risultato: la guarigione quando è possibile o la risoluzione della sua sindrome dolorosa.

La mancanza di umanizzazione che deriva dall'uso, non sempre congruo, delle attrezzature tecniche che accresce la distanza fisica tra i due soggetti, impedisce la partecipazione attiva dell'utente sul processo decisionale, che esita nella mancata attuazione della propria autonomia e aumenta il suo senso di solitudine e abbandono. L'evoluzione dell'apparato scientifico - tecnologico dovrebbe consentirne l'utilizzo non come fine a se stesso, ma come strumento formidabile il cui contributo facilita il lavoro del medico e degli altri operatori sanitari. Un mezzo indispensabile attraverso il quale si tenta di perseguire ciò che il malato ritiene che sia il suo bene.

Purtroppo l'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale rischia di aggravare il rapporto medico - utente in quanto la necessità di una gestione manageriale della salute, l'aumento delle richieste di prestazioni sanitarie in rapporto al miglioramento dell'apparato tecnologico, i conseguenti lunghi periodi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni richieste, obbligano il medico a standardizzare il proprio intervento al fine di ottenere il maggior numero di prestazioni. Il medico rischia di trovarsi di fronte a un terribile bivio: curare un minor numero di malati favorendo il rapporto comunicativo e umanizzante o aumentare le proprie prestazioni per accontentare una maggiore quantità di utenti trattandoli però come numeri da immolare alla produttività delle prestazioni sanitarie. Ottenere entrambe le cose è piuttosto difficile, ma non impossibile. Occorre un grande sforzo di umiltà da parte del medico e una forte volontà di modificare il proprio atteggiamento nei confronti dei propri simili che a lui affidano la propria vita.

Problemi etici

Le problematiche etiche che si affrontano nell'assistenza al paziente inguaribile nella fase avanzata della malattia, si basano in prevalenza sui principi etici che hanno

influenzato l'etica medica negli ultimi tre decenni e che verosimilmente, in un prossimo futuro, costituiranno argomento di discussione anche tra i non addetti ai lavori. Il riferimento è alle teorie etiche sviluppate da T.L. Beauchamp e J.F. Childress. Questo modello etico propone quattro principi fondamentali, attraverso i quali si tenta di risolvere i problemi dell'etica medica, condivisibili anche da persone di diversa formazione ed estrazione culturale, dal personale direttamente coinvolto nell'assistenza al malato e nella relazione tra il malato e l'équipe curante. Infatti, oltre al medico e al paziente intervengono la famiglia, gli infermieri, l'assistente sociale, la direzione dell'ospedale e talvolta i giudici. "Tutti questi agenti o fattori del rapporto medico paziente sono ridotti a tre: il medico, l'ammalato e la società. Ognuno di essi ha il suo significato morale specifico. Il malato agisce guidato dal principio morale di *autonomia*, il medico da quello di *beneficenza* e la società da quello di *giustizia*. Naturalmente la famiglia si comporta nei confronti del paziente secondo il principio di beneficenza... simile a quello del medico, mentre la direzione dell'ospedale, i responsabili dell'assistenza sanitaria e il giudice tenderanno soprattutto alla salvaguardia del principio di giustizia".

Principio di autonomia: interpreta le esigenze del malato. L'osservanza di questo principio comporta il rispetto dei valori personali dell'individuo e si esplica attraverso il riconoscimento della libertà di ogni individuo di decidere in prima persona. Rispettare la coscienza individuale e le scelte che essa compie significa rispettare la volontà di decidere sul proprio corpo e sulla propria vita in coerenza coi propri principi, con le verità in cui crede in piena libertà lontano da condizionamenti esterni. A tale valore corrisponde un dovere da parte del medico: quello di rispettare tale sfera personale evitando di ricorrere a facili paternalismi.

Da questo principio deriva, per ogni malato inguaribile, la possibilità di una scelta di vita più consona ai suoi bisogni, alla sua cultura e alle sue cognizioni. Tali cognizioni devono derivare da una opportuna informazione che il medico ha il dovere di fornire nella modalità più idonea, veritiera e discreta possibile anche se non favorevole. Il dovere si estende anche all'informazione sulle indagini diagnostiche e sulla terapia stabilita. Si dovrebbero offrire ulteriori possibilità terapeutiche tra cui scegliere, se non ottiene il giusto gradimento per quella proposta e ritenuta più idonea dal curante. Ad esempio un malato inguaribile nella fase avanzata di malattia ha diritto di rifiutare farmaci analgesici i cui effetti obnubilano la coscienza. Tali effetti possono essere inconciliabili con l'assolvimento di ineludibili compiti prima della dipartita. Di qui la necessità di un consenso informato e consapevole prima di iniziare un trattamento che potrebbe impedire incombenze di carattere giuridico o religioso.

L'équipe di cura deve valutare e capire a quali pazienti deve essere offerta la possibilità di scegliere un trattamento piuttosto che un altro e quali preferiscono un ruolo passivo. Non sempre il silenzio dei malati significa assenso per quanto viene deciso sulla propria persona. È ben nota la condizione di sudditanza psicologica di qualunque malato di fronte a un medico con cui non riesce ad instaurare una valida comunicazione perché questi è distante, freddo, quasi assente. Un atteggiamento, questo, talvolta voluto per eludere domande che possono risultare imbarazzanti. Molto spesso i malati riescono a cogliere l'imbarazzo del medico e volutamente si impongono di non fare domande per non creare situazioni di tensione che potrebbero aggravare ancora di più la comunicazione.

Il medico dovrebbe creare le condizioni per una comunicazione semplice, una sorta di complicità, di alleanza per una condivisione attenta e consapevole delle paure e delle ansie che assillano i malati che non vedono uno sbocco alla loro malattia. La relazione deve essere basata sul mutuo rispetto per le reciproche competenze e il riconoscimento dei vantaggi della combinazione delle risorse di entrambi per acquisire benefici risultati. La chiave per una riuscita relazione medico - paziente consiste nel condividere in maniera non gerarchica le decisioni, le responsabilità e nel riconoscere che anche i pazienti hanno la capacità di assumere decisioni che li riguardano. "Il medico è, o dovrebbe essere, ben informato sulle tecniche diagnostiche, sulla causa della

malattia, sulla prognosi, sulle opzioni terapeutiche e sulle strategie di prevenzione, ma solo il paziente conosce tutto su se stesso e sulla sua esperienza della malattia, le circostanze sociali, le abitudini e gli atteggiamenti comportamentali, sulle attitudini al rischio, i valori e le preferenze. Entrambe le conoscenze sono necessarie per gestire con successo la malattia, per questo entrambe le parti devono essere preparate a condividere le informazioni per prendere insieme le decisioni”.

Principio di non maleficità o di beneficità: riguarda strettamente i doveri di tutto il personale di assistenza. Attraverso questo principio si deve evitare, rimuovere o prevenire qualsiasi danno al malato con cui si stabilisce una relazione terapeutica (... mi asterrò dal recare danno e ingiustizia).

Il medico da sempre manifesta la tendenza a proteggere il malato dalle conseguenze di una sua decisione, di una sua autonoma e libera scelta terapeutica anche non in linea con quanto propone l'*evidence-based medicine*. Ma il benessere del malato, che il medico tende a perseguire, non può essere attuato eludendo i valori personali del primo. Purtroppo ogni medico, per tradizionale mandato, per ruolo sociale e per evitare conseguenze giudiziarie, tende a difendere tenacemente la vita, e in nome di questo mandato può proporre anche interventi di grande impegno terapeutico. Questo oltranzismo nel ricercare a tutti i costi la beneficenza del malato, può scivolare nell'accanimento terapeutico. Il rovescio della medaglia è che il medico si trincerò dietro l'assoluto rispetto della libera autonomia del malato sottraendosi al suo ruolo di consigliere. Questa deviazione è stata chiamata "iatrotecnicismo", cioè il medico diventa un semplice strumento che adempie in maniera acritica la volontà dell'utente. È un "paternalismo burocratico, opposto al paternalismo energetico che conferisce solo a sé stesso la facoltà decisionale e preclude al malato ogni possibilità di intervento”.

Solitamente i due principi, di non fare del male a nessuno e di promuovere il bene, sono formulati insieme. È importante, però, effettuare una netta differenziazione tra il principio di non maleficità e quello di beneficità in quanto "...il primo obbliga tutti (équipe di cura di Cure Palliative e familiari) in modo primario, e quindi precede qualsiasi tipo di informazione e di consenso. Il principio della non maleficità non ha nulla a che vedere con il consenso informato, mentre quello delle beneficità sì. Non è mai lecito fare il male, ma a volte non è lecito fare il bene..." soprattutto quando il bene che si vuole attuare non coincide con il concetto di bene che il malato ha in quel momento. Infatti il principio di non maleficità non ha niente a che vedere con il paternalismo energetico, mentre quello di beneficità sì, nel caso in cui il bene viene fornito senza il consenso debitamente informato e consapevole dell'interessato.

Il principio di giustizia: l'attività dell'équipe di cura deve essere sempre improntata alla giustizia sociale. Non devono esistere discriminazioni di sorta che impediscano l'accesso agli esami diagnostici, anche i più sofisticati, e alle procedure terapeutiche adeguate, anche se costose. D'altronde è giusto lasciare alla libera determinazione del malato la scelta o il rifiuto di una terapia il cui rapporto costo - benefici sia nettamente sfavorevole.

Il bene della persona, inteso come qualità di vita percepita dalla stessa, dovrà costituire il criterio di giudizio fondamentale su cui basare le proprie azioni.

Paternalismo: il problema del paternalismo medico, come abbiamo visto, esiste dagli albori della medicina e Ippocrate ne fu il primo interprete. Nei secoli è stato oggetto di dispute tra gli stessi medici e successivamente tra i filosofi che hanno alternato i loro interventi talvolta a favore, talvolta contro. Un eticista degli inizi dell'800 Thomas Percival affrontò in maniera seria e approfondita il problema e, come vedremo, le sue riflessioni hanno influito sui fautori del paternalismo fino ai nostri giorni.

Percival nel suo lungo saggio dal titolo *A socratic discours on truth*, propone in maniera dura il problema della comunicazione della verità al malato. Mentre gli antichi difendevano il paternalismo "infantile", in quanto il malato doveva essere trattato come un bambino a cui doveva essere nascosto tutto, e i moderni propendevano per l'autonomia degli "adulti" per cui doveva sempre essere detta la verità, Percival adottò

una posizione originale per l'epoca, il paternalismo "giovanile": il medico dirà sempre la verità al malato salvo nei casi di prognosi infausta. La verità veniva detta ai parenti e agli amici e a costoro spettava eventualmente il compito di riferirlo al congiunto! In questo modo il medico salvava la sua autorità e il prestigio astenendosi dal comunicare direttamente col malato. "Un medico non dovrebbe precipitarsi a fare diagnosi pessimistiche ... ma in certe situazioni non deve tralasciare di informare periodicamente né gli amici del malato del pericolo, quando esso realmente esista, né il paziente stesso quando sia assolutamente necessario. Ma tale comunicazione di solito mette tanto in allarme, quando viene fatta dal medico, che va evitata, sempre che essa possa essere fatta da un'altra persona di sufficiente buon senso e delicatezza". Percival quando decide di comunicare al malato la diagnosi, non fatale, si avvale del cosiddetto "privilegio terapeutico", nel senso che non concepisce l'informazione come un diritto del paziente, ma come un privilegio del medico che di fatto annulla il diritto del malato all'informazione. Questo atteggiamento ha avuto una tale fortuna storica che tuttora, nel terzo millennio, viene adottato molto spesso nelle nostre corsie ospedaliere. Infatti lo spirito delle riflessioni di Percival è entrato nel Codice di deontologia professionale prima negli Stati Uniti poi in quello della maggior parte dei paesi occidentali. Questo codice ha ottenuto, quindi, un generale consenso in quanto il paternalismo che lo permea conferisce al medico quasi l'obbligo di nascondere al malato, di evitare di comunicare prognosi gravi che gli abbreviano la vita. Solo negli anni Ottanta gli Stati Uniti abbandonano nei loro documenti il paternalismo.

Il continuo richiamo alla legislazione degli USA è dettato dal fatto che i Paesi europei seguono solitamente le loro normative. Infatti i Paesi Membri della Comunità Economica Europea (l'attuale Unione Europea) nel 1987 a Madrid nella Conferenza Internazionale degli Ordini dei Medici stilano un documento che nell'art. 4 così recita: "Salvo in casi di urgenza, il medico deve informare il malato sugli effetti e possibili conseguenze della cura. Dovrà ottenere il consenso del paziente, soprattutto quando l'intervento presenti un serio pericolo. Il medico non può sostituire il concetto di qualità della vita del paziente con il suo personale".

Anche il nostro Codice di Deontologia professionale, nell'art. 30 dell'ultima versione del 1998, è piuttosto esplicito a questo proposito: "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostiche - terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate... Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza".

Pur essendoci pieno accordo con il mondo della sanità anglosassone sulla opportunità dell'informazione al malato, ritengo che dobbiamo trovare una via "mediterranea" al problema della comunicazione della verità al malato morente. Questa non dovrebbe essere imposta al malato sempre e comunque. Quasi tutti i pazienti nella fase avanzata della malattia neoplastica sono consapevoli del proprio stato e dell'evoluzione della malattia. Non tutti hanno la forza e la volontà di chiedere ulteriori spiegazioni su un dato di fatto ormai acquisito in settimane o mesi di continua sofferenza fisica e psicologica, attraverso l'osservazione dell'inesorabile decadimento del proprio corpo nonostante terapie debilitanti, spesso umilianti e talvolta tossiche, all'inseguimento di una guarigione che non arriva.

Riporto, in conclusione, due documenti divulgati da due istituzioni private di alto prestigio sull'atteggiamento da assumere di fronte al malato che muore: la Carta dei diritti dei morenti del Comitato etico presso la Fondazione Floriani di Milano (1997) (*ndr. pubblicata a pag. 54*) e la Carta dell'autonomia sino alla fine della vita della Consulta di Bioetica (2000). Tali documenti potrebbero costituire una sorta di vademecum per la nostra quotidiana attività clinica nell'assistenza al malato inguaribile nella fase avanzata di malattia.

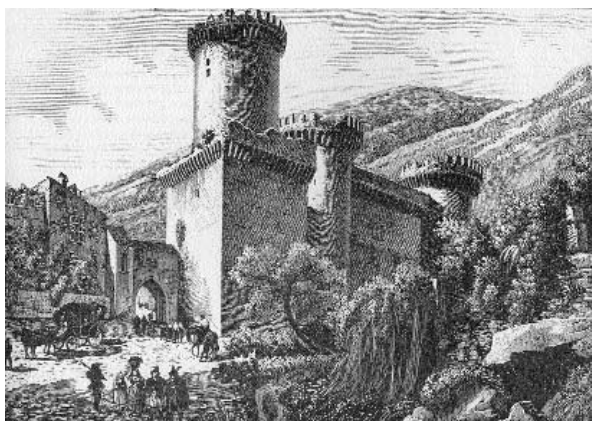
CONSULTA DI BIOETICA CARTA DELL'AUTONOMIA SINO ALLA FINE DELLA VITA

In una società aperta e liberale ogni persona ha il diritto di disporre di se sino alle fasi finali della sua vita assumendo le decisioni riguardanti il suo corpo e la sua salute in armonia con la sua concezione della vita stessa. Ogni persona ha pertanto diritto:

- di essere informata dai sanitari, in modo completo e comprensibile sul suo stato di salute e in particolare sulla diagnosi, la prognosi, la natura del trattamento proposto, i benefici e i rischi prospettabili, le alternative terapeutiche, le conseguenze del rifiuto del trattamento o del ritardo nel prendere una decisione;
- di veder tutelata la riservatezza sul contenuto delle informazioni che la riguardano;
- di indicare, se lo vuole, le persone alle quali i sanitari sono autorizzati a comunicare le informazioni che la riguardano;
- di scegliere tra le diverse alternative diagnostiche e terapeutiche che le vengono proposte dai sanitari ed eventualmente di rifiutarle tutte;
- di scegliere trattamenti palliativi anche in una fase in cui siano possibili trattamenti curativi efficaci;
- di scegliere, se vuole, resa edotta dei rischi ai quali può andare incontro, cure sperimentali o anche "alternative", anche se tale scelta non comporta il dovere dei sanitari e del Servizio Sanitario Nazionale di fornirle;
- di scegliere, compatibilmente con le circostanze concrete del suo caso, l'ambiente in cui terminare la sua vita;
- di esprimere in anticipo le sue volontà sulle cure mediche per l'eventualità di una futura incapacità di decidere, redigendo una carta di autodeterminazione, anche delegando una persona di fiducia ad assumere le decisioni che la riguarderanno;
- di lasciare il suo corpo per prelievo di organi e tessuti a scopo di trapianto e di cura, di sperimentazione scientifica e didattica;
- di scegliere le modalità del suo funerale e di disporre del proprio cadavere secondo i propri convincimenti culturali e religiosi.

Tonio Sollai

*Coordinatore della Sezione di Cagliari
della Consulta di Bioetica*



PROBLEMI ETICI NELLA TERAPIA PALLIATIVA

La terapia palliativa - La cura globale coordinata e finalizzata a fornire un sollievo dal dolore e dalla sofferenza nei malati terminali o incurabili è sempre stata una responsabilità morale del medico, indipendentemente dalla specialità praticata. Per molte ragioni questo imperativo morale è diventato oggi più importante che mai: i medici spesso controllano il dolore in modo inadeguato e l'opinione pubblica sta diventando più tollerante per quanto riguarda il problema del suicidio assistito, di fronte a pazienti che presentano un dolore intollerabile. La Corte Suprema degli Stati Uniti, nel negare il diritto costituzionale al suicidio assistito, ha sentenziato in modo inequivocabile sull'importanza di fornire un controllo adeguato della sofferenza e la medicina palliativa è diventata così a buon diritto una specifica area di competenza.

Questi sviluppi suggeriscono una revisione di alcuni problemi centrali delle cure palliative. Essi riguardano tutti i medici che curano i pazienti, senza tenere conto del motivo che causa la sofferenza e senza riguardo al fatto che essi siano o meno specialisti in terapia palliativa.

Alleviare dolore e sofferenza

Il fatto che siano disponibili moderni metodi per il controllo del dolore, accessibili ed efficaci rende moralmente obbligatorio che ogni medico sia ben informato sull'uso dei farmaci analgesici. Non controllare il dolore in modo adeguato equivale, sia moralmente che legalmente, a una inadeguata condotta professionale (malpractice). Nonostante questo, a molti medici manca la dovuta conoscenza in questo campo o, pur avendola, essi usano gli analgesici con troppa parsimonia. Alcune paure riguardano il problema di rendere tossicodipendenti i pazienti, altre invece la responsabilità etica della morte qualora essa dovesse avvenire come ri-

sultato di una depressione respiratoria.

Queste paure non sono giustificate né da un punto di vista etico né di fatto. Per esempio, per quanto riguarda l'aspetto clinico si sa che i pazienti con dolore severo che ricevono notevoli dosi di oppiacei soffrono raramente, per non dire mai, di depressione respiratoria o di dipendenza (addiction), se le dosi somministrate sono prescritte in modo adeguato. Perfino la dipendenza, qualora dovesse insorgere in un paziente terminale, sarebbe un piccolo prezzo da pagare per alleviare il dolore. Un approccio più sfumato al controllo del dolore è giustificato invece nei pazienti cronici con malattia non terminale.

Dal punto di vista etico, dosaggi di analgesici sufficienti a controllare il dolore, che come effetto non intenzionale affrettano la morte, sono ammissibili se viene osservata la "regola del doppio effetto" (rule of double effect). Nonostante questa sia stata contestata, rimane importante se usata in modo corretto. Secondo questa regola un'azione che ha due effetti, uno buono e uno cattivo, è ammissibile se sono soddisfatte le seguenti cinque condizioni:

1. l'azione in se stessa è buona o almeno moralmente neutra (p. es. dare della morfina per sedare il dolore)
2. si intende procurare solo l'effetto positivo (p. es. sedare il dolore), non quello negativo (p. es. uccidere il paziente)
3. l'effetto positivo non si ottiene per mezzo di quello negativo (p. es. il controllo del dolore non dipende dal fatto di affrettare la morte)
4. non esiste una via alternativa per ottenere un risultato positivo (controllare il dolore)
5. c'è una ragione proporzionalmente grave per correre il rischio (es. controllare un dolore insopportabile).

Chiaramente, per giustificare l'uso di

questa regola il paziente dovrebbe essere informato sui rischi e dare un consenso che sia valido.

Le paure dei medici per le conseguenze legali derivanti dal loro comportamento dovrebbero essere ridimensionate. Nel decretare il diniego al diritto costituzionale al suicidio, con l'assistenza di un medico, la Suprema Corte di Giustizia ha affermato con forza l'obbligo per il professionista di fornire un controllo adeguato della sintomatologia dolorosa anche se questo dovesse involontariamente accelerare la morte. Il loro ragionamento risulta essere analogo a quello usato nella "regola del doppio effetto", sebbene essi non si riferiscano esplicitamente a questo. Infatti, l'asserzione sull'obbligo di controllare il dolore e la sofferenza è stata così inequivocabile da essere stata interpretata come un presunto "diritto costituzionale" alle cure palliative.

Può essere invece problematico valutare se questo caso possa giustificare o giustificarsi di fatto un alleggerimento delle regole federali che riguardano l'uso dei narcotici. Quello che risulta chiaro è che c'è un'autorizzazione etica e legale all'uso di qualsiasi dose di narcotici si renda necessaria, fino al punto in cui la morte non è indotta in modo diretto.

Se le dosi di oppiacei per controllare il dolore sono così grandi da determinare una profonda sedazione, anche questo sarebbe consentito, se la sofferenza non potesse venire eliminata in nessun altro modo. Questo non è, come sostiene un commentatore, uguale "all'eutanasia lenta" ("slow eutanasia"), dal momento che lo scopo del trattamento non è la morte del paziente. L'obiettivo della sedazione profonda è il controllo del dolore e della sofferenza, non quello di far sì che il paziente rifiuti cibo e bevande, causandone quindi la morte. Affrettare la morte per mezzo della sedazione terminale, violerebbe la regola del doppio effetto, dal momento che l'effetto buono (controllo del dolore) sarebbe ottenuto accelerando deliberatamente la morte.

Autonomia e consenso

Come per qualsiasi programma di trattamento, il consenso al trattamento palliativo deve essere ottenuto da pazienti in grado di esprimere le loro decisioni e non può essere dato per scontato. Si ri-

chiede un'informazione piena e completa, in modo che il paziente si renda conto che egli o ella saranno curati da un gruppo di lavoro multidisciplinare di medici specialisti, infermieri, assistenti sociali, religiosi, terapisti della riabilitazione, specialisti del dolore, psicologi e psichiatri.

Gli aspetti psicosociali della sofferenza richiedono un'indagine della vita privata del paziente, dei suoi rapporti interpersonali, e delle sue credenze religiose. Non tutti i pazienti possono avere piacere di sottoporsi ad una indagine così allargata sulle cause della loro sofferenza. Essi possono desiderare solo un ottimo controllo del dolore e questo sarebbe comunque un loro diritto.

I pazienti che ricevono una terapia palliativa sono particolarmente vulnerabili e suscettibili alla suggestione di trattamenti non ortodossi. Molti americani già scelgono quella che viene chiamata la "medicina alternativa" a fianco della terapia convenzionale. Essi si rivolgono a questo tipo di trattamenti in modo più frequente quando la terapia tradizionale fallisce.

Questo è chiaramente il caso dei pazienti incurabili. Se questi trattamenti non sono di per sé dannosi e se non compromettono l'efficacia delle cure palliative, non sembra esservi nessuna pressante ragione etica per negare al paziente questo diritto. I medici che ritengono "non etici" questi trattamenti devono ovviamente essere liberi di non parteciparvi. Essi dovrebbero però spiegare al paziente e ai suoi familiari perché non intendono usare questi metodi con rispetto e cortesia. Se non è possibile giungere a un accordo, il paziente può cambiare medico o il medico può rispettosamente ritirarsi non appena un altro medico si dichiara disponibile a intraprendere la cura.

Anche per quanto riguarda l'argomento dell'autonomia del paziente nasce il problema di dire la verità. Presumibilmente i pazienti sono consci della loro limitata prognosi di vita quando entrano in un programma di terapia palliativa. Una comprensione incompleta o parziale del problema, la negazione della limitatezza della cura o il volere che non sia loro ricordata la morte imminente, porta i pazienti a desiderare qualcosa di meno dell'intera verità. Ci sono in certe culture

motivi che possono suggerire di discutere con la famiglia e non con il paziente. Per molte culture l'autonomia non è il valore centrale, come lo è invece nell'etica anglo - americana. Un chiaro compromesso con i costumi e le abitudini del paziente e della sua famiglia è preferibile a un'insistenza esageratamente zelante che porti a gestire tutti i pazienti in un solo modo. L'inganno non è d'altra parte ammissibile. A domande dirette si deve rispondere in modo diretto. La decisione di quanta verità vada rivelata, quanto dettagliatamente e come scegliere il momento giusto rimane una questione di altissima sensibilità, per la quale non esiste alcuna formula generale adeguata. In riferimento a questo c'è l'obbligo di usare con cautela termini come "malato terminale". Le difficoltà nell'uso di questa terminologia sono state ribadite di recente. Tuttavia l'informazione sull'aspettativa di vita, anche quando la prognosi a breve termine è buona, è essenziale se la decisione da prendere non capita nel bel mezzo di una crisi o durante un rapido declino delle condizioni del paziente. Dire la verità, informare sulla prognosi a breve termine e sull'aspettativa di vita sono tre problemi strettamente collegati nella cura di qualsiasi paziente in cui la morte è prevedibile, ma non necessariamente imminente.

Etica di gruppo

La terapia palliativa è per necessità una cura gestita in gruppo, dal momento che nessun singolo professionista potrebbe forse far fronte da solo a tutte le necessità di un paziente terminale. Questa situazione introduce problemi etici speciali collegati all'attività del gruppo di lavoro.

La questione della responsabilità è fondamentale. A prima vista ciascun membro dell'équipe può essere responsabile soltanto del proprio ruolo nel gruppo. Tuttavia i membri del gruppo non possono evitare la responsabilità per decisioni e azioni del gruppo alle quali partecipano spontaneamente e in modo cooperativo. C'è poi il problema di chi ha il comando del gruppo e quello di definire fino a che punto arriva questa autorità. Idealmente il comando dovrebbe essere affidato alla figura più vicina ai bisogni predominanti del paziente. Questo ruolo potrà quindi ruotare tra i membri dell'équipe o essere

affidata a quello che svolge funzioni di segreteria, senza però che questi abbia l'autorità definitiva. I medici non possono arrogarsi l'autorità decisionale su altri membri del gruppo per questioni di etica.

Ciascun membro del gruppo è responsabile del proprio comportamento morale. Ne deriva inevitabilmente, acconsentendo a questo, che il medico che scrive un ordine, non può evitarne la complicità morale, attribuendo la propria azione alla "volontà del gruppo". Quando i membri del gruppo sono in disaccordo, una commissione etica può risultare utile per giungere a definire un programma di intervento che sia moralmente difendibile. Se alla fine questo non è possibile, il paziente (o il suo tutore) dovranno decidere se continuare o meno il rapporto instaurato con il gruppo di lavoro. Nella complessità delle dinamiche tra i diversi membri dell'équipe la responsabilità di una decisione può essere persa di vista. Alcuni possono evitare di dissentire per non offendere i colleghi, altri possono infatuarsi con la cosiddetta, "saggezza di gruppo" ("team wisdom") a danno della saggezza del paziente per quanto riguarda la sua specifica malattia. Altri ancora possono essere più preoccupati dell'angoscia di chi si occupa del malato, piuttosto che di quella del paziente stesso. Un gruppo può sviluppare un'autoconvincimento su quello che è giusto fare e dare così un'autogiustificazione alle proprie decisioni, infantilizzando in questo modo il paziente che esprime le proprie scelte o decisioni. Il gruppo di lavoro in terapia palliativa deve riconoscere la centralità del paziente, pur mantenendo la propria integrità personale e professionale.

Evitare l'ideologia

Infine, la terapia palliativa è così moralmente ammirevole, sia nei suoi obiettivi che nella metodologia, che può finire per diventare un'ideologia: il solo "giusto e vero" modo di morire. Questo medicalizza e professionalizza un processo che dipende così tanto da una scelta personale di attenzione e amicizia per il paziente, più che dalle capacità tecniche specifiche. I medici generali, gli amici e i familiari possono essere più sensibili a questa dimensione del curare di quanto lo siano certi specialisti in terapia palliativa. Se la terapia palliativa diventa una ideologia,

può scoraggiare e spiazzare gli amorevoli sforzi della famiglia e degli amici, sommergeando il paziente “nel sistema”, e frustrando gli scopi e i propositi della palliazione stessa.

Gli oncologi hanno la responsabilità di riconoscere quando i benefici di un trattamento chemioterapico o radiante hanno raggiunto il loro limite così da non ritardare senza motivo il conforto e la terapia palliativa.

Proprio per questo sarebbe utile che gli oncologi e gli altri medici specialisti coinvolti nella cura dei pazienti morenti e di quelli cronicamente sofferenti, passassero un po' del loro tempo durante il tirocinio in un ricovero o in un servizio di terapia palliativa.

Gli oncologi sono orientati comprensibilmente ad una terapia aggressiva, e questo è spesso di vantaggio ai pazienti, ma non sempre. I medici di medicina generale, d'altra parte, sono più inclini alla palliazione e muovono in questa direzione forse troppo presto. La loro formazione professionale dovrebbe includere l'acquisizione di una maggior familiarità con i trattamenti aggiornati di terapia delle malattie neoplastiche.

Dal punto di vista del paziente è bene che sia gli oncologi che i medici generali

sappiano riconoscere i propri pregiudizi nel curare i malati inguaribili. Essi devono comunicare meglio e lavorare in modo integrato. La terapia palliativa è, se condotta adeguatamente, fondamentalmente una cura globale della persona. Essa dovrebbe far parte del trattamento di tutti i pazienti, sia che stiano ricevendo un trattamento anticancro aggressivo, sia che ricevano un trattamento in un ricovero. I medici generali, gli oncologi e gli specialisti sono obbligati a coordinarsi nella cura dei loro pazienti perché lo richiede il benessere del paziente che stanno curando.

La palliazione deve essere al servizio delle speciali necessità che presenta il malato incurabile, senza fare esagerato affidamento su programmi rigidi che troppo spesso vanno avanti per loro conto. Perfino un'iniziativa così meritoria come una palliazione globale del dolore e della sofferenza deve essere praticata all'interno di un quadro ben stabilito di principi etici. La compassione, come qualsiasi sentimento umano, può essere distorta e diventare così uno strumento di potere professionale piuttosto che uno stimolo per favorire il benessere del paziente.

E. D. Pellegrino, MD



*Da Panorama della Sanità
n° 31 - Settembre 2001*

LA CURA DEL DOLORE: UNA PROSPETTIVA BIOETICA

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). Aggiungiamo a quanto appena detto alcuni ormai condivisi convincimenti, non solo bioetici, ma anche culturali e psicologico-sociali. Il dolore deve essere combattuto, per-

ché 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, deve essere combattuto sempre e comunque 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 possibile 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 imbelles atteggiamento di passività; essa comporta piuttosto l'idea o l'invito ad elaborare, questi momenti aspri dell'esistenza in cui l'uomo avverte la tentazione di abbandonarsi unicamente al gemito e la 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'autoinflazione 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.

È in questo contesto che va apprezzata ogni forma di impegno sanitario, pubblico o privato, volta a potenziare l'assistenza ai pazienti in specie nelle fasi terminali della loro malattia. La recente legge del gennaio 2001, che rende più facile la prescrizione di morfina e di altri farmaci oppioidi, non solo ha avuto la funzione di abolire vincoli burocratici caratterizzanti la precedente normativa, ma ha anche acquistato la valenza di un segnale culturale e sanitario e al tempo stesso quello 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 già 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, 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*)".

Peraltro non si può negare che la lotta contro il dolore può ancora essere migliorata e potenziata. 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: è ben probabile che, quando la nuova legge approvata lo scorso gennaio sarà stata dotata dei necessari e opportuni regolamenti di attuazione, la graduatoria, così sfavorevole all'Italia, potrà significativamente mutare. Penso piuttosto all'esigenza di portare a consapevolezza diffusa, specie tra gli operatori sanitari, ma più in generale nella pubblica opi-

nione, 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 psicoantropologica 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 psichica 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 motivati, 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 (famoso, affascinante e epistemologicamente decisivo 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 (andrebbe attentamente riletta, al riguardo, la breve ed esemplare vicenda narrata da Palladio nella sua *Storia Lausiaca*, sulle cure, apparentemente inutili, rivolte da Eulogio allo storpio).

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 unità psico-fisica e quindi nella sua unicità, ne segue che appartiene alla eticità intrinseca della medicina superare la tentazione e l'angustia del riduzionismo, che tende a vedere nell'individuo un mero rappresentante della specie e nel dolore individuale la mera manifestazione oggettiva di una dinamica patologica impersonale. Ciò implica per il

medico da una parte il dovere di non prescindere mai dall'orizzonte circoscritto della mera fisicità, ma anche e soprattutto dall'altra quello di integrare tale orizzonte in quello ben più complesso della persona. E ciò del resto era stato già pienamente intuito da Platone, quando riflettendo nella Repubblica sulla *iatriké*, cioè sull'arte medica, sottolineava come essa fosse giustificata certamente dal fatto che il corpo è *ponerón*, cioè indigente o, se si vuole, difettoso, ma non solo da questo. È che al corpo, insiste Platone, "non basta essere corpo"; dalla sua indigenza sorge una specie di tristezza, che è dolore e che è più del mero dolore, e che deve attivare l'interesse del medico. Il corpo malato cerca naturalmente il superamento del dolore, cioè la guarigione; ma, dal soggetto che la conquista, la guarigione non è vissuta unicamente come liberazione dal dolore, ma come riappropriazione del suo stesso io, della sua stessa identità, incrinata e a volte deformata dal dolore stesso. Come meravigliarsi che nella tradizione ippocratica sia stato sostenuto, con una espressione che può forse apparirci oggi enfatica, ma non è priva di una sua concretezza psicologico-esistenziale, che il suo specifico sapere terapeutico rende il medico *isotheos*, "simile ad un dio"? È quanto basta perché alla terapia del dolore venga riconosciuto non solo un nobile statuto operativo, ma un ancor più nobile ed epistemologicamente complesso statuto antropologico.

Francesco D'Agostino

Presidente Onorario Comitato Nazionale di Bioetica
Membro della Pontificia Accademia della Vita



Da *Panorama della Sanità*
n° 31 - Settembre 2001

LA ROCCIA DEL DOLORE

“La sofferenza è l'unico mezzo valido per rompere il sonno dello spirito”. Così scriveva il romanziere statunitense Saul Bellow, Nobel 1976 della letteratura, nella sua opera *Il re della pioggia* (1959). Il dolore irrompe nell'esistenza spesso banale e superficiale come uno squillo di tromba. D'altro lato, potremmo dire che *people change, and smile: but the agony abides*, come affermava Thomas S. Eliot nei suoi *Quattro quartetti*: la gente muta, riesce a sorridere, ma l'agonia - lotta della sofferenza permane. Essa è simile a una roccia contro la quale è facile anche sfracellarsi. Georg Büchner, uno dei più intensi scrittori dell'Ottocento tedesco, nel suo dramma *La morte di Danton* (1835) si chiedeva: “Perché soffro?”. E concludeva: “Questa è la

roccia dell'ateismo”. Uno degli approdi estremi a cui può condurre l'esperienza del dolore, soprattutto del dolore innocente, è appunto quello della ribellione, dell'apostasia, del rifiuto di Dio e dell'uomo. Chi non ricorda quel passo dei *Fratelli Karamazov* ove Dostoevskij s'interroga: “Se tutti devono soffrire per comprare con la sofferenza l'armonia eterna, che c'entrano i bambini? È del tutto incomprensibile il motivo per cui dovrebbero soffrire anche loro e perché tocchi pure a loro comprare l'armonia con la sofferenza”?

Il dolore come enigma

Per millenni l'umanità ha cercato di scalare o spianare quella roccia. Già l'antica sapienza egizia registra la sconfitta della ragione con le emozio-

nanti “righe del *papiro di Berlino 3024*” (2200 a.C.), significativamente intitolato dagli studiosi *Dialogo di un suicida con la sua anima*, dialogo che ha come approdo solo la morte vista come liberazione, guarigione, profumo di mirra, brezza dolce della sera, fior di loto che sboccia. L’accanimento della teodicea, cioè del tentativo di difendere Dio dall’attacco dell’*ateismo* che fa leva proprio sul dolore, ha dovuto sempre confrontarsi con le alternative lapidarie del filosofo greco Epicuro, così come ce le ha trasmesse lo scrittore cristiano Lattanzio nella sua opera *De ira Dei* (c.13): “Se Dio vuol togliere il male e non può, allora è impotente. Se può e non vuole, allora è ostile nei nostri confronti. Se vuole e può, perché allora esiste il male e non viene eliminato da lui?”.

È proprio attorno a questi dilemmi e soprattutto quando si entra nella regione tenebrosa della sofferenza personale che si confrontano le religioni e gli agnosticismi. Emblematica è l’affermazione del pensatore ateo francese Jean Cotureau: “Non credo in Dio. Se Dio esistesse, sarebbe il male in persona. Preferisco negarlo piuttosto che addossargli la responsabilità del male”. E proprio per difendere Dio da questa accusa infamante, si è fatto di tutto nella storia dell’umanità, ricorrendo appunto a quella *teodicea* a cui sopra si accennava, percorrendo le strade più disparate, talvolta quasi impraticabili. Si è, così, ricorso al dualismo, introducendo - accanto al Dio buono e giusto - un’altra divinità negativa e ostile, un dio del male (pensiamo, a titolo esemplificativo, al manicheismo e a tante forme apocalittiche estremiste). Si è appellato alla cosiddetta *teoria della retribuzione*, per altro ben attestata anche nella Bibbia, come vedremo: il binomio delitto-castigo ci invita a scoprire in ogni dolore un’espiazione di colpa, se non personale, almeno altrui (e così si cercherebbe di giustificare anche la sofferenza dell’innocente).

Per altri sarebbe, invece, da imboccare la via pessimistica radicale: la

realtà è strutturalmente negativa proprio per il suo limite creaturale (da spiegare sarebbe eventualmente la felicità o il bene quando si presentano nella vita!). Nel *Mito di Sisifo* (1942) lo scrittore Albert Camus osservava: “C’è un solo problema importante per la filosofia, il suicidio. Decidere, cioè, se metta conto di vivere o no”. Per contrasto, non è mancata anche una lettura ottimistica altrettanto radicale della realtà per cui il male è solo un non-essere, un dato concettuale, un’apparenza da superare scoprendo la serenità profonda dell’essere. In questa luce si pongono le visioni panteistiche come lo stoicismo greco-romano o il brahmanesimo indiano per il quale il male è solo *maya*, cioè “illusione”. In questa linea si collocano anche certe concezioni evoluzionistiche che considerano il dolore come il residuo di un mondo ancora imperfetto e in costruzione. Le energie cosmiche e il progresso umano sono la via da percorrere per la graduale eliminazione di ogni negatività.

Gli stessi testi sacri ebraico-cristiani, cioè la Bibbia, affrontano l’interrogazione che la sofferenza genera secondo prospettive differenti. C’è, così, nei capitoli 2-3 della *Genesi* il ricorso alla libertà umana che, nella solitudine drammatica delle sue scelte, può seminare violenza, oppressione, devastazione, prevaricazione e lacrime. C’è la voce altissima di *Giobbe* che, attraverso un tragico itinerario di spogliazione e di protesta, giunge alla scoperta di un progetto trascendentale, invalicabile agli schemi semplificatori della filosofia e della stessa teologia, dotato però di un suo senso, di una metarazionalità suprema che è conoscibile solo per rivelazione, per contemplazione. C’è il misterioso Servo del Signore, *uomo dei dolori*, cantato da *Isaia* (c.53), che nel dolore dell’innocente vede un seme di fecondità e non di morte, che si dirama nel deserto della storia. C’è soprattutto la figura di Cristo che incontra costantemente la degenerazione causata dal male, la assume su di sé attraversando la galleria oscura della passione e della

morte: egli, però, con questa solidarietà estrema depone nel limite umano una scintilla della sua divinità che esplose nella luce della risurrezione, cioè della ri-creazione del mondo e dell'umanità in una nuova dimensione ove, come dichiara il libro dell'*Apocalisse*, "non ci sarà più morte, né il lutto, né il lamento, né l'affanno, perché le cose di prima sono passate" (21,4).

Dolore e amore

È, allora, in questo momento che deve scattare una specie di alleanza tra paziente e medico (infermiere, parente, assistente, cappellano e così via). È questa la seconda considerazione che vogliamo proporre. Nel racconto biblico della creazione della donna si dichiara che l'uomo supera la sua solitudine solo quando trova "un aiuto che stia di fronte (*"ke-negdô*), che sappia quindi avere gli occhi negli occhi dell'altro, che non troneggi sopra la creatura come una divinità ma che non sia neppure inferiore e inetto come un animale.

Questa solidarietà è difficile da creare ma è indispensabile. La conoscenza tra chi cura e chi è curato dev'essere meno fredda e distaccata di quanto spesso accade: dev'essere fatta di comunicazione genuina, di dialogo, di ascolto, di verità detta con partecipazione (e qui si pone il delicatissimo problema della cosiddetta 'verità al malato'). Il sofferente deve sentirsi rispettato anche nel momento della debolezza, quando il pianto inonda le sue guance ed è noto che esiste sempre un pudore nel mostrare le lacrime. Dev'essere aiutato a liberarsi dei condizionamenti di una cultura della 'forza', di un 'maschilismo' vanamente eroico e ad accettarsi anche nel tempo della prova, come affermava Baudelaire: "Signore, la migliore testimonianza che noi possiamo dare della nostra dignità è questo ardente singhiozzo che rotola di età in età e viene a morire ai bordi della tua eternità".

Anche Cristo di fronte alla notte della passione implora di essere libera-

to dal calice della sofferenza (Marco 14,36) e confessa di avere "l'anima triste fino alla morte" (Marco 14,34), scoprendo però con amarezza di non avere accanto la solidarietà affettuosa dei suoi discepoli: "Così non siete stati capaci di vegliare una sola ora con me?" (Matteo 26,40). Bisogna, allora, ribadire una parola tanto abusata ed equivocata, la cui vera declinazione nell'esistenza è sempre ardua, cioè l'amore. Solo se circondato d'amore, il malato riesce ad accettarsi e a superare anche il pudore che è la consapevolezza - come affermava il filosofo Max Scheler - di "un certo squilibrio, di una certa disarmonia tra il significato e le esigenze della sua persona spirituale, da una parte, e i suoi bisogni corporei, dall'altra".

In questa luce ci sembra suggestiva una parabola che vorremmo porre a suggello di queste riflessioni molto limitate su un orizzonte immenso e incandescente, incapaci di fissare in un profilo sintetico il volto proteiforme del male. Anche per il credente, il dolore rimane una cittadella il cui centro non può essere completamente espugnato. Come diceva il poeta cattolico francese Paul Claudel, "Dio non è venuto a spiegare la sofferenza, è venuto a riempirla della sua presenza". E il teologo Hans Kúng osservava che "Dio non ci protegge da ogni sofferenza ma ci sostiene in ogni sofferenza". A questo proposito ci affidiamo a una figura 'laica' come lo scrittore Ennio Flaiano (1910-1972).

A lui era nata nel 1942 una figlia, Luisa, che già a otto anni aveva iniziato a rivelare un'encefalopatia epilettica e che è vissuta fino al 1992, curata amorosamente dalla madre, Rosetta Flaiano. Ebbene, lo scrittore abruzzese nel 1960 aveva pensato a un romanzo - film di cui è rimasto solo l'abbozzo. In esso si immaginava il ritorno di Gesù sulla terra, infastidito da giornalisti e fotoreporter ma, come un tempo, attento solo agli ultimi e ai malati. Ed ecco, "un uomo condusse a Gesù la figlia malata e gli disse: io non voglio che tu la guarisca ma che tu la ami.

Gesù baciò quella ragazza e disse:

In verità, quest'uomo ha chiesto ciò che io posso dare. Così detto, sparì in una gloria di luce, lasciando la folla a commentare i suoi miracoli e i giornalisti a descriverli”.

La scena, come è evidente, si carica di tutta la tenerezza che, con pudore e amore, lo scrittore aveva riversato sulla sua creatura sofferente. In quell'uomo Flaiano vedeva se stesso che s'accostava a Gesù per chiedere non il prodigio ma il dono altissimo della condivisione e della comunione nella sofferenza. E forse, quando in una notte terribile dovette ricoverare la figlia tormentata dagli “orribili assalti del male che la torcevano e la irrigidivano, con una mano tesa verso l'alto”, Flaiano padre implorò quel bacio sulla sua figlia, un bacio che certamente non fu negato. In questa luce diventa vera anche quella frase paradossale che Kafka ha lasciato in quell'abbozzo di romanzo - di cui non ci restano che le pagine iniziali - intitolato *Hochzeitsvorbereitungen auf dem Lande* (“Preparativi di nozze in campagna”, 1907): “La sofferenza è l'elemento positivo di questo mondo; e anzi l'unico legame fra questo mondo e il positivo”.

Il Dolore come metafora

Noi, però, vorremmo ora - molto più modestamente - indicare due linee di interpretazione e di comportamento di fronte alla lacerazione della sofferenza, consapevoli comunque del mistero che essa coinvolge. Eschilo nei *Persiani* pone l'eterna domanda che sale dal respiro di dolore dell'umanità: “Io grido in alto le mie infinite sofferenze, dal profondo dell'ombra chi mi ascolterà?” (v.635). La prima considerazione vuole porre l'accento sulla *simbolicità* del dolore. Come è noto, il termine ‘simbolo’ deriva dal greco *syn-ballein*, cioè ‘mettere insieme’: è il tentativo di unire in sé più significati nella stessa realtà. Ebbene, la sofferenza è di sua natura simbolica; è, come dice il titolo di una suggestiva opera autobiografica della scrittrice americana Susan Sonntag, la metafora di un'esperienza più alta (*Illness*

as metaphor, 1978). È indice di un ‘male oscuro’ e radicale, per usare il titolo di un romanzo del nostro Giuseppe Berto (1964).

Kafka nei suoi *Diari* annotava: “Sono arrivato alla convinzione che la tubercolosi non sia una malattia particolare, un male degno di questo nome, ma soltanto una maggiore intensità del germe generale della morte. La mia ferita, della quale la lesione ai polmoni è solo un simbolo”. Similmente, anche se con maggior enfasi, Gabriele D'Annunzio nel suo *Libro segreto* (1935) dichiarava: “So che le cause del mio male sono nell'oscurità del mio spirito che a poco a poco io rischiaro guarendomi. V'è, se io sono infermo, un fallo di armonia non solo nella mia carcassa ma nella mia anima. Ho in mente che qualcuno abbia considerato la malattia come un problema musicale. Ma forse son io quegli”. La sofferenza non è mai solo fisica, ma coinvolge ‘simbolicamente’ corporeità e spiritualità, la “c carcassa” e “l'anima”.

Essa può contemporaneamente generare disperazione e speranza, tenebra e luce; può essere distruzione e purificazione; riduce alla bestialità (certe malattie sono umiliazione e sconfitta di ogni dignità umana) ma può anche trasfigurare, ‘distillando’ come in un crogiuolo le capacità più alte, divenendo luminosità interiore e catarsi. Il grande mistico medievale Meister Eckhart (1260 ca. - 1327) affermava che “nulla sa più di fiele del soffrire, nulla sa più di miele dell'aver sofferto; nulla di fronte agli uomini sfigura il corpo più della sofferenza, ma nulla di fronte a Dio abbellisce l'anima più dell'aver sofferto”. Proprio per questa dimensione simbolica del soffrire umano, l'approccio nei confronti del malato non può essere parziale. Da un lato, è indubbia la necessità della terapia medica: dopo tutto, quasi metà del Vangelo di Marco è un racconto di guarigioni operate da Cristo al punto tale che un teologo, René Latourelle, ha scritto che “i Vangeli senza miracoli di guarigione sono come l'*Amleto* di Shakespeare

senza il principe”. D’altro lato, la pura biologicità e la tecnica asettica sono insufficienti ed esigono un incontro, un dialogo, un supplemento di umanità. Mai come nel dolore ci si accorge di non avere un corpo ma di essere un corpo che è segno di una realtà interiore più profonda. Sono suggestive dal punto di vista simbolico le narrazioni evangeliche delle guarigioni dei lebbrosi: contravvenendo tutti i divieti rituali e sanitari del tempo, Gesù “li tocca” e con questo gesto vuole quasi assumere su di sé il male, condividendone il peso e l’amarezza.

Mai come nel dolore l’uomo s’accorge della falsità delle parole di conforto dette in modo estrinseco e senza autentica partecipazione. Giobbe, al riguardo, è estremamente chiaro: gli amici che cercano di consolarlo in modo arido e frigido sono da lui definiti ‘intonacatori di menzogna’ (13,4),

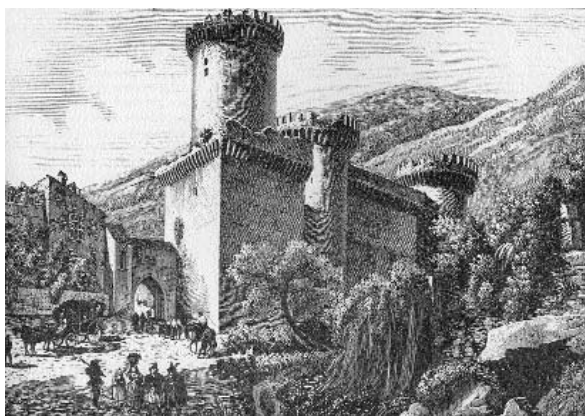
maestri nei ‘sofismi di cenere’ (13,12), ‘consolatori stomachevoli’, capaci solo di ‘discorsi d’aria’ (16,2-3), pronti a offrire ‘decotti di malva’ (6,6) che non possono certo placare la furia ardente della sofferenza intima. Anzi, il malato scopre che, alla fine, egli rimane solo col suo male. È lo stesso Giobbe a descrivere in modo pittoresco e persino barocco questo isolamento quando scopre che “a mia moglie ripugna il mio alito, faccio schifo ai figli del mio ventre” (19,17). Nel tempo del dolore la verità non riesce a patire contraffazioni.

Gianfranco Ravasi

Sacerdote

Prefetto della Biblioteca

Pinacoteca Ambrosiana di Milano



MOTIVAZIONI STORICO - CULTURALI

Ogni medico sa bene, per diretta esperienza, che il dolore dal punto di vista personale impone all'uomo una grave sollecitazione emozionale ed esistenziale, e dal punto di vista sociale impone all'umano consorzio un grave onere sanitario ed economico. Il dolore ha un suo costo elevato in termini di economia; ma certamente assai più elevato è il suo costo in termini di sofferenza umana. I neurofisiologi ci dicono che il dolore è un meccanismo biologico d'allarme che comporta una percezione trasmutante in presa di coscienza sofferta, che altera lo stato psicologico e provoca una risposta comportamentale; e gli psiconeurologi ci dicono che tali alterazioni psichiche e tali risposte del comportamento costituiscono ciò che essi chiamano il "linguaggio del dolore". La meccanica di quest'ultimo è in gran parte nota; meno nota, e senza dubbio più controversa, è la sua finalità.

Non pochi sono i medici assertori del dogma secondo cui "il dolore è il migliore amico dell'uomo" poiché senza l'allarme provocato da esso non si innescano le reazioni difensive finalizzate alla sopravvivenza sia della specie che dell'individuo. Ne sarebbe una prova il fatto che nell'analgesia congenita - malattia nella quale non si percepisce alcun dolore - la mortalità è alta e precoce, perché qualsiasi insulto anche grave all'integrità dell'organismo non dà sintomi dolorosi ed è quindi ignorato fino alle estreme conseguenze.

Anche il senso comune è indotto a riconoscere l'aspetto benefico del dolore, dal momento che questo ci avverte che qualcosa di biologicamente dannoso sta per accadere o già accade nel nostro corpo. Tuttavia chiunque abbia osservato, sperimentato, sofferto un dolore violento o un dolore prolungato, persistente, recidivante, è portato a considerarlo un'afflizione e una pena. E a volte il dolore diviene così insopportabile che la persona che ne soffre ha un bisogno assoluto

d'esserne sollevata. In casi come questi il dolore non sembra avere alcuna finalità biologicamente utile. Ronald Melzack, professore di psicologia nella McGill University di Montreal, ha scritto (nel 1973) che in tali casi avviene "come se qualche meccanismo normale di adattamento impazzisse e, similmente al criminale pericoloso la cui mente può essere lucida ma contorta, ha bisogno di essere isolato, controllato, curato".

Già il grande chirurgo René Leriche, nella sua opera sulla Chirurgia del dolore (del 1939), si era chiesto, al riguardo del dolore: "Reazione di difesa? Fortunato avvertimento?". E aveva risposto, proprio lui che aveva speso una gran parte della sua vita a mettere a punto interventi chirurgici in grado di abolire il dolore e la sofferenza: "In realtà la maggioranza delle malattie, perfino le più gravi, ci attaccano senza preavviso. Quando il dolore si manifesta è troppo tardi. Il dolore ha soltanto reso più dolorosa e più triste una situazione già compromessa da tempo. Infatti il dolore è sempre un dono funesto, che debilita il soggetto e lo rende più ammalato di quanto lo sarebbe senza di esso".

In quest'ottica il dolore non è tanto un problema, quanto un enigma; o addirittura, contrapposto al bene, un male che fa dell'uomo una creatura infelice. Infelice fin dai tempi narrati da Esiodo. Anche Omero di parla dei "neri dolori" calmati dai "blandi rimedi" di guaritori - Chirone, Podalirio, Macaone - detti per questo "pari agli dei", ma è Esiodo a elaborare il mito di Pandora, la donna forgiata da Efesto per volere di Zeus, sdegnato contro gli uomini ai quali il titano Prometeo, dopo aver rubato una favilla del maglio divino, ha insegnato le arti, tra cui quella della cura. Pandora è la donna attraente che, come dice il suo nome, possiede "tutti i doni" e che li elargisce: anche quelli malvagi, contenuti nel vaso che porta con sé. È dall'orcio di Pandora che

fuoriescono tutti i mali dell'umanità, tra cui i demoni della malattia e della morte, della fatica e della vecchiaia, degli affanni e del dolore. Fino allora, dice Esiodo, viveva sulla terra, lontana dai mali, la stirpe mortale, senza la sfibrante fatica e senza il morbo crudele che trae gli uomini alla morte: rapidamente, infatti, invecchiano gli uomini nel dolore. Ma la donna, levando di sua mano il grande coperchio dell'orcio, disperse i mali, preparando agli uomini affanni luttuosi.

Dal vaso di Pandora il dolore, come le malattie, esce spontaneamente, sganciato dall'intervento degli dei. Il dolore è una cosa a sé stante, senza causalità divina. Esso è ancora un demone maligno, ma la spontaneità e l'indipendenza ne fanno un'entità tutta umana, dove la causalità demoniaca già coesiste con una causalità naturale.

Facciamo un balzo di millenni e veniamo a quella stagione di storia della scienza - di storia delle neuroscienze - in cui il dolore diventa un modo d'essere delle vis nervosa o "sensibilità", forza o proprietà della materia vivente dimostrata e descritta nel Settecento da Albrecht Haller, una proprietà posseduta dai nervi e dal nevrasso e attivata da stimoli applicati su di essi. Iniziava l'epoca in cui gli studi di neurofisiologia prima e di psicofisiologia poi - attraverso i nomi di Unzer e Prochaska, di Bell e Magendie, di Weber e Fechner, di Wundt e Külpe - avrebbero portato a definire e precisare le sedi neuroanatomiche delle sensazioni, i rapporti tra queste e gli stimoli, la soglia dolorifica della sensibilità termica e tattile, la specificità della sensibilità dolorifica propria, la presenza del dolore anche in assenza di stimoli, cioè la sua spontaneità, e poi, via via, la tolleranza ad esso, la sopportazione del dolore, la memoria del dolore, la perdita dei poteri di controllo su di esso e l'acquisto da parte sua di quell'aspetto afinalistico di cui abbiamo sentito una eco nelle parole di Melzack e Leriche.

Ma, come la scienza non esaurisce la cultura, così le neuroscienze non esauriscono il problema del dolore, né risolvono il suo problema. E allora torniamo a quella congiuntura storica, fra Settecento e Ottocento, che vide i lumi della ragione scientifica rischiarare la cultura tanto

quanto la riscaldavano i fuochi della sensibilità romantica.

Un medico scozzese, John Brown, volle essere il rifondatore della clinica tanto quanto Haller lo era stato della fisiologia. L'*eccitabilità*, che gli stimoli trasformavano in eccitazione, era da lui assunta come proprietà primaria e unitaria della materia vivente. Essa sembrava costituire il principio semplice, necessario di una teoria della vita in grado di spiegare la realtà contingente e molteplice. Il filosofo Schelling ne fu entusiasta affermando: "Da tale questione dipende se l'arte di guarire possa mai essere sollevata a vera arte" (che - in linguaggio romantico - significava "vera scienza"). E l'Hegel maturo riconobbe alla dottrina di Brown - il brownismo - il gran pregio di aver praticato o tentato una penetrazione teorica nell'ambito di alcuni fondamentali concetti - vita, morte, malattia, dolore - esercitando una legittima e necessaria funzione filosofica nell'ambito della medicina. Quello della sofferenza e del dolore è un problema o un enigma con cui la medicina si confronta da millenni, ma con cui la filosofia - come ha scritto una decina d'anni or sono il filosofo Luigi Pareyson - si è confrontata "solo a partire da Kant" attraverso la "robusta mediazione" dei filosofi dell'idealismo tedesco, sopra tutti Schelling e Hegel. Proviamo, in breve, a misurarne le ricadute in campo medico. La medicina di Brown rappresentava, sul piano teorico, l'evoluzione del meccanismo settecentesco nel dinamicismo ottocentesco. Sul piano pratico, essa semplificava la patologia sostenendo che le malattie, tutte le malattie, erano dovute ad un venir meno dell'eccitamento vitale, vuoi per difetto di stimolazione o "astenia diretta", vuoi per ridotta risposta agli stimoli da parte di un organismo esaurito da precedente stimolazione in eccesso o "astenia indiretta". Solo in piccola percentuale le malattie corrispondevano a un eccitamento aumentato o "iperstenia".

La terapia era un corollario altrettanto semplice. Se le malattie "ipersteniche" richiedevano rimedi controstimolanti quali il salasso, le malattie "asteniche" richiedevano rimedi stimolanti quali la canfora, l'etere, l'alcool. Anche l'oppio era uno stimolo: esso stimolava in misura

così spiccata da esaurire l'eccitamento vitale provocando indirettamente astenia con apparente sedazione.

La dottrina browniana e le sue applicazioni pratiche attecchirono e prosperarono in Germania, in Francia, in Italia. Qui Giovanni Rasori, protomedico nella Milano capitale del napoleonico Regno d'Italia, rielaborò il tutto nella sua "teoria e pratica del controstimolo", a loro volta rielaborate da Giacomo Tommasini, clinico medico a Bologna e poi a Parma durante la Restaurazione, fondatore della cosiddetta "nuova dottrina medica italiana" che al nucleo teorico browniano - rasoriano giustapponeva i concetti di "irritazione" e di "infiammazione", ricavando il concetto che lo "stato di dolore", provocato frequentemente dall'irritazione o dall'infiammazione, era "un'espressione più o meno forte di controstimolo". Il che, data l'accezione terapeutica benefica dei controstimoli in generale, significava attribuire anche al dolore tale azione benefica.

Ciò contrastava con il senso comune, collegante tra loro la sensazione dolorosa, l'affezione morbosa, l'afflizione penosa; e se tutti erano disposti a riconoscere al dolore anche un aspetto benefico, questo aspetto era inteso come avvertimento del danno biologico e non come riparazione o cura di quel danno. Ma il concetto di dolore come controstimolo, in un periodo antecedente agli studi di neurofisiologia sperimentale sui rapporti tra stimoli e sensazioni, prefigurava un'alternativa teorica in cui il dolore era considerato non tanto in una dimensione sensoriale, quanto come una sorta di contro-affezione, opposta all'affezione vitale, così come nella teoria aristotelica degli affetti o passioni il dolore è contrapposto al piacere. In questa concezione il dolore non solo investiva il settore della sensibilità dolorifica, ma coinvolgeva l'intero complesso, sensoriale ed emozionale, dell'esperienza della persona. Il dolore, spesso, è un male non solo fisico, ma anche morale. Questa nozione esistenziale da dolore, insieme alla nozione del dolore come valore anche positivo a dispetto del senso comune, si iscriveva coerentemente nella visione romantica dell'uomo e del mondo, in seno alla quale la malattia aveva uno statuto privile-

giato.

Era il lascito all'Ottocento del poeta Novalis, stroncato trentenne dalla tisi nel 1801 dopo intenso soffrire. Iperstenia e astenia si rapportavano tra loro come corpo e anima, coappartenendosi. Il superuomo di Novalis doveva, nel suo cammino verso Dio, liberarsi dal corporeo, farsi astenico, ammalarsi. L'uomo malato era un uomo superiore, spiritualizzato, sublime. Non era e non è un fatto di riscontro comune che i malati siano, più dei sani, consapevoli dei veri valori della vita, coscienti del vero significato dell'esistenza? Ed era vero ed è vero che finanche i bambini, quando siano malati, diventano più riflessivi di quanto comporti la loro età, e questa età, pur se appannata di tristezza e corrosa dalla sofferenza, si ammanta anche di precoce saggezza?

Spiritualizzato dalla malattia, reso astenico per debilitazione, controstimolato dal dolore, l'uomo romantico era un uomo superiore. La sua debilitazione, la sua malattia, la sua sofferenza erano celebrate con la più raffinata esperienza dell'uomo, come il "male sottile". Novalis, il cui corpo ne moriva, si sublimava suo tramite nel più puro degli spiriti magni. "Le malattie e il dolore", aveva affermato prima di morire estenuato e affranto, "segnano la superiorità dell'uomo sulle piante e sugli animali"; essi sono "il tirocinio per l'arte della vita". Non è forse vero che "l'uomo è nato per soffrire?"

Che dire, per concludere? Non certo un ipocrita e iniquo elogio del dolore, ma tutt'al contrario una lotta al dolore come obiettivo di una medicina buona e grande, che tenga nel debito conto non solo i risultati della ricerca "sperimentale" e "scientifica", ma anche gli apporti di una concezione totalizzante, filosofica, che eviti alla medicina stessa quel carattere frammentario e riduzionista che oggi in molti le contestano.

Nell'ambito di questa concezione totalizzante, il dolore può essere compiutamente compreso nel suo triplice aspetto o significato: fisico, morale, psichico. Sul piano fisico, per il medico, il dolore, da "sintomo", del malato che lo soffre, diventa "segno", cioè traccia, indizio, prova di malattia, la cui "soglia" di comparsa e i cui "limiti" di sopportabilità sollevano problemi di valutazione, quando

non diano occasioni a errori di comportamento che giustifichino l'illazione tristemente ironica che "si sopporta bene il dolore degli altri".

Sul piano morale, l'evento cruciale è quello legato al lutto e al vuoto da riempire, là dove il medico, quando gli tocchi il triste compito di essere portatore di morte annunciata, deve con il proprio mestiere - mestiere di medico e mestiere di uomo - dare risposte alla disperazione e alla speranza. La speranza può anche varcare i confini che delimitano il territorio del sacro, ma la peculiare *religio medici*, cioè l'intrinseca religiosità del mestiere deve comunque esercitarsi in una prassi tutta umana, spesa a sostegno del malato e dei suoi familiari, dove un futuro via via sempre più breve si confronta

con un passato sempre più rivissuto in termini di ricordi, di ripensamenti, di consuntivi di vita. Sul piano psicologico, infine, il dolore segna di sofferenza, di un'angoscia sovente estesa fino al panico, le malattie della psiche. Una sofferenza di fondo, tanto più lacerante quanto più apparentemente immotivata, sconvolge gli equilibri di vita e di convivenza, nella dolorosa e talvolta esasperata e disperata ricerca di un "senso della vita" a cui il medico - un medico che sappia far bene il proprio mestiere - deve essere ancora una volta a fianco del malato, come "tecnico" ma soprattutto come "curante".

Giorgio Cosmacini
Storico della Medicina



Da **IL SOLE24 ORE SANITA'**
del 10-16 aprile 2001

Indagine dell'Istituto tumori di Milano: pochi i malati terminali che si tolgono la vita

VOGLIA DI VIVERE, FINO IN FONDO

*Monitorati 17.964 soggetti
sottoposti a cure palliative domiciliari*

Credete che i malati terminali siano i più propensi al suicidio?

Sbagliate. A sfatare questo luogo comune, ci ha pensato una ricerca ad hoc condotta dall'equipe dell'Istituto tumori di Milano. Cinque medici della struttura - Carla Ripamonti, Antonio Filiberti, Amadio Totis, Franco De Conno e Marcello Tamburini - hanno monitorato un campione di 17.964 pazienti, da settembre del 1985 a dicembre del 1997.

Tutti affetti da cancro, tutti seguiti a domicilio da 12 "team" specializzati in cure palliative e organizzati a Milano e provincia dalla Fondazione Floriani e dalla Lega italiana contro i tumori.

I malati sono morti entro la fine del 1997.

I criteri per l'ammissione al programma di cure a domicilio erano il consenso dei pazienti, l'esistenza di tumori incurabili, condizioni economiche precarie, dolore, e al-

meno un familiare che visse con il malato.

Ogni équipe era formata da medici, infermieri, volontari, assistenti sociali e psicologi. Grazie a loro, i pazienti hanno potuto trascorrere gli ultimi giorni della loro vita nella propria abitazione.

L'accordo con i ricercatori prevedeva la comunicazione immediata di ogni caso di suicidio. Ebbene, sui 17.964 malati (di cui 9.200 uomini) - il 33% fino a 61 anni di età, il 35% tra i 62 e i 72 anni, il 32% con più di 73 anni - solo in cinque (lo 0,027%) si sono tolti la vita. Due di loro erano donne. L'età media era di 65 anni e, sempre in media, erano seguiti dal "team" di cure palliative da un mese. Due si sono gettati dalla finestra, due hanno premuto il grilletto di una pistola, uno si è iniettato un'overdose di morfina.

"I nostri risultati - commentano i ricercatori - sono simili a quelli di uno studio condotto su 72.633 malati terminali di cancro ammessi a 43 programmi di cure palliative in cinque anni. In questo caso, i suicidi registrati sono stati 21 (pari allo 0,029%)". Non è comunque possibile - avvertono - "determinare se la frequenza di suicidio differisce rispetto a quei pazienti non sottoposti a terapie domiciliari anti-dolore, perché, per motivi etici, non li abbiamo inseriti in un gruppo di controllo". Però un confronto è possibile in generale, come emerso nel corso di un dibattito tenutosi all'Istituto Tumori il 17 marzo scorso, tra la popolazione oncologica il numero di chi tenta di uccidersi è inferiore a quello rilevato nella popolazione sana.

Nel 2000, su 900 pazienti seguiti, solo uno ha chiesto di essere aiutato a morire. E, sottoposto a cure palliative, ha cambiato idea.

"Allora il problema - sottolinea Franco De Conno, direttore della divisione riabilitativa e terapie palliative dell'Istituto e coautore dello studio - non è solo di stabilire la liceità dell'eutanasia, ma di offrire a tutti la possibilità di sopportare la malattia senza sofferenze inutili".

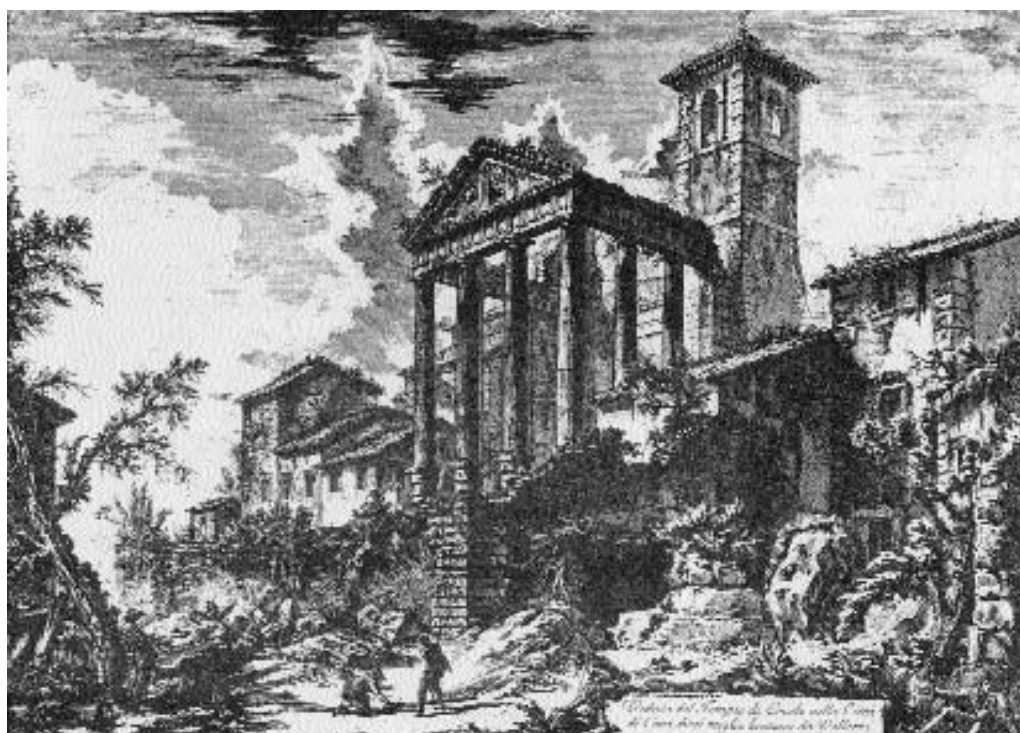
Anche perché l'esperienza di Milano dimostra come l'assistenza domiciliare ai malati terminali possa avvenire a costi contenuti. Grazie al sostegno economico della Fondazione Floriani e della Lega per la lotta contro i tumori, la spesa per il Ssn ammonta a 35mila lire al giorno, contro un costo medio effettivo di 140mila.

Il ricovero, a carico del Servizio sanitario, costa invece 400 mila lire al giorno.

LA SITUAZIONE DI PARTENZA

- Pag. **46** - Al di là delle parole
Alfredo Cecconi
- Pag. **47** - Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita
Gianmaria Pitton
- Pag. **48** - Solo mille posti letto per 75mila bisognosi
- Pag. **49** - Veronesi bacchetta i camici bianchi
La difesa: “Non ci puoi offendere”
- Pag. **50** - Ma il nostro ospedale non salva dal dolore
Roberta Favrin
- Pag. **52** - L’Italia a due velocità

Cori - *Il Tempio di Ercole* - Giovan Battista Piranesi, 1764



AL DI LÀ DELLE PAROLE

La presente monografia – sia pure non esaustiva – sulle tematiche del sollievo dal dolore, rappresenta una sorta di “atto dovuto” da parte dell’Ordine dei Medici e di quanti altri, a cominciare dalla Lega contro i Tumori, hanno fatto in modo che a Latina, il 28 novembre scorso, si sottoscrivesse il patto di solidarietà, nell’ambito delle iniziative indirizzate verso gli obiettivi propri della “Giornata nazionale del Sollievo”.

Iniziativa anticipatrice assunta a Latina, prima che altrove, dall’ordine dei Medici e dalla Lega, alla presenza dei rispettivi Presidenti Nazionali.

Ora è tempo, perciò, di cominciare un percorso facendo attenzione che non si individuino come “tecniche per lenire il dolore” atti che, nel collocarli nella pratica attuativa, comportano di farsi carico di implicazione etiche, sanitarie, sociali, spirituali e dunque di rispetto della dignità della persona sofferente.

Direi il diritto al rispetto e alla vita. Diritto di vivere ma anche di morire senza accanimento terapeutico, nel decorso naturale degli eventi.

Insomma, guardare con realismo e serenità vita, morte, cure, esistenza.

Tutto ciò è importante in un momento di grave caduta del sentimento per l’uomo, in una contestualizzazione “oggettiva” che tenta quasi di “nascondere” determinati eventi quasi fosse una vergogna, annullando valori e anche quella che io chiamo la pedagogia del malato, specialmente del malato in fase critica.

Stupisce, o forse questa è una manifestazione di ingenuità, constatare che spesso la problematica della sofferenza e il sollievo da essa sia individuata solamente in alcuni atti e in limitati ambienti riconducibili alla somministrazione del farmaco.

Pertanto, il “patto di solidarietà” per il sollievo dal dolore – che impegna non solo le professioni sanitarie e del sociale più avvertite, ma le amministrazioni pubbliche, i club di servizio, il terzo settore – rimette in discussione il precario assetto preesistente.

Un patto, insomma che sollecita ruoli attivi e partecipazione convinta senza delega alcuna “ad altri” del malato, delle sue sofferenze, delle sue esigenze, dei suoi desideri, del suo bisogno di affetto e di considerazione.

Affetto e considerazione che fanno apprezzare al malato, anche se in fase critica, il valore e il dono della vita...

C’è stato, in questi ultimi tempi, un dibattito sulla necessità di realizzare più hospice dislocati in ambiti territoriali come risposta assistenziale “completa” per determinate patologie e per determinati soggetti a cominciare dal malato di cancro in fase critica.

Ho già avuto modo di manifestare alla Dirigenza della ASL pontina e ad amministratori regionali il mio pensiero sull’argomento per quello che può valere.

Realizzare il previsto *hospice* presso la vecchia struttura ospedaliera di Terracina mi sembra positivo. Però, tale presidio sanitario non deve essere visto come “la risposta” al malato in fase irreversibile. Può rappresentare uno sbocco in casi del tutto particolari, mentre la risposta vera – a mio sommo parere – dovrebbe risiedere nell’ospedale mobile, nei centri assistenziali domiciliari, nella integrazione con le strutture sociali municipali. Anzi, l’*hospice* deve essere individuato come la struttura portante per la formazione del personale da adibire “sul territorio”, per rispondere a questa necessaria forma assistenziale.

E il malato? E la famiglia?

Malato e famiglia devono poter contare e decidere assieme agli operatori. Devono sentirsi rassicurati e “garantiti” rispetto a percorsi terapeutici e assistenziali non validati e non corretti. Devono potersi sentire rassicurati nella loro dignità; difesi da affabulatori di qualsiasi specie; da atteggiamenti superficiali o da associazioni di volontariato poco serie composte da persone di scarsa preparazione per assolvere ad un compito così grave e delicato.

Il dolore più forte non è quello fisico, come si può pensare. Soprattutto è quello di sentirsi abbandonati a se stessi o “costretti” a sacrifici economici insopportabili.

Per non dire, poi, della tristezza che assale chi resta quando, recuperata la lucidità, passa in rassegna tanti umani... comportamenti.

Ecco, tra l’altro, perché la Lega contro i Tumori ha inteso impegnarsi a fondo, unitamente all’Ordine dei Medici, sulle problematiche del sollievo dal dolore, come momento nuovo di comprensione, di partecipazione, di trasparenza operativa, di motivazione sociale da trasformare in atti e fatti concreti.

Alfredo Ceconi

Presidente della Lega contro i Tumori di Latina

SILENZI E PAROLE NEGLI ULTIMI GIORNI DI VITA

*Grande partecipazione al Convegno
organizzato in Fiera a Vicenza dalla
Regione Veneto e dall'Ulss 15 "Alta Padovana"*

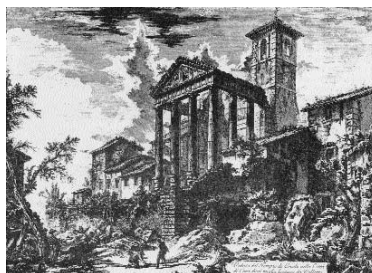
È terribilmente complicato trovare le parole giuste, quando una persona cara perde un familiare o un amico. È ancora più difficile quando si ha a che fare con qualcuno che sta per morire, e ne è consapevole, e magari non lo accetta con serenità. Se però si lascia spazio al dialogo, che può essere fatto anche di silenzi, si scoprono profondità impensabili. Si arriva a contatto con la sfera intima dell'altro, e con gli angoli della propria coscienza. Camminando insieme per cercare un significato a ciò che sta accadendo. Al convegno "Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita", organizzato il 6 dicembre 2001 in Fiera a Vicenza dalla Regione e dall'Ulss 15 Alta Padovana, millecinquecento operatori da tutto il Veneto, tra medici ospedalieri e di famiglia, infermieri, psicologi, assistenti sociali, volontari e insegnanti, hanno riflettuto sull'assistenza ai malati terminali, o meglio - usando un termine più significativo, che è risuonato spesso - sull'accompagnamento di queste persone verso l'ultima tappa dell'esistenza.

Momento culturale all'interno di un vasto programma regionale di sensibilizzazione, il convegno è stato aperto dal vescovo di Vicenza, mons. Pietro Nonis, e ha visto l'alternarsi di esperti, studiosi

universitari, ricercatori e operatori. Ogni contributo è stato un tassello nella definizione di un quadro complessivo, la capacità della comunità civile di assumere su di sé il dolore, le angosce e le speranze dei propri membri più deboli e meno tutelati. Coloro che stanno per morire.

"Il Veneto - spiega Marco Sonetti della direzione sanitaria dell'Ulss 15 - è l'unica regione ad aver previsto, all'interno dei programmi per l'assistenza, anche un preciso piano di formazione per gli operatori. Sono stati organizzati corsi nelle varie aziende sanitarie locali venete, intervallati da appuntamenti di più ampio respiro nei quali si vuole andare oltre la nozione tecnica, per avviare un dibattito veramente culturale". Durante il convegno si è parlato del cambiamento della società veneta, sempre più a disagio nell'accettare l'esistenza del limite; dei problemi delle famiglie, lasciate praticamente da sole nella gestione dell'ammalato; del ruolo delle strutture sanitarie, in equilibrio fra gli estremi dell'accanimento terapeutico, da un lato, e dell'eutanasia dall'altro. Senza trascurare gli aspetti più "filosofici", che però in questo campo sono tutt'altro che accessori.

Gianmaria Pitton



SOLO MILLE POSTI LETTO PER 75MILA BISOGNOSI

La mappa delle strutture

Le cure palliative marciano lentamente ma inesorabilmente già da qualche anno.

Lo dimostrano i dati relativi alle strutture presenti nel nostro Paese. Che sono ancora poche, in realtà, ma stanno aumentando gradualmente. E cresceranno ancora di più grazie al programma nazionale di cure palliative che nel 1999 ha messo in campo 256 miliardi per realizzare almeno una struttura ad hoc in ogni regione.

Attualmente in Italia i malati terminali possono contare su 137 unità (129 pubbliche e 8 private) che erogano cure palliative e su 131 organizzazioni non profit (di cui 61 assistono direttamente i pazienti). In totale - secondo la ricerca condotta da Oscar Corli (nel libro: "Le unità di cure palliative e le organizzazioni non profit nell'Italia del 2000", in collaborazione con la Società italiana di cure palliative e la Federazione di cure palliative, edizioni Gpa) - a fine 2000 il nostro Paese offriva non più di mille posti letto; davvero pochi rispetto alle pressanti richieste dei tanti malati terminali e soprattutto dei loro familiari.

Secondo il ministero della Sanità sono almeno 75mila i malati che hanno bisogno di un'assistenza adeguata. Ma secondo gli esperti sono molti di più i pazienti - magari anche non terminali - che necessitano di una terapia del dolore: solo i malati oncologici bisognosi di farmaci e assistenza adeguata sarebbero almeno 160mila.

È indubbio comunque come, rispetto a un medesimo censimento che risale al 1995, si stia registrando un vero e proprio decollo. Lo dimostra la diffusione nell'ultimo anno delle strutture specializzate nell'assistenza ai malati terminali: a fine 2000 la ricerca ha contato 43 hospice che, sul modello anglosassone, forniscono le cure in piccoli ambienti "familiari" con la supervisione di équipe multidisciplinari (medici palliativisti, psicologi, volontari).

Per quanto riguarda le unità di cure palliative il censimento ne tratteggia un identikit abbastanza preciso: la maggior parte si trovano all'interno degli ospedali (nell'84% dei casi) e forniscono quasi tutte (il 90%) prestazioni ambulatoriali o cure domiciliari (nel 65% dei casi). Solo la metà (precisamente il 48%) garantisce assistenza in day hospital e pochissime (solo l'11%) hanno posti letto per un ricovero più lungo.

Nel censimento sono "fotografate" anche le 131 organizzazioni non profit (Onp) che lavorano nel mondo delle cure palliative. La principale "mission" (lo fanno in 110) consiste nel reclutamento e nella formazione dei volontari da far partecipare a programmi di assistenza ai malati terminali.

Ma una buona parte (circa la metà) ha organizzato un proprio programma di cura e assistenza ai malati, con tanto di équipe di medici, infermieri e psicologi che prestano le loro cure soprattutto a casa dei pazienti. Nell'ultimo anno una decina di Onp ha deciso, anche, di finanziare e realizzare dei veri e propri hospice la cui gestione, nella maggior parte dei casi, viene affidata al Servizio pubblico sanitario.

Resta, comunque, allarmante il dato relativo alla distribuzione delle strutture e dei volontari impegnati nelle cure palliative il Nord conta più della metà dell'assistenza per i malati terminali (ben il 64,4%), mentre il Sud e le Isole non mettono insieme più del 17% dei servizi.

E la situazione all'interno delle tre aree (Nord, Centro e Sud) si presenta davvero a "macchia di leopardo". Si passa dall'estremo della Lombardia che conta 35 unità di cure palliative (il 25% del Paese), 33 Onp (il 25%), 14 strutture di ricovero (33%) con

146 posti letto già operativi (il 32% del totale). Mentre - all'estremo opposto - ci sono Regioni come il Trentino Alto Adige, la Basilicata e il Molise in cui non c'è traccia di strutture o enti che forniscono cure palliative. Una situazione, questa, che obbliga spesso familiari e pazienti a una complicata e faticosa emigrazione a caccia di cure adeguate.

Secondo la ricerca di Oscar Corli negli ultimi anni sono aumentate soprattutto le "realità sanitarie, come ragionevolmente prevedibile, e sono lievemente calate le Onp direttamente operative sui malati". Un'evoluzione che secondo Corli fa capire come le organizzazioni non lucrative comincino a occuparsi "soprattutto di formazione del volontariato e di obiettivi culturali e sociali".

Molto positivo l'aumento degli hospice: cinque anni fa se ne contavano tre, a fine 2000 dovrebbero aver aperto le porte almeno 43 nuove strutture ad hoc per i malati terminali.



Da **IL SOLE24 ORE SANITA'**
del 10-16 aprile 2001

VERONESI BACCHETTA I CAMICI BIANCHI LA DIFESA: "NON CI PUOI OFFENDERE"

Al VII Congresso europeo delle cure palliative non sono mancate le polemiche. Suscitate dalle accuse del ministro della Sanità, Umberto Veronesi, sul trattamento dei malati terminali negli ospedali.

Nel suo discorso inaugurale, dopo un prologo in cui ha spiegato come "oggi non esista una cultura della morte" e come "non si comprenda o non si voglia comprendere che è un fatto biologico che ci appartiene", Veronesi ha infatti puntato il dito contro i medici. "Oggi il malato terminale - ha sostenuto - è spesso considerato un ingombro. Tenerlo in casa comporta difficoltà di ordine pratico dalle quali anche il familiare più caritatevole non può prescindere. E anche il medico è mal disposto verso questo malato, considerato presenza scomoda e inutile". "Il morente - ha continuato - non serve a nessuno né dal punto di vista scientifico né epidemiologico. L'ospedale spesso vuole tenere basse le cifre della mortalità perché fanno cattiva fama e preferisce dati che lo connotino come centro di eccellenza".

Le dichiarazioni non sono affatto piaciute, nonostante Veronesi abbia poi corretto il tiro, affermando che "queste barriere, ancora resistenti, in parte sono state superate".

Sorpreso dalle accuse, Serafino Zucchelli, segretario nazionale dell'Anao, "perché i medici prestano il massimo delle attenzioni possibili sia a coloro che possono avere chance di guarigione, sia a coloro che hanno un destino di morte segnato". E Zucchelli si è detto offeso per il presunto problema di "immagine" sollevato dal ministro, reo di aver parlato "come se l'unico fine del nostro lavoro non fosse quello di curare i malati, ma di far entrare la struttura nella hit parade dei centri di eccellenza". Problema che, semmai, si porrebbe per le strutture private "non per quelle pubbliche".

Affermare che i medici ospedalieri rifiutano il ricovero dei malati terminali "per gretti motivi statistici" è - secondo Stefano Biasioli, presidente della Cimo - "falso, offensivo e demagogico". Dello stesso tono la replica di Domizio Antonelli, segretario nazionale del Coas "Ne-

gli ospedali italiani non risulta vera una sola virgola di quanto lo scienziato ha affermato. I malati oncologici terminali sono assistiti come e più degli altri”.

E se il “Tribunale del medico” si dice “indignato”, perché nessun camice bianco “si comporta con insensibilità di fronte a un paziente terminale e non procede a dimissioni affrettate per non incidere

sui tassi di mortalità del reparto dove lavora”, anche l’Associazione italiana oncologia medica critica Veronesi. Riconoscendo, però, come sottolineato dal presidente Francesco Cognetti, “il diritto del malato terminale di passare gli ultimi giorni della sua vita presso la propria casa vicino all’affetto dei suoi cari”.



Da **IL SOLE24 ORE SANITA'**
del 24-31 dicembre 2001

MA IL NOSTRO OSPEDALE NON SALVA DAL DOLORE

L'80% dei casi più gravi non ha terapie giuste

Gli ospedali italiani curano le malattie ma non il dolore che le accompagna, nonostante le molte possibilità di alleviare la sofferenza, offerte dalla medicina moderna, e le linee guida dell’Oms per la tutela del malato. L’80% dei ricoverati con dolore intenso in atto e il 60% di quelli che hanno una sofferenza considerata moderata non riceve normalmente alcun trattamento utile ad alleviare i sintomi.

Lo dice la prima indagine sulla terapia del dolore negli ospedali italiani, i cui risultati sono stati presentati durante un seminario organizzato a Courmayeur. Lo studio, condotto nell’ambito della campagna internazionale “Ospedali senza dolore” promossa dall’Oms, è stato condotto nel 2000 in venti ospedali italiani, per dimensioni e distribuzione geografica rappresentativi della realtà sanitaria italiana. La realizzazione è stata affidata a comitati ad hoc (Cosd, comitato ospedale senza dolore) costituiti all’interno delle Aso. Il coordinamento scientifico del progetto è stato affidato a Marco Visentin e Leonardo Trentin dell’Unità del dolore e Cure palliative della Ulss 6 di Vicenza, con la collaborazione di Roberto De Marco e Maria Elisabetta Zanolin della sezione di Epidemiologia e statistica medica dell’Università di Verona.

Foto di gruppo. L’indagine ha coinvolto i centri ospedalieri di Feltre (Belluno), Latisana (Udine), Garbagnate (Milano), Mestre, Rovigo, Castelnovo ne’ Monti (Reggio Emilia), Alessandria, Modena, Lugo di Romagna (Ravenna), Rimini, Empoli (Firenze), Senigallia (Ancona), Arezzo, Gubbio (Perugia), Grosseto, Narni (Terni), Roma (la clinica Columbus del “Gemelli”), Eboli (Salerno), Taranto e Tricase (Lecce).

“Il punto di partenza - ha spiegato Marco Visentin - è stata l’esperienza pilota realizzata nel 1998-99 al “San Bortolo” di Vicenza. Il progetto è stato divulgato e messo a disposizione di altri ospedali che hanno chiesto di partecipare all’iniziativa. Gli obiettivi erano stimare la prevalenza e l’intensità del dolore in un largo campione di pazienti; valutare la percentuale di pazienti trattati e i fattori che influenzano il trattamento, e la concordanza tra il dolore percepito dal paziente e quello valutato dal personale sanitario; introdurre l’utilizzo di scale di valutazione in tutti i reparti”.

Per raccogliere questi dati è stato utilizzato un questionario compilato separatamente

dal paziente e dall'infermiere. Protagonisti della rilevazione sono stati 4.523 pazienti (selezionati tra quelli con più di sei anni, ricoverati da almeno 24 ore), per il 50,7% donne e per il 65% con più di 60 anni. In 3.391 (l'86%) hanno risposto ai quesiti sulla presenza e l'intensità del dolore al momento dell'intervista e nelle ultime 24 ore.

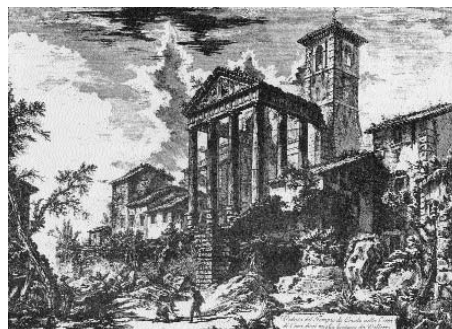
Meno di un paziente su tre è trattato. Il 91% dei pazienti intervistati ha riferito di avere un dolore di varia intensità: per il 46% il dolore era intenso, per il 23 moderato, per il 22 lieve, mentre solo il 9% ne era privo. La maggioranza dei malati con grave sofferenza era ricoverata in medicina e in chirurgia. Il 31% era sofferente da meno di una settimana, il 21% da 7 giorni a 3 mesi, il 15 da più di tre mesi. Solo il 20,6% dei ricoverati con dolore intenso e il 38% di quelli con dolore moderato erano stati trattati nelle ultime 24 ore. Il 57,4 aveva assunto analgesici, l'11% oppioidi e il 7,9 i due farmaci associati: "Solo nel 6,2% dei casi ha commentato De Marco gli analgesici sono stati somministrati secondo il criterio migliore: una terapia modulata, che prevede la somministrazione a orario fisso, più dosi supplementari al bisogno".

Il progetto continua. L'indagine è stata accompagnata da iniziative di sensibilizzazione sulla terapia del dolore indirizzate a pazienti e familiari e da corsi di formazione al personale e infermieristico sul trattamento del dolore, realizzati con il sostegno dell'azienda farmaceutica Janssen-Cilag. E l'impegno continua. "Nel 2002 - hanno spiegato i coordinatori del progetto - hanno già dato l'adesione alla campagna trenta ospedali e stiamo cercando nuove adesioni. L'impegno economico è assolutamente sostenibile (si parla di una cifra minima che varia dai 7 ai 10 milioni) e, aggiungiamo, doveroso, visto che la battaglia contro il dolore inutile è prima di tutto un segnale di civiltà. Purtroppo, le "linee guida per l'ospedale senza dolore" varate a maggio dalla "Stato - Regioni" non sono state accompagnate da specifici finanziamenti, e ciò è un grosso limite alla loro applicazione".

Per l'efficacia della campagna si punta al coinvolgimento dei Mmg, anche per sconfiggere la diffidenza e le resistenze verso i farmaci oppioidi, che la legge 12/2001, facilitandone la prescrizione, ha definito analgesici fondamentali per il controllo del dolore severo: "L'Italia è al 100° posto nel mondo per l'uso di oppioidi come antidolorifici, insieme a Paesi come l'Ecuador, il Senegal e lo Zambia - ha precisato Oscar Corli, responsabile dell'Unità di cure palliative presso l'Ospedale Buzzi di Milano e componente del comitato ministeriale per l'ospedale senza dolore - e dopo la legge, il consumo nel Paese è aumentato di appena il 3 per cento".

Infine, da Furio Zucco, presidente della Federazione di Cure Palliative, un messaggio d'allarme sulla realizzazione della rete italiana di hospice: "A oggi - ha detto - è arrivato alle Regioni solo il 5% dei 400 Mld stanziati dalle legge 39 per la realizzazione di strutture e servizi ad hoc per i malati terminali. Ci vorranno almeno vent'anni perché siano completati tutti gli hospice previsti e il rischio è che rimangano cattedrali nel deserto".

Roberta Favrin



Centri di cure palliative

L'ITALIA A DUE VELOCITÀ

I centri pubblici e le associazioni non profit che svolgono attività di terapia antalgica e cure palliative in Italia, secondo uno studio recentemente divulgato dal Ministero della Sanità sono distribuiti in maniera molto irregolare sul territorio nazionale. Su un totale calcolato di 321 centri del Ssn e 161 centri delle associazioni non profit. Sia calcolando i parametri relativi alla densità per kmq sia alla densità per 100 mila abitanti emerge un'Italia a due velocità, con le regioni del Nord e Centro con indici decisamente superiori al dato medio nazionale e le Regioni del Sud e delle isole con indici inferiori alla media. Il triste primato tocca al Molise che non ha neanche un centro attivo per le cure palliative. La distribuzione delle associazioni private che svolgono attività di assistenza domiciliare ve-

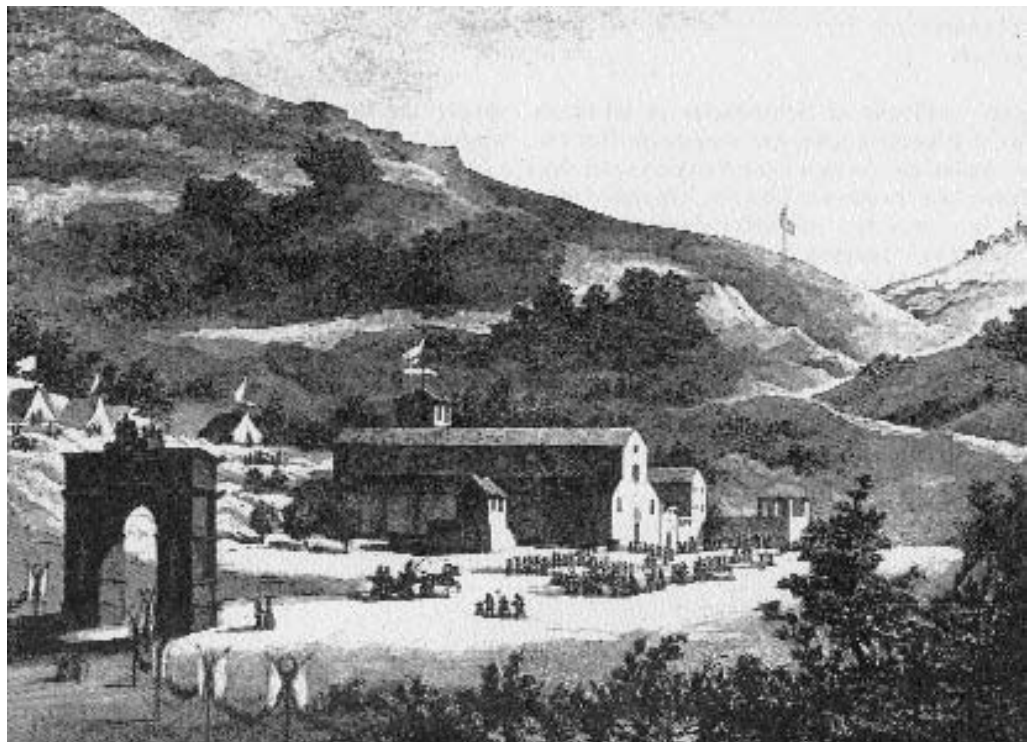
de il Nord ancora più in vantaggio rispetto al Sud con punte di eccellenza in Emilia Romagna, Friuli e Valle D'Aosta.

Inoltre quasi l'80% dei centri sono associazioni, mentre il 20,5% sono leghe, solo il 5% fondazioni. Se si guarda alla distribuzione delle tecniche antalgiche si nota come, nel 97,8% dei casi si ricorre a farmaci, nel 93,5% a tecniche di analgesia e anestesia locale, nel 69% si ricorre ad approcci multidisciplinari e multimodali nei casi di dolore cronico molto complesso, nel 52,3% a trattamenti di terapia fisica, nel 42,4% a tecniche chirurgiche specifiche per il dolore, nel 43% ad approcci psicologico-psicosociali. La maggior parte dei centri poi eroga sia terapie antalgiche sia cure palliative, mentre una minoranza dei centri erogano solo l'uno o l'altro tipo di terapia.

SEGNI EVIDENTI DI UN CABIAMENTO CULTURALE E PROFESSIONALE

- Pag. **54** - Carta dei diritti dei morenti
- Pag. **57** - Cure palliative, la dura ascesa di una medicina tradita
- Pag. **59** - Il testamento di vita nel codice deontologico del '98
Antonio Panti
- Pag. **63** - I medici e l'assistenza ai malati nelle fasi finali della vita. Uno studio europeo
- Pag **64** - Il dolore si sconfigge in corsia
- Pag **66** - Il dolore "globale" del paziente oncologico
Domenico Camaioni
- Pag. **71** - Per le cure palliative arrivano le linee guida
Mar.B.
- Pag. **73** - Una testimonianza in diretta
Antonio Baiano

Sermoneta - *Abbazia di Valvisciolo* - Anonimo, 1860 ca.



CARTA DEI DIRITTI DEI MORENTI

Presentazione

La medicina dei giorni nostri è molto spesso ingiusta perché tende ad abbandonare coloro che hanno più bisogno di aiuto. Sembra quasi che il medico, nel momento in cui non può più esprimere interventi terapeutici o possibilità di miglioramento della malattia, si allontani sdegnosamente dal paziente. In altre parole potremmo dire che la medicina decide di non “prenderci più cura” del paziente quando non può più curare. In questo senso la medicina è specchio della società utilitaristica ed egoistica in cui opera.

Queste considerazioni si applicano soprattutto ai pazienti morenti per i quali il Comitato Etico della Fondazione Floriani ha elaborato la “Carta dei diritti dei morenti” e il suo commento, che qui sono presentati.

I diritti sono molteplici e ben descritti nel documento; va tuttavia sottolineato in modo particolare il diritto a trattamenti che diminuiscano il dolore e la sofferenza, perché siamo il Paese che utilizza troppo poco, rispetto ai bisogni, i farmaci antidolorifici e in particolare i morfiniti che sono ancor oggi i medicamenti più efficaci.

Ciò accade per ragioni psicologiche, perché i familiari considerano che la morfina sia un po’ “l’ultima spiaggia” che dà un segnale sfavorevole al morente, ma in particolare per ragioni burocratiche. Infatti, mentre ad ogni angolo della strada si può trovare chi spaccia oppioidi, il medico che deve prescrivere morfina va incontro a tutta una serie di formalità e difficoltà che sono inaccettabili e frustranti.

Ci si deve augurare che questo documento possa contribuire ad eliminare questi ostacoli e possa anche essere utile per cambiare la cultura dominante: il paziente morente non deve essere oggetto di inutile medicalizzazione, ma deve ricevere soprattutto un aiuto psicologico carico di affettuosa comprensione. Dobbiamo essere tutti grati alla Fondazione Floriani per questa iniziativa che è un ulteriore esempio del suo operare nell’interesse degli ammalati più sfortunati.

Silvio Garattini

*Direttore Istituto di ricerche farmacologiche
Mario Negri, Milano*

Preambolo

Il rapporto tra il malato e il personale sanitario, soprattutto nella struttura pubblica, è oggetto da tempo nel nostro Paese di critiche che provengono sia dall’opinione pubblica sia dagli addetti ai lavori.

Il disagio nasce principalmente da un eccesso di tecnicismo, dalla scarsa attenzione alle esigenze delle persone malate e dal perdurare di atteggiamenti paternalistici da parte dei medici. Gli operatori, infatti, in nome di un preteso miglior vantaggio del malato, tendono a decidere per lui senza informarlo adeguatamente. E così facendo, lo privano della possibilità di operare scelte autonome riguardo ad un bene così essenziale e personale come la salute. In omaggio ad una concezione antiquata della Medicina, attenta più alla malattia che al malato, il paziente si trova declassato da soggetto ad oggetto delle decisioni che lo riguardano.

Non si deve, però, dimenticare che questa pratica diffusa non corrisponde alle norme che regolano il rapporto fra il paziente e l’operatore sanitario. L’articolo 32 della Costituzione, infatti, lascia libero il malato di accettare o di rifiutare le terapie e, in ge-

nerale, gli interventi medici che gli vengono proposti (diritto all'autodeterminazione).

Il presupposto indispensabile per una scelta autonoma e consapevole è il diritto del malato ad essere correttamente informato sulla diagnosi, sulla futura evoluzione della malattia, sulle possibili alternative diagnostiche e terapeutiche e sui loro costi e benefici (principio del consenso informato). Anche il Consiglio d'Europa con la Convenzione sui diritti umani e la biomedicina dell'aprile '97 ha ribadito che il malato ha diritto ad essere informato e a scegliere in piena autonomia gli interventi che lo riguardano. La libertà di scegliere le cure, infatti, fa parte delle libertà fondamentali garantite a tutte le persone dall'articolo 13 della Costituzione. Tale libertà, peraltro, se da una parte esprime il diritto del malato di scegliere se e come curarsi, dall'altra non può estendersi fino alla pretesa di ricevere dal medico qualunque trattamento, anche di efficacia non comprovata.

Va, comunque, ribadito che una relazione di tipo paternalistico fra il medico e il paziente non rappresenta soltanto un comportamento eticamente scorretto, ma anche una violazione di specifici diritti dei cittadini. Questa pratica è fonte di disagi particolarmente profondi e rappresenta una violazione più grave dei diritti nel caso di malati prossimi alla morte. Nei confronti di queste persone, particolarmente vulnerabili, il paternalismo medico spesso si accentua, grazie anche alla complicità dei famigliari, che spinti da un intento protettivo, chiedono che il loro congiunto sia tenuto all'oscuro della reale situazione. Divenendo a loro volta i destinatari dell'informazione e i titolari delle decisioni.

Tutti questi atteggiamenti sono espressione di una medicina che proprio perché rivolta alla malattia più che al malato, appare poco attenta ad affrontare, dando adeguate risposte, la sofferenza del paziente prossimo alla morte. Del resto tale medicina ha contribuito a determinare orientamenti tipici della società contemporanea, volti ad esorcizzare la morte e a negarla come evento naturale dell'esperienza umana.

Ne consegue che i diritti e la dignità di persona del morente vengono spesso violati proprio nel momento più difficile e angoscioso dell'esistenza. Chi è al termine della propria esistenza, infatti, da una parte si trova a subire trattamenti invasivi e inutili volti a prolungare la sopravvivenza (il cosiddetto accanimento terapeutico), dall'altra può anche trovarsi abbandonato e trascurato nelle sue esigenze affettive e psicologiche.

Alla ricerca di un'alternativa fra questi atteggiamenti e comportamenti, entrambi dannosi, la Medicina Palliativa, dalla fine degli anni Sessanta, ha affrontato i problemi del malato prossimo alla morte in modo globale, tenendo conto della complessità delle sue esigenze, non solo fisiche (ad esempio il controllo del dolore), ma anche psicologiche, spirituali e di relazione con chi gli è vicino. E, in effetti, questa nuova forma di assistenza e di cura, dopo molte difficoltà, si va finalmente affermando anche in Italia (come già avvenuto in altri paesi europei e non).

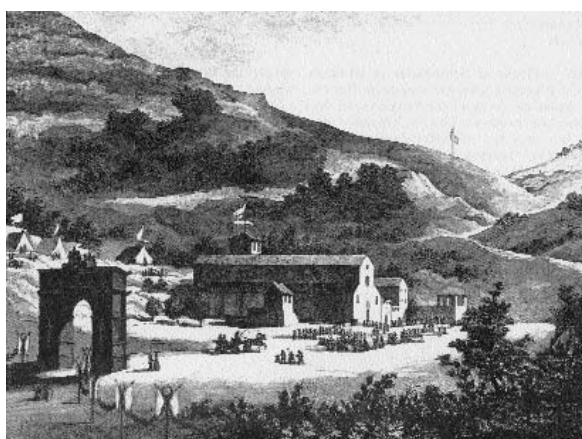
Sta nascendo una nuova consapevolezza dei bisogni del morente e delle risposte ad essi più adeguate, che non è, però, ancora diffusa fra gli stessi operatori sanitari, né presente in maniera significativa nella nostra mentalità.

Per rafforzare questa nuova consapevolezza il Comitato Etico della Fondazione Floriani ha sentito l'esigenza di elaborare "La Carta dei diritti del morente". Lo scopo è sviluppare e diffondere una cultura e una prassi delle cure centrata sui bisogni e sui diritti del malato, anzitutto sul suo diritto all'autodeterminazione. Si tratta di una carta "italiana", pensata tenendo presente il contesto culturale del nostro Paese, dove alcuni diritti stentano ancora ad affermarsi. Non a caso certi diritti enunciati della "Carta" potrebbero sembrare talmente indiscutibili da renderne banale e superflua la menzione, ma il riaffermarli per i morenti vuol richiamare l'attenzione sulle necessità delle persone al tramonto della loro esistenza, nei confronti delle quali viene tuttora messa in atto una sorta di separazione dal vivere sociale. Esclusione che talvolta arriva ad una e vera propria sospensione dei principi e delle regole sui quali si fonda attualmente la vita sociale. Tra i diritti affermati nella "Carta" alcuni rappresentano posizioni già protette dalle regole giuridiche, altri costituiscono piuttosto domande etiche, volte a sollecitare scelte di politica sanitaria capaci di fornire risposte ai problemi dei malati

che non possono guarire. Questa “Carta”, dunque, è il primo passo di un faticoso cammino che metterà in discussione abitudini e atteggiamenti dominanti nella medicina tradizionale, per arrivare ad una nuova consapevolezza e ad una nuova cultura del morire.

Chi sta morendo ha diritto:

1. A essere considerato come persona sino alla morte
2. A essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole
3. A non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere
4. A partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà
5. Al sollievo del dolore e della sofferenza
6. A cure ed assistenza continue nell’ambiente desiderato
7. A non subire interventi che prolunghino il morire
8. A esprimere le sue emozioni
9. All’aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
10. Alla vicinanza dei suoi cari
11. A non morire nell’isolamento e in solitudine
12. A morire in pace e con dignità.



A Palermo 1.800 esperti europei di terapia del dolore firmano una "Carta" dei diritti per assicurare un'assistenza adeguata ai pazienti in fase terminale

CURE PALLIATIVE, LA DURA ASCESA DI UNA MEDICINA TRADITA

Trizzino (Sicp):

*"È l'ora per una svolta culturale nella classe medica"
Legge sugli oppioidi ancora al palo senza i nuovi ricettari*

Le cure palliative smettono i panni della "Cenerentola" per indossare quelli di una protagonista" insieme alle altre specialità della Medicina. Perché dopo tanti anni di scetticismo ed emarginazione le cure del dolore cominciano a fare passi da gigante anche in Italia. E non è un caso che proprio il nostro Paese - a conclusione del settimo congresso europeo della Società europea di cure palliative che si è chiuso la settimana scorsa a Palermo - abbia battezzato la prima "Carta dei diritti del morente", sottoscritta da 1.800 addetti ai lavori (medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali), provenienti da tutto il Vecchio Continente.

Una "Carta" che in dodici punti lancia un appello ai medici e alla società affinché non si voltino più dall'altra parte di fronte alla morte. Ma restituiscano la dignità al malato terminale che "al momento della morte - ha spiegato Giorgio Trizzino, presidente della Società di cure palliative e presidente del Congresso - non ha nulla accanto a sé, se non le lacrime di qualche familiare afflitto". "È questa la realtà ha detto Trizzino - che la Carta dei diritti vuole cambiare, tutelando i malati terminali e sollecitando una svolta culturale della classe medica, ma anche della popolazione".

Perché il malato terminale - è l'appello lanciato dalla "Carta" siglata a Palermo - ha diritto, negli ultimi istanti di vita, a trattamenti che lo sollevino dal dolore, a cure e assistenza continue, a non subire

terapie che prolunghino l'attesa della morte o che non vuole, ad avere vicino i suoi cari, a conoscere le sue condizioni. E soprattutto ha il diritto a non morire nell'isolamento e nella solitudine, ma in pace e con dignità.

Un decollo, questo delle cure palliative, tanto atteso nel nostro Paese e che rappresenta - ha avvertito il ministro della Sanità, Umberto Veronesi, all'apertura del congresso di Palermo - "un diritto sacrosanto per tutti i pazienti".

Otto malati su dieci, nel nostro Paese, sono "vittime" di sofferenze che potrebbero essere evitate se fossero trattati in modo adeguato. Il 90% delle persone morenti per tumore attraversa una fase terminale lunga (in media tre mesi) e ha bisogno di interventi ad hoc. "Le cure adatte ci sono - ha spiegato Sebastiano Mercadante, uno dei massimi esperti del settore - basta solo impiegarle". "Nell'epoca in cui si scopre il segreto della vita, mappando il codice genetico - ha sottolineato, poi, Vittorio Ventafridda, direttore della Fondazione Floriani e uno dei pionieri delle cure palliative in Italia - è nostro dovere accettare la morte come evento naturale e scoprire come si può aiutare a vivere con qualità anche l'ultima fase di vita".

Le misure in campo. La "Carta" dei diritti in realtà è l'ultimo atto simbolico di una vera e propria rivoluzione - per ora solo nelle intenzioni e nelle numerose misure legislative adottate - per la Sa-

nità italiana. L'ultimissimo tassello del mosaico delle cure palliative è un progetto obiettivo che molto probabilmente (se non subirà modifiche e slittamenti) sarà esaminato dalla Conferenza Stato-Regioni il prossimo 19 aprile. Un provvedimento, questo, che punta a integrare - in un unico piano di cure - l'ospedale, l'hospice e l'assistenza a casa in modo da garantire una continuità delle cure. E prevede anche l'avvio di una campagna di educazione e informazione per il vasto pubblico. Ma è recentissimo anche l'avvio dei primi hospice italiani (strutture che nasceranno sul modello anglosassone con pochi posti letto e puntando a creare ambienti "familiari" che non assomiglino agli ospedali): sono stati autorizzati 48 progetti in sei regioni (Toscana, Liguria, Umbria, Emilia Romagna, Veneto e Calabria) a cui sono stati assegnati 80 miliardi.

Che rappresentano i primi fondi del pacchetto da 256 miliardi messi in campo dal Programma nazionale per le cure palliative", adottato nel 1999, che ha previsto la creazione di almeno un hospice a regione. Fondamentale è stata anche l'approvazione, un paio di mesi fa, della legge sugli oppioidi (legge 12/2001). Legge che ha aperto le porte alla prescrizione di tanti farmaci per lenire il dolore finora off-limits nel nostro Paese. Il provvedimento, tra l'altro, fa sparire la spada di Damocle del rischio di sanzioni penali pesantissime che pendeva, ancora, sui medici. E che non li "invogliava" a ricorrere a queste terapie. Infine, il ministero è pronto ad adottare un decreto ad hoc per avviare subito un corso di formazio-

ne sulle cure palliative per formare i primi 90 dirigenti a cui affidare il timone delle vecchie e delle nuove strutture per l'assistenza ai malati terminali che sorgono nei prossimi mesi.

I passi ancora da fare. Molte le tappe che mancano per raggiungere gli standard dei più "virtuosi" Paesi europei (tra tutti l'Inghilterra, capofila delle cure palliative). Intanto, come è stato denunciato durante lo stesso congresso di Palermo, mancano ancora i nuovi ricettari necessari per applicare la nuova legge sugli oppioidi. "Il ritardo - ha detto Sebastiano Mercadante, che è stato anche coordinatore scientifico dell'incontro palermitano - è dovuto al fatto che manca una circolare applicativa del ministero della Sanità che spieghi come devono essere fatti questi ricettari, per cui le prescrizioni attuali avvengono ancora con i vecchi ricettari". E poi c'è il problema, innanzitutto, della formazione: non ci sono corsi ad hoc - si è detto sempre a Palermo - a Medicina. E servirebbero, come già accade in altri Paesi, anche la creazione di una scuola di specializzazione in cure palliative. Infine la cura del dolore dovrebbe fare il suo ingresso anche in ospedale: è questo l'obiettivo del progetto di "ospedale senza dolore" - presentato da Veronesi - che punta a tenere sempre sotto controllo le sofferenze dei pazienti (secondo una scala precisa, quasi come un termometro), creando, poi, un comitato di esperti in ogni struttura pubblica col compito di addestrare tutto il personale a questa ritrovata protagonista delle cure: la medicina palliativa.

IL TESTAMENTO DI VITA NEL CODICE DEONTOLOGICO DEL '98

La Federazione degli Ordini dei Medici ha avvertito la necessità di riscrivere il Codice Deontologico a soli tre anni di distanza dalla precedente stesura, non solo perché i progressi della scienza costringono a una continua riflessione sui problemi etici, ma anche perché il costume si evolve e si afferma nelle coscienze un modello di rapporto tra medico e paziente, paritario e caratterizzato da un rispetto sempre maggiore dell'autonomia decisionale del cittadino. Tuttavia ancora oggi in Italia, quando un paziente è in condizione di incapacità, le decisioni sono lasciate alla discrezionalità del medico che la esercita e la confronta con quella dei parenti, in un contesto privo di norme giuridiche di riferimento.

Occorre tuttavia precisare che, al di là dei valori di fondo che sostanziano il nostro contesto culturale, la visione della Federazione degli Ordini, nel momento in cui produce norme che incidono sul comportamento dei medici, non può essere altra che quella del compromesso normativo. Si è trattato, dopo un'accesa discussione, di dar forma a una norma accettabile dalla maggioranza di coloro, i Presidenti di Ordine, che approvano il Codice e che sono chiamati ad applicarlo. Altresì il Codice deve poter calarsi nella pratica quotidiana del medico, nell'intimità del rapporto col paziente, nella solitudine decisionale del medico. Quindi, in attesa delle carte di autodeterminazione, di cui peraltro ben poco si discute, il medico deve attenersi all'articolo 34 del vigente codice che al secondo comma recita: *"il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso"*.

Certamente qualcuno noterà che la Carta di Oviedo dice "il medico deve tener conto" e il codice italiano recita "il medico non può non tener conto".

Tuttavia il seme della discussione ha portato i suoi primi frutti, molto prima, temo, di quanto impiegherà per muovere il Parlamento.

Altresì è bene ricordare che viviamo in un periodo in cui il medico è preoccupato della cosiddetta "malpractice" e delle conseguenze che ne derivano sul piano penale e assicurativo. Assistiamo a incriminazioni di medici, in casi simili, per aver omesso cure che avrebbero potuto dare una minima sopravvivenza: i giudici per lo più non si basano sulla qualità della vita. Cosicché il medico preferisce sempre, di fronte a un paziente incapace, agire, per evitare frequenti e pesanti noie penali e assicurative. Le carte di autodeterminazione comunque richiamano il problema generale della fine di vita nella medicina moderna. Ricordo ancora, ero appena laureato, gli esordi della rianimazione; in pochi decenni siamo giunti, dai primi tentativi intensivologici, alla richiesta del *"do not resuscitate"*, un'accelerazione impensabile. In estrema sintesi ri-propongo il ragionamento della Federazione degli Ordini su questo complesso problema. Vi sono tre questioni da non confondere. La prima riguarda il vasto campo dell'eutanasia. La FNOMCeO resta del parere di non lasciarvi spazio di consenso. Vi è sia il problema irrisolto del cosiddetto *"slippery sloap"*, la china scivolosa che qualsivoglia legislazione può prendere normando il diritto del medico di interrompere la vita; poi il fatto ancora irrinunciabile per i medici, di avere forma mentis e valorialità di guaritori, non di procuratori di morte.

Debbo personalmente notare che in quasi quarant'anni di professione non mi sono mai trovato a non risolvere questioni siffatte altro che col semplice buon senso clinico, anche se riconosco non essere questo un criterio valido sul piano etico. Credo tuttavia che la maggior parte dei medici sia del parere che queste decisioni debbano esse-

re lasciate alla singolarità del rapporto tra il medico e il suo paziente.

Resto fermamente convinto che la rigidità della norma non renda affatto giustizia della estrema mutevolezza del reale.

La Federazione resta a maggior ragione contraria al suicidio assistito. Anche in questo caso il medico dovrebbe valutare l'istinto suicidario nel quadro della patologia e aiutare il paziente a guarire. Il suicidio razionale di persona capace non necessita di aiuto medico, tanto più formalizzato.

Al contrario nel codice dei medici si è introdotto il consenso alla valutazione delle convinzioni precedentemente espresse dal paziente in stato di coma o comunque incapace di esprimersi, nonostante le teorie sulla necessaria contestualità del consenso informato. In questo caso si è affiancato al principio ippocratico della beneficiabilità quello attuale del rispetto dell'autonomia del cittadino.

Naturalmente perché queste nozze si traducano in costume, in pratica quotidiana, occorre una specifica formazione per i medici e un incremento di consapevolezza e di partecipazione dei cittadini al processo decisionale medico. Per questo abbiamo effettuato una prima inchiesta tra i medici fiorentini con lo scopo di avere un quadro descritti dei livelli di conoscenza dei medici sul consenso informato, delle loro opinioni sulla accettabilità di pianificare anticipatamente decisioni cliniche, sulla propensione all'utilizzo di direttive anticipate quali ausili per le decisioni su pazienti incapaci. In conclusione volevamo saggiare la disponibilità dei medici a individuare un percorso terapeutico concordante con volontà non contestuali del paziente bensì precedentemente espresse.

Dall'elaborazione delle risposte di circa mille medici su una popolazione complessiva di meno di ottomila medici (un campione molto significativo) si possono trarre alcuni insegnamenti importanti. I medici sono consapevoli di possedere una preparazione deontologica poco idonea ad adeguare i loro comportamenti alle esigenze poste dal paziente e dalla società; non possiamo che ripetere la critica alla scarsa attenzione che l'Università italiana dedica a questo settore fondamentale della professione e l'altrettanto scarso impegno educativo degli Ordini.

Al contrario, nonostante la diffusa erronea presunzione dell'esistenza di un legame tra direttive anticipate ed eutanasia, i medici sembrano consapevoli della differenza esistente tra questi concetti e mostrano prevalente propensione a considerare positivamente tali direttive. La carenza formativa può spiegare il nesso, in realtà insostenibile, tra inapplicabilità del consenso informato al paziente incapace e rispetto alle direttive anticipate, che di questo logicamente fanno parte. Tuttavia i medici sembrano quasi più sensibili delle loro organizzazioni. Sarebbe opportuno che la Federazione degli Ordini attuasse una simile iniziativa a livello nazionale.

Un tema deontologico scottante: l'eutanasia

La recente legge olandese, null'altro che la definitiva sanzione delle procedure eutanasiche applicate in quel paese, forse non ripetibili in un altro, ha riaperto in Italia la discussione, come sempre forzata e ideologizzata, sul tema del rapporto tra medicina e fine di vita. In effetti lo iato tra morte sociale e morte fisica è una delle grandi questioni della medicina moderna. Come lo affrontano i medici, sulla base delle prescrizioni normative del Codice, rinnovato pochi anni fa, nel 1998?

L'ultimo Codice di deontologia medica non ha affrontato in particolare il tema dell'assistenza al morente ma ha dettato norme sulle questioni principali attinenti la morte. Quindi non si danno regole di comportamento per il medico sulla "buona morte" e sulle "cure palliative", quanto si regola:

- l'accanimento terapeutico;
- l'informazione al paziente e ai familiari;
- le direttive anticipate;
- l'eutanasia;

mentre il codice esplicitamente esclude il "suicidio assistito".

Il giuramento che precede il testo del Codice impone al medico "*di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte del paziente*", mentre l'art. 3

impone il dovere “*della tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana*”. Ciò crea una prima evidente antinomia interna alla norma che, a mio avviso, riflette quella tra etica del medico ed etica socialmente prevalente, anche se nel Codice il sollievo della sofferenza è rivolto all'antico “*sedare dolorem*”, quale scopo della medicina, unico e sufficiente traguardo del rispetto della dignità del paziente. Ciò è ragionevole in termini di dignità, ma non di libertà, oggi intesa come autonomia del soggetto.

Problema: cosa accade davvero quando si è in condizioni di sofferenza terminale? L'esperienza dei medici porta a ritenere che la stragrande maggioranza delle persone non voglia morire ma desideri aver lenite le sofferenze. Tuttavia, in specie nei soggetti anziani o gravemente sofferenti, sempre più spesso si alzano richieste eutanasiche o, meglio, non interventistiche.

L'art. 5 del Codice impone norme di rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità, esplicitando il dovere del medico di “*attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali*”. Non è chiaro, anche in questo articolo del Codice, se questi valori sono auto- o eterodiretti. Le conoscenze scientifiche, inoltre, fino a che punto debbono essere usate? Il limite sembra posto dall'art. 14 (accanimento terapeutico) e dall'art. 12 (uso appropriato delle risorse, il che delimita anche da questo punto di vista l'uso di mezzi terapeutici straordinari).

L'art. 14 impone al medico di “*astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendersi un beneficio e/o un miglioramento della qualità della vita*”. Ciò risolve i problemi dell'eutanasia passiva, anche se la discussione sui mezzi ordinari e straordinari non è cessata. Meglio sarebbe chiamarli proporzionati o sproporzionati, in quanto il mezzo diventa straordinario rispetto all'uso (vedi somministrazione di antibiotici in un paziente terminale gravemente sofferente). Qui si pone anche la discussione sulla “*futility*”, che il Codice risolve in quanto sottende il concetto che il medico non è un fornitore di beni per un consumatore qualsiasi ma un soggetto provvisto di autorità morale che esercita la professione in un rapporto di fiducia con il paziente, come si esprime David Lamb, e quindi in grado comunque di dare indicazioni autorevoli o di sottrarsi a imposizioni non condivise.

L'art. 17 impone al medico “*il rispetto dei diritti fondamentali della persona*”. Si pone lo stesso problema: su quale etica si fonda tale rispetto, quella della sacralità della vita o quella della dignità della persona? La mia impressione è che questa ambiguità, certamente non voluta, tuttavia sia utile per aprire a possibili soluzioni sul singolo caso, il che non garantisce tutti nello stesso modo, per quanto, tuttavia, si assista, nella pratica quotidiana, a una minor disponibilità dei parenti rispetto a quella del medico a rispettare la qualità della vita del paziente morente e gravemente sofferente.

L'art. 30 del Codice obbliga il medico a fornire al paziente informazioni idonee sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive, sulle alternative terapeutiche, tenendo conto delle sue capacità di comprensione, soddisfacendo ulteriori richieste di informazione e, in caso di prognosi gravi o infauste, usando prudenza, terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La volontà di non essere informati deve essere rispettata. Così si esprime anche il decalogo della Fondazione Floriani (punto 2. “*Il paziente ha diritto ad essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole*”).

L'informazione deve essere quindi personale, esauriente, adeguata, prudente. In effetti il clima sull'informazione sta cambiando in Italia ed è più “facile” e frequente dire la verità al paziente e non ricorrere ai falsi e alle menzogne che tuttora però sono prevalenti.

Ancora qualche antinomia o ambiguità si rileva dall'esame degli art. 32, 34, 36, 37. L'art. 32 impone al medico “*di desistere dagli atti diagnostici e curativi... in presenza di documentato rifiuto della persona capace di intendere e di volere*”. L'art. 34 obbliga il medico “*ad attenersi, nel rispetto della libertà, della dignità e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi liberamente espressa dalla persona*”. Inoltre il medico “*se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in ca-*

so di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso". Tuttavia il medico - art. 36 - "anche su richiesta del malato non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte". L'art. 37 impone al medico, nella fase terminale di malattie a prognosi infausta di "limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita".

Questo è il nodo duro della questione, aggravato dal fatto che, nella pratica quotidiana, mai da sottovalutare, il medico deve affrontare anche le contraddizioni dei familiari, tra sensi di colpa nei confronti del congiunto, radicate metafore familiari ed etniche riguardanti il dolore, la morte e la cura, desiderio di por fine a una situazione intollerabile.

"Abbiamo fatto tutto il possibile?", è la domanda non solo dei medici, ma dei familiari.

La contraddizione tra l'art. 36 (la proibizione di effettuare o favorire trattamenti diretti a provocare la morte) e il "rispetto per la qualità della vita", nonché l'obbligo di "attenersi alla volontà del paziente" non esprime soltanto un rispettabile senso della indipendenza morale del medico, ma anche la preoccupazione rispetto a un'azione, provocare la morte, meno accettabile che un'azione omissiva, la sospensione delle cure. È lecito insomma, nonostante l'accettabilità medica della teoria del male minore, lasciar morire intenzionalmente il paziente, non intenzionalmente abbreviare la vita.

Il Codice promuove la forte terapia antalgica, la sedazione profonda, l'astensione (cosa psicologicamente più semplice) o l'interruzione di trattamenti futili, l'adeguamento del medico al rifiuto di cure ritenute sproporzionate dal paziente, la sospensione dei mezzi artificiali di fronte all'accertamento della morte (cerebrale? encefalica?), la sospensione dei trattamenti di sostegno vitale nello stato vegetativo persistente. Resta aperto il problema dell'eutanasia attiva e del suicidio assistito.

Tutto ciò non incide sulla necessità di implementare l'utilizzazione delle cure palliative. Purtroppo queste non risolvono tutti i problemi dei singoli casi. È tuttavia vero che migliorare i servizi sanitari e la cultura palliativa del medico è più importante che sostenere una campagna per l'estensione del rifiuto della terapia, che potrebbe anche avere risvolti irrazionali. Una campagna per l'estensione del ricorso alle direttive anticipate sembra invece ragionevole e utile, ma ciò comunque non deve distogliere dal rendere disponibili risorse, organizzazione e formazione nelle cure palliative.

A questo punto è utile sommariamente elencare i principali argomenti di opposizione all'intervento attivo del medico nel dare la morte, al di là delle posizioni etiche individuali. Il medico ha formazione di guaritore, fin dalle origini della medicina, e la sedazione del dolore non si è mai spinta fino a dare la morte, anche perché la natura provvedeva prima là dove oggi proprio la medicina crea il problema. Vi è poi la preoccupazione del "sentiero scivoloso". Nota in un suo scritto Demetrio Neri che Hitler non ha mai chiesto ai pazienti il consenso al suo programma eutanasi. Quindi i riferimenti al nazismo sono fuori luogo in quanto si sta parlando di richieste razionali di pazienti competenti. Sono convinto, inoltre, che al paradosso del sorice si risponda mediante la valutazione quantitativa che non esclude la "zona grigia", che è nostro compito ridurre, evitando così ogni tentativo di imporre una scelta al paziente. Callahan, infine, sostiene che dovremmo convincerci talora a non iniziare a curare, perché dobbiamo superare il concetto di voler guarire a ogni costo, prima di essere costretti a sospendere cure costose e inutili.

Nonostante siano chiare le condizioni permettenti l'eutanasia attiva (e il suicidio assistito), cioè le condizioni oggettive del malato, il rapporto medico-paziente e la beneficiabilità per il paziente, tuttavia il codice deontologico vieta al medico quest'atto. Per quanto la richiesta del paziente competente sia consapevole, ragionevole e non morale, il Codice non la prende in considerazione, in quanto prevale la difesa della vita come fine principale della medicina. Il Codice rifiuta che il medico divenga arbitro esplicito della vita del soggetto e che questi divenga signore della coscienza del medico. Per quanto attiene al suicidio poi, l'argomento forte è che chi si vuoi suicidare lo

fa senza chiedere sostegno a nessuno. Nel nostro ordinamento l'eutanasia non esiste come figura giuridica, il che rende omicidi gli atti eutanasi. Il problema comunque non è giuridico ma morale e religioso. Per questo ritengo che una legge sull'eutanasia può aver senso solo sul modello olandese, ma che miglior cosa sia non promulgare alcuna legge. Resto convinto che lo Stato debba legiferare, a garanzia dei cittadini, sulle competenze dei medici e sui requisiti delle strutture sanitarie, ma lasciare alla libertà dei singoli le scelte che li riguardano. Inoltre nessuna legge potrà mai contenere tutta la mutevolezza del reale e la variabilità della casistica. Il medico deve essere lasciato solo con la sua responsabilità in una zona privata nel rapporto col paziente che gli si affida. Invece credo in un continuo aggiornamento del Codice, anche se questo segue con qualche ritardo i valori sociali prevalenti.

Antonio Panti

*Presidente dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze*



**Da Toscana Medica
Luglio-Agosto 2001**

I MEDICI E L'ASSISTENZA AI MALATI NELLE FASI FINALI DELLA VITA

Uno studio europeo

Nel periodo settembre 2001 - aprile 2003 gli Ordini dei Medici di Firenze e Prato parteciperanno, insieme alla Regione Toscana e al Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, all'organizzazione di uno studio europeo volto a mettere in luce le problematiche dell'assistenza resa ai malati alla fine della loro vita. Lo studio è finanziato dalla comunità europea ("Biomedical ethics and bioethics in the context of respect for fundamental human values: Public policies, law and bioethics" Proposal n° QLRT-1999-30859) e vede partecipare, insieme all'Italia, Svizzera, Belgio, Olanda, Danimarca e Svezia. In Italia lo studio verrà svolto nelle province di Firenze e Prato, in quella di Forlì, nella provincia autonoma di Trento e nel comune di Venezia.

La ricerca si svolgerà in due fasi: nella prima, di imminente inizio, si tenterà di definire un quadro epidemiologico di alcune problematiche di fine vita, verosimilmente affrontate in maniera diversa nei diversi Paesi. A tal fine le risposte date dai medici al questionario che riceveranno per posta, e che sarà rigorosamente anonimo sia per loro stessi che per lo specifico decesso cui si riferisce, verranno correlate col quadro demografico, sanitario, etico e giuridico di ogni Paese. Per permettere la comparazione dei risultati ottenuti nei diversi Paesi è stata approntata per ciascuna lingua la traduzione di una unica versione del questionario, comune per i diversi Paesi partecipanti. Lo scopo è quello di rilevare empiricamente i comportamenti e le decisioni dei medici in questi, così delicati, momenti

dell'assistenza. Questa prima fase dello studio durerà sei mesi. In una fase successiva verranno studiate le opinioni e le convinzioni etiche e deontologiche che guidano l'operato dei medici in questo settore della loro professione.

La riuscita dello studio dipende principalmente dalla adesione dei medici che riceveranno nei prossimi mesi il questionario relativo a un proprio paziente da poco tempo deceduto. I risultati, che verranno pubblicati, permetteranno un confronto fra le diverse realtà nazionali basato su dati affidabili. In particolare, essendo il nostro l'unico Paese mediterraneo

coinvolto, ci confronteremo con Paesi che hanno tradizioni e legislazioni assai diverse. L'Ordine dei Medici si fa garante dell'assoluto rispetto della riservatezza del medico rispondente al questionario, e del Suo paziente, ad ogni livello. Per questo motivo le buste pre-affrancate per le risposte dei medici sono indirizzate all'Ordine dei Medici di Firenze. L'archivio per le risposte, completamente anonimo, sarà invece gestito dalla U.O. di Epidemiologia Clinica e Descrittiva del Centro Studi e Prevenzione Oncologica di Firenze.



Da **IL SOLE24 ORE SANITA'**
del 24-30 ottobre 2000

Lanciato da Veronesi il progetto
“ospedale senza sofferenze” con terapie su misura

IL DOLORE SI SCONFIGGE IN CORSIA

*Monitoraggio costante tre volte al giorno
e via libera alla morfina*

Curare il dolore negli ospedali e in casa per sconfiggere l'eutanasia. È la proposta lanciata la settimana scorsa dal ministro della Sanità, Umberto Veronesi, che recentemente ha istituito anche una commissione di studio ad hoc sul fenomeno.

La proposta di Veronesi si articola su due fronti. Il progetto dell'“ospedale senza dolore” prevede il controllo costante del livello del dolore in tutti i pazienti tre volte al giorno - come si fa per temperatura e pressione, secondo una scala europea che va da uno a dieci.

Per rendere poi possibile la terapia del dolore anche a casa sono state presentate alla Camera due proposte di legge tese a rendere meno restrittive le attuali norme sulla somministrazione della morfina.

La proposta di modifica della legge attuale, presentata dal ministro della Sanità è attualmente alla Camera e dopo la Finanziaria - assicurano dal ministero - potrà essere varata dal Senato e diventare legge. Così almeno spera Veronesi, che ha chiamato in causa anche i medici e gli operatori e tutti i cittadini affinché la nuova legge venga varata prima della fine della legislatura.

Già ottocento medici di famiglia della *SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)* hanno aderito all'iniziativa legislativa per curare non solo i malati di tumore ma anche coloro che hanno un dolore cronico dovuto ad altre patologie e che spesso chiedono l'eutanasia come sollievo alle proprie sofferenze.

“Purtroppo la terapia del dolore in Italia non è stata mai presa sul serio dal punto di vista istituzionale, ma solo soggettivamente”, ha detto il ministro. “Abbiamo quindi deciso, con le modifiche alla legge, di liberalizzare l'uso della morfina, nel limite del possibile, per questi malati, perché siamo massacrati ideologicamente da una legge proibizionistica che tra tanti altri elementi negativi ha anche questo risvolto doloroso che, demonizzando la sostanza - ha aggiunto Veronesi - vede il suo uso precluso in quasi tutte le circostanze e di fatto il medico curante è restio a somministrare morfina al malato, perché dissuaso nell'azione e con gravi danni per il paziente”.

I due provvedimenti che riducono le restrizioni alla prescrizione dei farmaci contro il dolore prevedono l'introduzione di alcune modifiche al decreto presidenziale n. 309 del 9 ottobre 1990. L'obiettivo è rendere disponibile la morfina e gli altri farmaci contro il dolore anche a casa dei pazienti, con prescrizioni più semplici (oggi è necessaria ricetta in tre copie scritte a mano), per dosi adeguate a 30 giorni di terapia e senza sanzioni penali per medici e infermieri che trasportano questi farmaci a casa del malato.

Negli ospedali italiani, un malato su due fa i conti con il dolore provocato dalla malattia che lo affligge.

Ben due su cinque (40%) però, non ricevono alcun trattamento per il controllo del dolore, nonostante esistano farmaci “ad hoc” che, se usati, potrebbero alleviare le sofferenze del 90% dei pazienti. In Italia, ogni giorno, i dolori acuti e cronici tormentano 30mila malati di cancro in fase terminale.

A essi vanno aggiunti quanti patiscono per molte altre patologie, dai traumi al fuoco di Sant'Antonio.

Cifre impressionanti, da cui emerge la distanza tra la realtà quotidiana delle nostre strutture ospedaliere e l'urgenza di un'assistenza adeguata.

Per colmare questa distanza, ha preso il via in venti ospedali italiani una campagna d'informazione, promossa dalla costola italiana dell'associazione internazionale “Ensemble contre le douleur”, per richiamare l'attenzione di medici, autorità sanitarie e pazienti su questi problemi e definire strategie per superarli.

Undici esperti al lavoro

Il ministro della Sanità, Umberto Veronesi, ha incaricato una specifica commissione ministeriale per delineare aspetti e procedure per la nascita di un “ospedale senza dolore”: una struttura riformata in modo tale da ridurre al massimo la sofferenza per i degenti.

Della commissione, presieduta dal professor Vittorio Ventafridda – direttore Oms “Collaborating Centre for Cancer Control and Palliative Care” - Istituto europeo di oncologia, Milano – fanno parte: Edoardo Arcuri (direttore servizio di anestesia e terapia del dolore – Istituto Regina Elena, Roma); Maria Santina Bonardi (Servizio Infermieristico – Istituto europeo di oncologia, Milano); Paolo Busoni (ospedale pediatrico Meyer, Firenze); Franco De Conno (direttore servizio terapia del dolore e cure palliative e riabilitazione – Istituto nazionale tumori, Milano); Antonio Gullo (reparto di anestesia e rianimazione – ospedale di Cattinara, Trieste); Franco Enriquet (già primario di anestesia e rianimazione presso l'ospedale S. Martino di Genova); Sebastiano Mercadante (direttore dipartimento oncologico – casa di cura Maddalena di Palermo); Vincenzo Montrone (responsabile dell'unità di terapia del dolore e cure palliative dell'ospedale Cardarelli di Napoli); Elena Scaffidi (unità di psiconcologia Oms “Collaborating Centre for Cancer Control and Palliative Care” - Istituto di europeo di oncologia, Milano); Marco Visentin (primario servizio di terapie del dolore e cure palliative – ospedale San Bortolo di Vicenza).

IL DOLORE "GLOBALE" DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Il dolore colpisce la maggioranza dei pazienti affetti da cancro avanzato, alterandone la qualità di vita soprattutto nel periodo terminale della malattia.

Per il paziente neoplastico il dolore è uno dei sintomi più temuti, mentre per l'oncologo esso rappresenta uno dei problemi più difficili dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

È in questa fase che purtroppo i pazienti vengono talora abbandonati a se stessi come se un dolore fosse uno scotto che il paziente deve necessariamente pagare.

Si calcola che circa un terzo dei pazienti sottoposti a trattamento con finalità radicale, presenti già dolore moderato o importante, mentre i pazienti con neoplasia in fase avanzata lamentano dolore in percentuale assai più elevata (dal 60 al 90 %).

Quanto alla sede della neoplasia la maggiore frequenza del dolore si verifica nella localizzazione ossea seguita da quelle di pertinenza otorinolaringoiatria, genitourinaria e polmonare.

La frequenza del dolore in rapporto alle cause si può suddividere in 3 gruppi:

- a) da invasione o compressione tumorale: 74%
- b) conseguente a terapie oncologiche specifiche (chirurgia, radio-chemioterapia): 19%
- c) indipendente sia dal tumore che dalla terapia: 3%

Il dolore associato al cancro avanzato è abitualmente cronico e costante anche se di intensità variabile. Esso è dovuto a:

- compressione delle radici nervose sensoriali spinali o di grossi tronchi o radici nervose da parte della massa neoplastica
- distensione od ostruzione di un viscerale cavo
- ostruzione vasale con conseguente ischemia

- necrosi, infezione ed infiammazione dei tessuti circostanti la massa tumorale
- fratture patologiche ossee o interessamento del periostio da parte del tumore

- lesioni nervose e viscerali da trattamenti radiologici e chemioterapici.

I meccanismi fisiologici delle più comuni sindromi dolorose oncologiche non sono ancora ben conosciuti. Probabilmente una serie di modificazioni neurofarmacologiche e neurofisiologiche intervengono nei tessuti ossei, nelle parti molli, nei vasi sanguigni e linfatici, nei nervi e nei visceri determinando attivazione dei nocicettori e dei meccanicocettori attraverso stimoli meccanici e chimici (compressione neoplastica: infiammazione e liberazione di mediatori). Ne consegue una sintomatologia continua o intermittente. Il dolore neoplastico è un dolore complesso e di difficile trattamento essendo spesso un dolore non solo nocicettivo ma anche neuropatico, centrale, da deafferentazione e psicogeno. La percezione del dolore è molto variabile in quanto influenzata da vari fattori come età, sesso e stato d'ansia. Quest'ultima è il fattore più importante che agisce intensificando l'esperienza del dolore. Essa deriva dalla paura dell'ignoto e dal continuo ripensamento che qualcosa di dannoso stia operando dentro il proprio corpo.

La mancanza di speranza e la paura della morte imminente si aggiungono alla sofferenza del paziente accrescendone il dolore. L'identificazione sia dei fattori fisici che di quelli non fisici è essenziale per pianificare un trattamento corretto. Il concetto del "dolore totale" coniato da Saunders è particolarmente appropriato perché racchiude in se tutti gli aspetti più importanti: sia lo stimolo nocicettivo, che fattori psicologici, spirituali, sociali e finanziari.

Non è possibile intraprendere una terapia antalgica se non si esegue una cor-

retta valutazione del paziente e del suo dolore. È di fondamentale importanza ricercare le cause che provocano lo stimolo nocicettivo, rilevare se il dolore aumenta o è presente solo con il movimento (*dolore incidente*) o si manifesta anche a riposo (*dolore statico*). È importante inoltre conoscere per quante ore nella giornata il paziente non presenta dolore e quante sono le ore di sonno. A tale proposito è di estrema utilità l'utilizzo di una cartella - diario del dolore (*Home Recording Card*) compilata dal paziente, sulla quale egli può annotare giorno per giorno le ore in cui il dolore è presente, l'intensità del dolore (nessun dolore/dolore fortissimo), le ore di sonno e la presenza di sintomi indesiderati (nausea, vomito. etc).

In sintesi è necessario da parte del terapeuta:

- a) credere nel dolore del paziente
- b) valutare l'intensità del dolore. Non è possibile valutare l'intensità del dolore attraverso test oggettivi ed altrettanto difficile è misurare il grado di coinvolgimento emotivo del paziente soprattutto quando il dolore è ormai cronicizzato. È comunque utile disporre di "scale di valutazione" che consentono di confrontare nel tempo l'efficacia della terapia.

Il metodo più semplice è l'impiego della scala di Keele che assegna da zero a quattro punti a seconda che il dolore sia assente, lieve, modesto, forte, fortissimo.

Altre proposte sono state avanzate, per la maggior parte inquadrabili come varianti dell'analogo visivo di Huskisson (VAS - Visual Analogue Scale). Esso consiste in una linea ai cui estremi sono segnate le indicazioni "nessun dolore" e "il più forte dolore immaginabile".

Su questa linea il paziente deve ripor-

tare un segno di corrispondenza dell'intensità dolorosa che in quel momento egli ritiene di provare (scale 0-10 oppure 0 - 100).

Altri autori hanno proposto scale con differenti tonalità di grigio o variamente colorate (scale cromatiche)

c) valutare la situazione psicologica del paziente. Associate al dolore neoplastico, come già accennato, vi sono costanti e profonde modificazioni della personalità. Le alterazioni più comuni associate al dolore sono l'ansia e la depressione. È possibile valutare queste modificazioni con vari test.

Il MHQ (Middlesex Hospital Questionnaire, per la dimensione affettiva e, in caso di alterazione del profilo, l'Hamilton test per l'ansia e la depressione e infine in caso di marcata depressione, l'MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

d) raccogliere un'accurata anamnesi algologica (tipo di dolore, precedenti esperienze, farmaci già utilizzati. eventuali allergie o idiosincrasie)

e) eseguire un accurato esame obiettivo (localizzazione ed estensione del dolore, mappe metameriche)

f) richiedere e rivalutare le necessarie indagini diagnostiche

g) considerare tutte le possibilità di trattamento antalgico (radio-chemioterapia, farmaco-terapia. etc).

Il controllo del dolore oncologico si basa sull'uso simultaneo e sequenziale di procedure terapeutiche (farmacologiche e non) che devono essere adattate alle necessità del singolo paziente.

È opportuno definire in funzione della terapia le condizioni del paziente mediante una stadiazione clinica:

I stadio: prima o subito dopo un trattamento chirurgico o radio - chemioterapico.

II stadio: la neoplasia è ormai estesa ma la sopravvivenza è prevedibilmente superiore ai 3 mesi.

III stadio: terminale con metastasi diffuse e sopravvivenza prevedibilmente inferiore ai 3 mesi.

L'approccio sequenziale al dolore oncologico e schematizzato nella tabella n° 1.

Tab.1

**Sequenza delle terapie nel trattamento del dolore
Terapia iniziale**

DOLORE	Antineoplastica	Sintomatica
	Chirurgica	
	Radioterapia	
	Chemioterapica	
	Ormonoterapica	
	Farmaci non oppioidi	
	Farmaci adiuvanti	
	Farmaci oppioidi deboli	
	Farmaci oppioidi forti	
	Blocchi anestetici locali	
	Fisioterapia	
	Psicoterapia	

Il dolore persiste: uso continuativo in dosaggio adeguato di farmaci oppioidi forti (per os o per via spinale) associati a farmaci non oppioidi e farmaci adiuvanti.

Dolore localizzato o monolaterale: blocco vie nervose.

Dolore diffuso continuo: farmaci + assistenza continua ospedaliera o domiciliare.

Un adeguato controllo del dolore richiede necessariamente un intervento multidisciplinare. La radioterapia resta uno dei mezzi più efficaci per ottenere una palliazione prolungata e ciò spiega come il dolore sia il sintomo più frequente tra i pazienti indirizzati alla palliazione radioterapica. In particolare per quanto riguarda le localizzazioni neoplastiche a livello osseo, la radioterapia praticata con frazionamento tradizionale è in grado di ottenere un controllo duraturo del dolore.

Esperienze di "emibody radioterapy" in pazienti con metastasi *ossee* plurime sembrano dare risultati palliativi molto interessanti. In pazienti con speranza di vita molto breve la radioterapia è stata praticata con numero limitato di applicazioni e notevoli risultati sul sintomo.

La durata del controllo locale con i frazionamenti concentrati è risultata meno soddisfacente rispetto al frazionamento tradizionale. La radioterapia risulta meno efficace sul controllo del dolore dovuto a infiltrazione neoplastica dei plessi nervosi.

Dal punto di vista pratico è necessario in questi pazienti:

- aumentare le ore di sonno
- diminuire le ore con dolore statico
- diminuire il dolore provocato dalla deambulazione

L'uso dei farmaci analgesici costituisce la metodica principale per il controllo del dolore oncologico. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suggerisce un approccio sequenziale (vedi tabella 2).

Classificazione dei farmaci analgesici

Una classificazione dei farmaci analgesici è riportata nella tabella 3.

Gli oppiacei "forti" includono la morfina, la buprenorfina, il metadone ed il fentanyl (dolore severo ed intollerabile).

Il fentanyl è un oppiaceo sintetizzato nel 1960 con azione "antagonista" sui MU-recettori e con potenza analgesica 75-100 volte più forte della morfina.

Schematicamente i farmaci definiti "adiuvanti" devono essere utilizzati: per trattare uno specifico tipo di dolore e/o migliorare gli altri sintomi che frequentemente sono presenti nel dolore oncologico.

Tali sostanze devono essere inserite nei protocolli terapeutici dopo una attenta valutazione della sintomatologia e dell'obiettività clinica. La scelta del farmaco adiuvante, quindi, deve essere sempre correlata alle necessità del singolo paziente, tenendo presente che molti di questi farmaci non sono dotati di azione analgesica propria, ma piuttosto servono a controllare meglio tutto il complesso corteo sintomatologico che accompagna il dolore oncologico negli stadi terminali della malattia.

Tab.2
Sequenza delle terapie mediche nel trattamento del dolore

Dolore

Farmaci non oppioidi (FANS) + adiuvanti

Il dolore persiste o aumenta

Oppioidi deboli

Farmaci non oppioidi (FANS) + adiuvanti

Il dolore persiste o aumenta

Oppioidi forti

Farmaci non oppioidi (FANS) + adiuvanti

Tab.3
Classificazione dei farmaci analgesici

Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) (inibitori della sintesi delle prostaglandine)

Acetilsalicilico

Indometacina

Naproxene

Ketorolac

Farmaci antinfiammatori steroidei (effetto antiedemigeno, prevengono la liberazione di prostaglandine):

Prednisone

Desametasone

Medrossiprogesterone acetato (MAP)

Oppioidi deboli:

Codeina

Destropropossifene

Tramadolo

Oppioidi forti:

Morfina

Metadone

Buprenorfina

Fentanyl

I farmaci usati per trattare i diversi tipi di dolore appartengono alla classe degli anticonvulsivanti, degli antidepressivi e dei corticosteroidi (antinfiammatori).

Quelli utilizzati per “controllare” o migliorare i sintomi comprendono i neurolettici, gli ansiolitici e gli antidepressivi.

I farmaci *adiuvanti* in senso stretto controllano la nausea e il vomito, l'acidità gastrica, la diarrea, la stipsi, etc.

Gli *anticonvulsivanti* sono sostanze il cui meccanismo di azione comprende, tra l'altro, la soppressione della scarica neuronale spontanea (neuronal firing).

Carbamazepina e Fenitoina, utilizzati con successo nella nevralgia essenziale del trigemino, in oncologia aiutano a controllare violenti dolori “a pugnata” della testa, del collo e degli arti da ripetizione neoplastica.

(Carbamazepina 400-600 mg/die)
(Fenitoina 250-300 mg/die).

Il gruppo degli *psicotropi* comprende i farmaci utilizzati per il loro effetto antidepressivo, per il loro effetto ansiolitico, o per un effetto misto (miorilassante, antiemetico ed anticonvulsivante).

Gli *antidepressivi* controllano non solo lo stato depressivo, presente nel 30-60% dei pazienti oncologici, ma si utilizzano anche per trattare la componente disestesica del dolore da deafferentazione.

In questi casi gli antidepressivi, in particolare la amitriptilina, determinano un effetto analgesico con disagi inferiori a quelli usati per il trattamento della depressione. Il meccanismo d'azione dell'amitriptilina si basa sul blocco del “reuptake” presinaptico della serotonina e delle catecolamine (Amitriptilina 10-50 mg/die).

Il trazodone (antidepressivo non tricyclico) ha minori effetti collaterali rispetto all'amitriptilina in quanto non dotato di attività anicolinergica (Trazodone 50-75 mg/die).

Tra i *neurolettici* la clorpromazina possiede una attività ansiolitica che può essere utile nel ridurre l'ansia, fonte essa stessa di dolore. È dotata inoltre, di attività antiemetica e miorilassante in presenza di contrattura della muscolatura somatica (Clorpromazina 30 - 90

mg/die).

La proclorperazina ha un marcato effetto antiemetico e solo un modesto effetto ansiolitico (proclorperazina 30 - 60 mg/die).

L'aloiperidolo (butirrofenone) è lo psicotropo più efficace nel trattamento degli stati confusionali ed agisce anche come ansiolitico ed antiemetico (Aloperidolo 1.5-3.0 mg/die).

Tra gli *ansiolitici* il diazepam è comunemente usato per controllare gli stati acuti di ansia e panico che si manifestano spesso in questi pazienti. Può essere utile, inoltre, nel trattamento del dolore dovuto a spasmo muscolare (Diazepam 10-30 mg/die), mentre non dovrebbe essere impiegato nel trattamento dell'insonnia. Per tale scopo, invece, è possibile utilizzare il Triazolam.

I *corticosteroidi* sono spesso impiegati durante l'intero decorso della malattia neoplastica. Esplicano sia un'azione antiprostaglandinica, sia una probabile azione centrale sui neurotrasmettitori. Possono essere utilizzati nel dolore da compressione o infiltrazione di tronchi e plessi nervosi, nelle metastasi cerebrali e nelle compressioni del midollo spinale. I corticosteroidi trovano inoltre, indicazione nel trattamento delle metastasi ossee (insieme a calcitonina e clodronati). Essi migliorano l'appetito e l'umore, inducendo una sensazione di benessere (Prednisolone 15-30 mg/die; Desametasone 4-16 mg/die).

Il Fentanyl ha d'altra parte una emivita molto breve rispetto alla morfina. Per questa ragione è usato correntemente in Anestesia in numerose associazioni (NLA Neuroleptoanalgesia).

Lo sviluppo e la successiva commercializzazione della forma di somministrazione transdermica (Durogesic) ha ovviato alla breve emivita del farmaco, mantenendo concentrazioni terapeutiche per circa 72 ore (Dosaggio 25-50-75-100 mcgr/ora).

La via di somministrazione transdermica interessa ormai farmaci quali la scopolamina, la nitroglicerina e la clonidina. Il Fentanyl è il primo oppiaceo utilizzato attraverso la via dermica.

Le caratteristiche fisico-chimiche e farmacologiche del Fentanyl, il suo basso peso molecolare, la sua lipofilia e la

sua potenza "analgesica" sono tutte caratteristiche compatibili con la via di somministrazione transdermica. Questa via di somministrazione è estremamente semplice e non interferisce con la normale attività del paziente.

Per impostare una terapia farmacologica corretta è opportuno seguire alcuni importanti principi:

- 1) il dosaggio analgesico deve essere individualizzato.
- 2) È preferibile, se possibile, l'uso di medicinali "per os", somministrando i farmaci ad orari fissi e non al bisogno (si ottiene un effetto analgesico con dosaggio globale inferiore).
- 3) Impiegare gli analgesici a gradini fissi (secondo lo schema suggerito dall'OMS).
- 4) Una strategia polifarmacologica permette di ottenere i migliori risultati.
- 5) La copertura antalgica deve essere garantita per tutto l'arco delle 24 ore.
- 6) Controllare il decorso del paziente e trattare gli effetti collaterali.
- 7) Trattare adeguatamente l'insonnia.
- 8) Somministrare farmaci adiuvanti se necessario.

Purtroppo il dolore, tranne che nelle prime fasi della malattia, non è mai un sintomo isolato; nelle fasi avanzate compaiono numerosi disturbi collaterali invalidanti (vedi tab.4)

Anche la stipsi è un sintomo molto frequente nei pazienti neoplastici ed è aggravato dall'uso di oppioidi.

L'anoressia, l'astenia, l'incontinenza e le piaghe da decubito sono tutti fattori tipici degli stadi terminali della malattia ed aggravano la sintomatologia dolorosa del paziente. Inoltre, l'ansia, la depressione e l'insonnia contribuiscono a peggiorarne la qualità della vita.

Numerosi tipi di farmaci, a struttura chimica diversa, possono essere utilizzati come terapia integrativa, di supporto o adiuvante nel dolore oncologico, con la finalità di ridurre la sofferenza globale del paziente.

Per controllare la nausea ed il vomito (causati dall'impiego di oppioidi, radio - chemioterapia, o da localizzazioni della malattia) si possono utilizzare Aloperidolo o Ploclorperazin. La morfina agisce anche sui centri vestibolari provocando nausea soprattutto durante la deambulazione. Utili in questo caso i farmaci anti-vertiginosi e anticinetosici. Il trattamento con oppioidi riduce la motilità gastrica con tendenza alla distensione ipertonica. In questo caso l'uso di Metoclopramide (30-40 mg/die) o Domperidone (60 mg/die) può migliorare la sintomatologia. Di impiego ormai consolidato nel trattamento della nausea e del vomito nel paziente neoplastico è l'Ondansetron, un antagonista selettivo dei recettori 5HT₃, localizzati sia a livello centrale che periferico. Il meccanismo d'azione, nel controllo della nausea e del vomito non è completamente conosciuto.

Gli agenti chemioterapici e la radioterapia possono causare un rilascio di serotonina dall'intestino tenue che, a sua volta, mediante afferente vagali serotonergiche può scatenare il riflesso del vomito. L'Ondansetron è in grado di inibire questo riflesso (Ondansetron 8 - 16 mg/die).

La stipsi, la ritenzione urinaria ed il prurito sono molto frequenti nel paziente neoplastico (trattamento con oppioidi) e necessitano di un trattamento specifico.

Da non sottovalutare il controllo e la correzione delle carenze nutrizionali e dell'idratazione (astenia ed anoressia).

Da quanto brevemente esposto, si evince che diversi farmaci, riuniti sotto il termine di adiuvanti, consentono di inte-

Tab.4

Sintomatologia collaterale nel dolore oncologico

Nausea	Decubiti
Vomito	Anoressia
Singhiozzo	Astenia
Acidità gastrica	Insonnia
Stipsi e Diarrea	Dispnea
Incontinenza	Ansia/Depressione

La prevenzione ed il trattamento di queste manifestazioni riducono la sofferenza del paziente e facilitano il controllo del dolore.

La nausea ed il vomito sono spesso presenti negli stadi avanzati della malattia neoplastica. La radio - chemioterapia e l'uso di analgesici contribuiscono a determinare ed aggravare questo sintomo.

grare opportunamente la terapia e talora (se usati con oculatazza ed in maniera mirata) permettono di ridurre il dosaggio globale dei farmaci analgesici (oppioidi e non). Essi comunque, contribuiscono a ridurre la sofferenza del paziente ed a

migliorarne la qualità di vita negli stadi terminali della malattia.

Domenico Camaioni

Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma



**Da *IL SOLE24 ORE SANITA'*
del 24-30 aprile 2001**

PER LE CURE PALLIATIVE ARRIVANO LE LINEE GUIDA

Si completa il mosaico di provvedimenti per rilanciare anche nel nostro Paese le cure palliative. L'assistenza ai malati terminali si arricchisce, infatti, di un ultimo tassello: "Le linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative".

Si tratta di un documento - che ha incassato, la scorsa settimana, il via libera della Conferenza Stato-Region-Città - messo a punto da un'apposita commissione del Ministero della Sanità con il compito di tracciare l'identikit dei pazienti che potranno accedere a questo tipo di assistenza ma che provvede anche a delineare i "livelli" e i "percorsi assistenziali" e ad affrontare il nodo della formazione per la dirigenza nel campo delle cure palliative.

I destinatari

Tre - secondo le linee guida - le "categorie" che ne beneficeranno: si tratta dei pazienti colpiti da tumore, Aids e "patologie non neoplastiche ad andamento progressivo" (malattie del sistema cardiovascolare, dell'apparato respiratorio e del sistema nervoso). Il documento provvede, innanzitutto, a fornire le "dimensioni del problema". Ad accedere alla "rete delle cure palliative" - introdotta dal decreto del Ministero della Sanità del 28 settembre 1999 - dovrà essere, secondo le previsioni sul "fabbisogno" di cure, il 90% dei pazienti poi deceduti per tumore che nel 25-65% dei casi ha bisogno di interventi di cure palliative "più o meno complessi" mentre nel 15-25% dei casi necessita di ricovero in strutture ad hoc (gli hospice). Per i malati di Aids non esistono percentuali ma si suggerisce il ricorso a un'assistenza adeguata "in particolare nelle fasi avanzate e terminali di malattia". Mentre per le altre tre patologie si stima che per ogni mille deceduti all'anno per tumore ci sono 500-1.000 nuovi pazienti non oncologici (e non Aids).

Livelli e percorsi assistenziali.

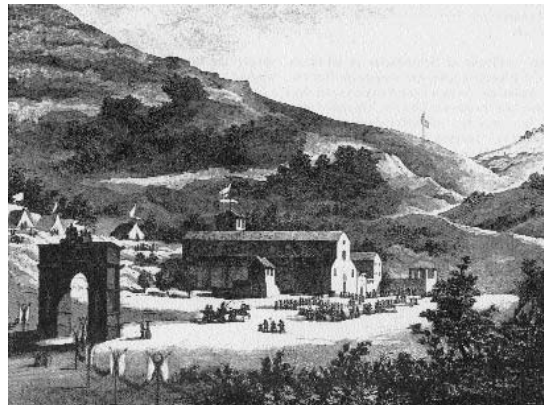
Le linee - guida privilegiano un "modello integrato" in grado di far fronte alle esigenze dei pazienti con "bisogni clinici di bassa intensità con prevalenti bisogni di natu-

ra specificamente socio-assistenziale” e capace di rispondere anche alle richieste dei malati con bisogni “di particolare complessità”. La maggior parte di questi - secondo il documento - potrà essere seguita con “l’intervento organizzato di personale infermieristico, riabilitativo, psicologico e sociale” coordinata dal medico di famiglia. Ma nei casi più difficili dovrà subentrare una struttura specialistica: l’unità di cure palliative dotata di un’équipe multi-professionale (medico palliativista, infermiere, psicologo, assistente sociale, operatore sociosanitario). A decidere i “percorsi assistenziali” più adeguati (dall’assistenza a casa fino al ricovero in hospice), sarà l’“unità valutativa di cure palliative” composta “almeno” da: medico del distretto, palliativista della struttura specialistica di riferimento, medico di famiglia e infermiere coordinatore.

Formazione

Due gli interventi “opportuni” su questo fronte: formazione ad hoc per i medici di famiglia (sia nel corso di specializzazione che nella Ecm) e definizione dei criteri per i “formatori” e per l’accesso alle funzioni dirigenziali. Un compito quest’ultimo definito in un altro provvedimento (un decreto del Ministero ancora in bozza) che, presto, dovrebbe avere il via libera dando vita anche a un primo corso sperimentale di specializzazione in cure palliative.

Mar.B.



UNA TESTIMONIANZA IN DIRETTA

Antonio Baiano,
componente del Comitato di Bioetica dell'Ordine,
ci scrive

Illustre e caro Presidente,

come ho avuto modo di anticiparTi telefonicamente, non potrò essere presente, purtroppo, alla conclusione dei lavori del *Secondo Corso di Bioetica*, perché sottoposto ad intervento chirurgico presso l'U.O.C. di Chirurgia Toracica del Polo Oncologico del "nuovo" *Regina Elena* a Roma.

Il tema di questa sera, "*L'umanizzazione della medicina*", di estrema importanza ed attualità, anche perché connesso, per intuibili motivi, alla velocità delle mutazioni sociali, affidato al Chiar.mo Prof. Franco Schittulli: relatore e al dr. Emanuele Cozzi: tutor, sicuramente verrà trattato con lucida e chiara determinazione.

Nel pregare Te ed il dinamico Presidente del Corso, dr. Fernando Petrone, di voler trasmettere ai signori partecipanti il più vivo e cordiale saluto, vorrei che giungesse la testimonianza relativa alla mia recente esperienza di paziente, che si caratterizza, per una stretta attinenza, sia con il tema in discussione questa sera, che con quello trattato in precedenza, concernente la terapia del dolore.

Ebbene, nella struttura ospedaliera che attualmente mi ospita, magistralmente diretta e coordinata dal prof. Francesco Facciolo, ho potuto constatare in ogni istante una diffusa sensibilità, che si concretizza in una puntuale e cordiale attenzione, da parte dei preposti e degli addetti che, ai vari livelli di responsabilità, riescono brillantemente a dare una forte testimonianza dei vantaggi e delle ricadute positive sugli ammalati, attraverso un comune agire che porta a conseguire progressi diretti ad una più attuale umanizzazione della medicina. Ed in questo processo occorre rimarcare il ruolo che assume una corretta e più avanzata terapia del dolore, testimoniata nel mio caso dall'altissimo profilo umano e professionale dell'anestesista, d.ssa Ester Forestieri, il cui ruolo non si ferma in sala operatoria.

A questo punto sento il dovere di esprimere il più vivo compiacimento per l'attualità dei temi scelti dal Comitato di Bioetica, del quale ho l'onore di far parte, ma soprattutto mi è gradita l'occasione per esprimere profondo apprezzamento per la decisione del Consiglio dell'Ordine e del Suo Presidente di dedicare il prossimo numero di "*Medicina Pontina*", validamente sostenuto dall'opera infaticabile e tenace del Direttore Scientifico, dr. Alfredo Caradonna, alla terapia del dolore.

Sono sicuro che tale pubblicazione, nell'esercitare una opportuna opera di sensibilizzazione, porrà molti interrogativi sulla necessità di avviare, o consolidare risolutamente nella nostra Provincia, tali importanti processi innovativi e di crescita, partendo dall'individuazione degli ostacoli e delle eventuali posizioni di inerzia, riferibili soprattutto a soggetti con livelli di responsabilità di direzione e di coordinamento, che impediscono o ritardano, tranne non trascurabili eccezioni, il raggiungimento di migliori standard di qualità, sia nel rapporto medico/paziente, che in quello costo/benefici.

Grato per l'attenzione verso questa mia testimonianza, porgo vivissimi cordiali saluti estensibili a tutti gli amici.

Con affetto

Antonio Baiano

NOVITÀ NELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Pag. **76** - La morfina: i falsi miti, le realtà
Tonio Sollai

Pag. **85** - Niente morfina, siamo italiani: gli ultimi posti nelle cure palliative
Edoardo Altomare

Pag. **86** - Dolore: la ricetta diventa semplice
a cura di *Pierandrea Cicconetti*

Pag. **87** - Dolore, una terapia senza ostacoli]
a cura di *Pierandrea Cicconetti*

Pag. **89** - Oppioidi: poche prescrizioni, troppe resistenze dai medici

Pag. **90** - Dolore, non basta una buona legge
Mario Pirani

Sezione curata da

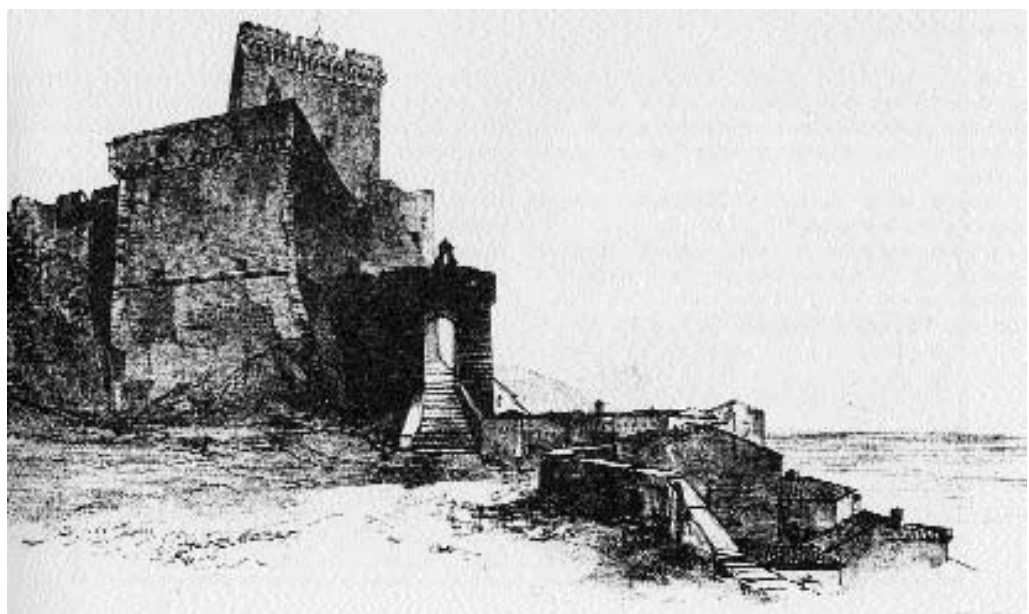
Roberto Pennacchio

Presidente Ordine dei Farmacisti Provincia di Latina

Fabrizio Latini

Vice-Presidente Ordine dei Farmacisti Provincia di Latina

Sermoneta - *Il Castello Caetani* - Edward Lear, 1846



Quando, come Ordine dei Farmacisti, siamo stati invitati a partecipare alla realizzazione della pubblicazione predisposta dall'Ordine dei Medici, riguardante la terapia del dolore e le cure palliative, abbiamo accettato l'invito con piacere, convinti di apportare con le nostre competenze un contributo per rendere l'aspettativa di vita migliore a quanti si trovano in condizioni di disagio fisico. Come Farmacisti abbiamo salutato con favore l'emanazione della legge 12/2001 volta a semplificare la prescrizione dei farmaci oppiacei in quanto ben comprendiamo le difficoltà di quanti in un determinato periodo della loro vita devono assumere medicinali necessari per controllare il dolore causato da una patologia, che spesso lascia il segno. Prova ne è il fatto che le farmacie aperte al pubblico debbano detenere, obbligatoriamente, così come recita la Farmacopea Ufficiale X Ed., alcuni dei principi attivi previsti nell'allegato III-bis di cui alla legge 12/2001.

È certo che ognuno, per la propria competenza, deve mettere l'operatore sanitario nelle condizioni di poter ben operare tenendo presente la delicatezza della situazione.

A leggere i primi dati sull'attuazione della succitata legge sembrerebbe che la stessa sia ancora poco applicata per svariati motivi che, comunque, esulano dalle nostre competenze professionali.

Nel salutare questa *Giornata del Solievo* come momento di riflessione su una problematica di estremo rilievo sociale, auspichiamo una fattiva collaborazione con tutte le categorie interessate affinché il paziente non debba ulteriormente soffrire, avendo la disponibilità di strumenti utili a migliorare sensibilmente la sua qualità di vita.

**Roberto Pennacchio
Fabrizio Latini**

LA MORFINA: I FALSI MITI, LE REALTÀ

La terapia con oppioidi è in grado di controllare almeno il 75% delle sindromi dolorose dei pazienti affetti da malattie neoplastiche. Questo straordinario indice di successo nel trattamento giustifica ampiamente il loro utilizzo anche nel primo approccio al trattamento del dolore da cancro da moderato a severo.

Tutti i farmaci oppioidi producono un'analgesia imitando il meccanismo d'azione degli oppioidi endogeni (Endorfine) e agendo a livello dei multipli sottotipi dei tre maggiori tipi di recettori endogeni (*m*, *k* e *d*) del midollo spinale, encefalo e tessuti nervosi periferici. Gli oppioidi comunemente usati nella pratica clinica agiscono prevalentemente sui recettori *m*. A livello del Sistema Nervoso Centrale agiscono sia a livello presinaptico che postsinaptico inibendo il rilascio dei trasmettitori e l'eccitazione dei neuroni delle vie del dolore. A livello del Sistema Nervoso Periferico la stimolazione dei recettori rallenta gli impulsi nocicettivi a partenza dalle zone coinvolte da una importante componente infiammatoria.

In base al loro meccanismo d'azione si dividono in agonisti puri e agonisti-antagonisti, basati sulla loro interazione con i propri recettori. Gli agonisti puri (morfina, codeina, destropropossifene, metadone, fentanyl e suoi derivati) si legano ai recettori *m*. Gli agonisti-antagonisti si dividono in due subclassi:

1. agonisti-antagonisti misti (butorfanolo, nalbufina, pentazocina)
2. parziali agonisti (buprenorfina)

I primi sono debolmente antagonisti dei recettori *m* e agonisti dei recettori *k*, mentre la seconda ha un agonismo selettivo per i recettori *m* con efficacia limitata dal dosaggio: oltre una certa dose si raggiunge il tetto di efficacia e l'alta lipofilia rende il legame molto resistente, difficilmente scalzabile da un altro agonista puro come la morfina. Per questi effetti le subclassi degli agonisti-antagoni-

sti non sono preferiti nel trattamento del dolore neoplastico.

Le vie nocicettive e il sistema degli oppioidi con cui interagiscono sono caratterizzati dal fenomeno della plasticità che può influenzare la percezione del dolore e la risposta ai farmaci specifici. La sensibilità agli oppioidi può essere ridotta da alterazioni nervose periferiche; può essere aumentata da farmaci che hanno attività antitetica agli oppioidi oppure si può verificare lo sviluppo della sensibilizzazione neuronale centrale. Tale sensibilizzazione indotta da stimoli nocicettivi a partenza dalla periferia coinvolgono verosimilmente molti meccanismi, uno dei quali è l'interazione a livello midollare tra il recettore N - metil - D - aspartato (NMDA) e gli aminoacidi eccitatori come il Glutamato, che si comporta come il proprio ligando endogeno.

È possibile che nella fisiopatologia di alcuni tipi di dolore neuropatico siano coinvolti meccanismi di sensibilizzazione centrale con il recettore NMDA (Russek K. Portenoy, Pain in oncologic and AIDS patients, Handbooks in Health Care Co. Newtown, Pennsylvania, USA).

Dai dati suesposti si evince che la risposta agli oppioidi è un fenomeno altamente variabile. Una variabilità che è ovviamente multifattoriale correlata sia alle caratteristiche della sindrome dolorosa, sia alle peculiari caratteristiche del paziente e alla sua specifica risposta al farmaco utilizzato. Alcuni tipi di dolore possono alterare la sensibilità alla risposta ai farmaci oppioidi: ad esempio il dolore *incident*, causato da un'azione volontaria del soggetto; il *breakthrough pain* che è il dolore acuto che si instaura durante una terapia antalgica specifica; un particolare *distress* psicologico legato alla malattia e/o alla situazione familiare e socioeconomica di un malato; la necessità di una buona terapia da instaurare e soprattutto la buona conoscenza delle ba-

si farmacologiche dei farmaci utilizzati. Su quest'ultimo punto voglio soffermare la mia attenzione conoscendo, confutando ed infine tentando di abbattere definitivamente i falsi miti e le credenze attorno al farmaco cardine nella terapia delle sindromi dolorose dei malati neoplastici terminali.

Più avanti sono elencati alcuni dei principali pregiudizi intorno all'uso della morfina. Ognuno di questi punti verrà affrontato separatamente fornendo le possibili soluzioni.

Nella pratica clinica mi è capitato più di una volta che un collega abbia chiesto delle delucidazioni sulla ricettazione degli oppioidi. Un problema molto importante e forse mai affrontato con la dovuta serietà da parte nostra. I nostri migliori alleati in questo frangente sono sempre stati i farmacisti, ben a conoscenza di queste problematiche.

La ricettazione è regolamentata dalla Legge 685 del 1975. Una formula abbastanza complicata per cui se nessuno è mai stato informato incorrerà sicuramente in errori che comportano la ripetizione della prescrizione e la dolorosa perdita di quei preziosi foglietti. Purtroppo una parte dei medici di famiglia non possiede il ricettario ministeriale, per incuria, per ignavia, non saprei. Ancor più grave è che alcuni non ne conoscano neppure l'esistenza. È sufficiente rivolgersi agli Ordini Professionali, apporre qualche firma e il problema dell'approvvigionamento è risolto.

Veniamo ora alla ricettazione: non può superare gli 8 giorni se si tratta di farmaci delle Tabelle 1, 2, (morfina, codeina, metadone e pentazocina), con annessa assunzione di responsabilità. La buprenorfina, invece, è nella Tabella 3. La sua ricettazione è semplice: ricetta in duplice copia su normale ricettario, si scrive in lettere per esteso con timbro e firma senza carta carbone. La ricetta è ripetibile senza limitazioni di tempo e di dose (vedi Tabella 3).

La ricettazione della codeina necessita del ricettario giallo ministeriale in cui si deve indicare al farmacista il tipo di confezionamento (capsule o cialde), il dosaggio singolo, il numero totale di cialde e l'assunzione di responsabilità per dosaggio superiori a 200 mg/die (ve-

di Tabella 4).

La ricettazione della morfina a lento rilascio è soggetta a ristrettezze inferiori per cui nello stesso giorno si possono effettuare due ricette per preparazioni diverse (10, 30, 60, 100) e di ciascuna, fino a due confezioni. Una dovrebbe fare riferimento anche alla motivazione dell'esistenza dell'altra (non accettata da tutti i farmacisti) (vedi Tabella 5).

Analizziamo ora specificamente i falsi miti:

1. La morfina non è un analgesico efficace se somministrata per via orale

La morfina orale è molto efficace se dosata in modo appropriato. Infatti le più importanti organizzazioni mediche mondiali e l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno indicato la morfina orale come il farmaco cardine tra i tanti analgesici oppioidi disponibili. L'esperienza clinica ha messo in evidenza che la sua somministrazione orale è affidabile e sicura. In molti studi, italiani e stranieri, la morfina orale risulta efficace in oltre il 95% dei pazienti con dolore da cancro in stadio avanzato, e ben tollerata nel 85% - 90% dei casi.

2. La morfina orale deprime l'attività respiratoria ed è difficile da dosare

È sicuramente il rischio più temuto e quello che solitamente frena il medico nella sua prescrizione. Il rischio potenziale esiste per tutte le preparazioni di morfina, ma raramente, nella letteratura mondiale, si è verificata in pazienti che hanno seguito i consigli dello specialista sulle modalità di assunzione nelle fasi iniziali e sul dosaggio di mantenimento. La sentinella più attenta e scrupolosa per questo rischio è lo stesso dolore, lo stress causato da questo e dalla malattia stessa, che antagonizzano questo potenziale effetto collaterale.

Anche i malati neoplastici con precedenti malattie respiratorie possono assumere con una certa tranquillità la morfina orale a lento rilascio (Long Acting). In presenza, invece, di gravi malattie debilitanti con ipossia e ipercapnia in atto, la prudenza è d'obbligo in quanto si può aggravare la preesistente diminuzione della ventilazione polmonare.

3. La dipendenza psicologica è un

rilevante problema clinico nei pazienti neoplastici

I timori della dipendenza psicologica (desiderio fortissimo degli effetti psichici del farmaco) e della dipendenza fisica (sindrome da astinenza a seguito di una brusca sospensione del farmaco o a seguito di somministrazione di farmaci antagonisti puri) costituiscono delle remore in coloro che si occupano del trattamento del dolore da cancro. Dovrebbe essere usata cautela in pazienti con storia di abuso di droghe e alcool. Ma è ormai largamente provato che l'abuso di oppiacei terapeutici nei pazienti neoplastici non si verifica mai, neanche a scopo suicida.

In una casistica americana di circa 12.000 casi in diversi ospedali e in un arco di tempo di diversi anni, è stato riscontrato un solo caso con problemi gravi, su quattro situazioni di comprovata tossicodipendenza.

4. La tolleranza alla morfina orale comunemente si sviluppa in modo rapido

La tolleranza alla morfina orale, adattamento fisiologico che rende indispensabile un incremento del dosaggio per generare lo stesso effetto, di solito non è a rapido sviluppo quando viene usata per il controllo del dolore da cancro. Una volta raggiunta la dose di mantenimento, gli incrementi di dosaggio sono sporadici e solitamente legati a un aumento del dolore causato dall'espandersi delle masse tumorali. Nelle fasi terminali della malattia spesso occorre ridurre i dosaggi per il verificarsi di alcuni effetti collaterali da evidente accumulo di farmaco.

5. Nei pazienti neoplastici la sedazione e l'ottundimento mentale costituiscono un effetto collaterale inaccettabile per i pazienti

Sono due effetti collaterali che si possono verificare anche quando la morfina viene somministrata correttamente, soprattutto se si tratta di persone anziane. Talvolta non vengono accettati dai pazienti. Ma occorre osservare che sono effetti che tendono a scomparire già dalla prima settimana di somministrazione. Inoltre lo scarto di dodici ore tra una somministrazione e l'altra evita il rapido incremento plasmatico del farmaco e quindi il verificarsi degli effetti collaterali tipici delle preparazioni a rapido assor-

bimento.

6. La tolleranza alla morfina è un grave problema nei pazienti affetti da cancro

È raro osservare incrementi di dosaggio della morfina somministrata per via orale dovuti alla tolleranza. Questa si può verificare dopo un certo periodo di tempo di somministrazione continua, ma gli incrementi di dosaggio non sono mai un dramma in quanto sono sufficienti piccoli aggiustamenti per controllare in maniera soddisfacente il dolore. La causa dello sviluppo della tolleranza è sempre dovuta alla progressione della malattia che amplifica il fenomeno dolore in rapporto ad un ulteriore danno causato dalla infiltrazione neoplastica.

Sembra, peraltro, che la tolleranza si verifichi maggiormente quando la morfina viene somministrata per via parenterale in forma cloridrato. Inoltre dal punto di vista farmacologico la tolleranza si esplicita con lo spostamento verso destra della curva dose/risposta, per cui basta adattare il dosaggio e il problema viene risolto.

7. Assumere morfina è un modo di "vivere la morte"

La sensazione di "vivere la morte" si riscontra quando il dosaggio dell'analgescico non è sufficiente a controllare il dolore. Il miglioramento della qualità della vita in seguito all'assunzione del giusto dosaggio della morfina, è un dato ormai universalmente accertato. I pazienti sono autonomi, si possono muovere senza l'aiuto di altre persone, mantengono inalterata la loro capacità cognitiva e spesso anche la capacità lavorativa. Il ritmo sonno/veglia si regolarizza, l'appetito gradualmente viene ricuperato: in poche parole riacquistano la dignità che ritenevano inesorabilmente perduta. Nella nostra pratica clinica quotidiana di esempi che si possono portare a supporto di tale affermazione ne abbiamo fortunatamente tanti.

L'orientamento medico attuale è lo stesso che diversi anni fa l'OMS aveva proposto per il trattamento dei malati neoplastici: somministrazione di morfina per via orale, a orari fissi prescindendo dalla presenza o meno del dolore, adattando la terapia alle esigenze dei singoli malati e seguendo una scala sequenziale

in rapporto all'entità del dolore.

8. Se la morfina viene somministrata troppo precocemente, non resta altra terapia

Fortunatamente per la morfina non esiste "l'effetto tetto". Se il dolore aumenta, aumentiamo la dose del farmaco tranquillamente anche a dosaggi che per i profani possono risultare eccessivi, ad esempio fino a 1 grammo! Eventualmente l'unico problema è la stipsi, che però può comodamente essere prevenuta con opportuni presidi terapeutici, la varietà della scelta è notevole.

9. Somministrare morfina significa dare per spacciato il paziente neoplastico

Purtroppo è uno di quei miti difficili da sfatare. Ribadisco, invece, che l'uso anche precoce della morfina in un paziente neoplastico non ha questo significato, anzi! È esattamente il contrario. Le preparazioni attuali della morfina orale sono a lento rilascio e, segnatamente l'ultima nata in ordine di tempo, è preparata in modo che oltre all'esterno, anche all'interno di ogni capsula sono contenuti microgranuli ricoperti anch'essi da strati diversi dello stesso film polimerico che ne consentono la cessione controllata in tempi differenziati, in modo da non avere il farmaco a disposizione in grosse quantità in un breve periodo di tempo. Ciò permette che le somministrazioni quotidiane siano solo due, un gran vantaggio in quanto i pazienti neoplastici solitamente tendono ad assumere diverse terapie durante l'arco della giornata. Quindi se il dolore è ben trattato fin dall'inizio, il malato riesce ad organizzarsi meglio anche la giornata lavorativa.

10. La morfina ha uno stretto range terapeutico

Esattamente il contrario: il range di dosaggio terapeutico della morfina è piuttosto ampio. Solitamente i dosaggi richiesti sono modici, ma quando è necessario si aumentano i dosaggi in tutta tranquillità ottenendo il risultato voluto del controllo del dolore, anche nei pochi casi di sviluppo di tolleranza. E molto importante determinare la dose giusta per ciascun paziente, in ragione della notevole variabilità individuale sulla risposta al dolore.

11. La morfina è difficile da usare e da dosare

La morfina per via orale non è difficile da usare, però è richiesta una certa cautela nella ricerca del giusto dosaggio, specialmente se si devono trattare persone anziane. La chiave del successo con questa terapia sta tutta qui. La dose iniziale dipende anche dalla dose totale giornaliera di analgesici eventualmente usati in precedenza (vedi Tabelle 1-2). In caso di malato grave (prima somministrazione), è preferibile basarsi sull'intensità del dolore, sulle condizioni generali del malato e sulla funzionalità renale, piuttosto che sul peso corporeo. Per i farmaci agonisti parziali come la Buprenorfina e, in parte, la Pentazocina è opportuno un periodo di washout di 30 - 48 ore.

Gli incrementi di dosaggio variano dal 20% al 100% in rapporto al dosaggio iniziale. Se il malato è critico, anziano o se si è cominciato con dosaggi alti, si incrementa del 20%-30%.

12. Il dosaggio iniziale e il mantenimento sono difficili da ottenere con la morfina long acting

Quando si passa da un altro oppiaceo alla morfina è opportuno seguire le tabelle di conversione e di equivalenza dei farmaci riportate nelle Tabelle 1 e 2. Le compresse di morfina solfato a rilascio controllato sono disponibili in quattro dosaggi: 10 mg, 30 mg, 60 mg e 100 mg semplificando il dosaggio e la somministrazione. Valgono, comunque, le cautele ricordate nel punto n° 11.

13. L'efficacia della morfina orale dura solo 3 - 4 ore

Questa affermazione può essere valida per la forma cloridrata. Le nuove formulazioni a lento rilascio (MS Contin, Oblioser, Skenan) offrono il vantaggio delle due somministrazioni quotidiane nella maggior parte dei malati, solo un 3 - 5% dei malati preferiscono o necessitano della triplice somministrazione giornaliera. L'ultima formulazione sul mercato assicura una durata certa di 12 ore in rapporto allo spessore del film polimerico. Il vantaggio di queste formulazioni consiste anche nel fatto che dopo la somministrazione serale il paziente, libero dal dolore, può dormire tranquillamente tutta la notte senza doversi svegliare per assumere alcun farmaco. Non è una os-

servazione banale: il malato che non dorme di notte è stressato durante il giorno e dopo un certo periodo anche i parenti avvertono la fatica dell'assistenza al proprio congiunto. Ciò è spesso causa di incomprensioni tra di loro e di vere e proprie tensioni che possono sfociare in grossi problemi di comunicazione.

14. Dosi ripetute ogni 12 ore di morfina possono determinare un accumulo nel sangue e quindi raggiungere livelli pericolosi

Ciò si può verificare solo in casi di riduzione della filtrazione renale o blocco renale in pazienti con neoplasie dell'apparato genito-urinario. Diversamente è una eventualità veramente remota in quanto l'accumulo nel sangue è veramente minimo e il 90% del farmaco viene espulso in giornata. L'emivita della morfina solfato, una volta liberata, è sovrapponibile a quella della forma cloridrata, intorno alle 4 ore. Col Metadone sì, si può verificare un accumulo in quanto la sua emivita plasmatica può variare da 20 a 50 ore. La grossa differenza sta nell'emivita di assorbimento che nella forma solfato è molto più lunga rispetto alla forma a rilascio rapido.

15. La morfina long acting si accompagna ad un aumento dell'incidenza e della severità degli effetti collaterali degli oppiacei

La specifica formulazione della morfina a lento rilascio rallenta anche la sua cinetica mantenendo inalterata la biodisponibilità totale. Ma la rallentata utilizzabilità del farmaco modifica anche gli effetti collaterali in quanto raramente si osservano effetti legati alla rapida disponibilità del farmaco (a meno che il malato non rompa le compresse o le mastichi, talvolta succede quando si ha paura di eccesso di dosaggio). L'unico vero problema è la stipsi che, come abbiamo già visto, può essere prevenuta con una certa facilità. Gli altri effetti collaterali come la seriazione, nausea, vomito, prurito, ritenzione urinaria e disforia, hanno un'incidenza molto bassa e sicuramente meno severa degli oppiacei riportati nelle Tabelle 1 e 2.

16. La morfina orale comporta l'uso concomitante di antiemetici nella maggior parte dei pazienti

La nausea e il vomito sono effetti col-

laterali che si possono riscontrare nei malati che assumono morfina per via orale, ma come già ricordato in precedenza, sono fenomeni transitori che tendono a diradarsi dopo i primi 4-5 giorni di trattamento. Di norma non è necessario assumere a lungo antiemetici. Quando, invece, questi sintomi permangono a lungo, è possibile che siano legati alla malattia stessa piuttosto che alla morfina. Allora può essere utile la somministrazione di qualche goccia di Aloperidolo per via sublinguale venti minuti prima dei pasti e dell'assunzione dei farmaci. Questo vecchio farmaco associa alla nota potenza antiemetica una buona sedazione, talvolta di sicuro aiuto per questi malati.

17. La costipazione impedisce l'uso di dosi adeguate di analgesici oppiacei

La costipazione è l'effetto collaterale più temuto in pazienti sotto terapia prolungata con oppiacei, perché se non adeguatamente trattato, o meglio prevenuto, si può correre il rischio di andare incontro a sindromi subocclusive difficili da affrontare a domicilio. L'uso profilattico di un lassativo come i derivati della Sena previene la stipsi. Sono sufficienti 2-4 compresse al giorno, in base anche al dosaggio della morfina, ma di solito è il paziente stesso che aggiusta il dosaggio in relazione alla risposta individuale. Altri farmaci comunemente usati sono a base di Fosfato Sodico e di alcune fibre naturali come gli estratti di alghe marine, la malva e la crusca. Tra i catartici osmotici occorre un po' di cautela per quelli a base di zuccheri, in quanto tendono ad aumentare la fermentazione intestinale, spesso causa di eccessivo meteorismo e quindi di ulteriori dolori di tipo colico e da distensione delle anse intestinali. È sempre valida la regola aurea che prima di somministrare qualsiasi catartico occorre precisare bene la causa della stipsi.

18. La morfina, per un dolore cronico da moderato a severo, dovrebbe essere somministrata solo a richiesta

Questo è un luogo comune che deve essere definitivamente sfatato. Per un malato che ha sperimentato a lungo quanta sofferenza anche psicologica comporti il dolore cronico, il solo pensiero che ricompaia il dolore da un momento all'altro dev'essere terrificante. Diventa inquieto, diffidente nei confronti del-

l'équipe di cure, privo di fiducia nei curanti e nella vita. Diventa imperativo, quindi, evitare la ricomparsa del dolore programmando una terapia di lungo respiro a copertura dei sintomi più sgradevoli, pronti ad intervenire in ogni momento per fare i dovuti aggiustamenti che si rendessero opportuni con il progredire della malattia.

Occorre seguire le indicazioni dell'OMS riportate al n° 7, eventualmente prescrivendo una dose supplementare a richiesta, nei casi di improvvisa riacutizzazione del dolore in corso di terapia di mantenimento, oppure somministrando la stessa morfina a rilascio rapido.

19. Il dolore intollerabile da cancro richiede morfina per via parenterale

La letteratura internazionale riporta che solo il 15% dei pazienti nella fase terminale di malattia presentano una incapacità alla deglutizione e richiedono il cambio della via di somministrazione. Però la via parenterale comporta non pochi disagi: fare una iniezione intramuscolare ogni 2-4 ore su pazienti spesso defedati, molto magri, richiede una organizzazione familiare difficile da gestire e impone la completa dipendenza del paziente da parte di altre persone. La somministrazione per via sottocutanea attraverso pompa elastomerica può rappresentare una buona alternativa, richiede solo la buona volontà del medico di famiglia o di un familiare leader, ove esista, oppure può essere preparata dal reparto ospedaliero di terapia del dolore cui il malato fa riferimento.

Altra alternativa potrebbe essere la via spinale, subaracnoidea o peridurale: la somministrazione del farmaco può essere fatta attraverso iniezioni ripetute (1-2 al giorno) oppure attraverso una pompa computerizzata. Queste pompe hanno la possibilità di essere in parte controllate dal paziente attraverso l'auto-somministrazione, la Patient Controlled Analgesia (PCA). Dal numero di boli che il paziente richiede durante la giornata, si risale al giusto dosaggio giornaliero. Ma la dipendenza da una piccola macchina computerizzata non viene spesso vissuta bene in quanto ricorda alle persone la loro condizione di malati, poi non tutti se la possono permettere e non tutti i reparti ospedalieri sono attrezzati per la conse-

gna a domicilio della pompa. Inoltre il rischio di dislocamenti del catetere, infezioni, di sovradosaggio della morfina, di fistole liquorali, limitano questa tecnica a una percentuale molto bassa di potenziali pazienti (1-2%). L'approccio terapeutico consigliato dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP) è improntato ad una assistenza che comporti il minimo disagio per il paziente. Considerato che le modalità di trattamento sono molteplici, si sceglie, in questi casi, quella che reca meno disagi. Per esempio si può fare ricorso alla via transdermica sostituendo la morfina con il fentanyl secondo gli schemi di conversione della Tabella 2, dopo attenta valutazione delle condizioni generali del paziente e in particolare della sua cute.

20. La morfina non rende più leggero il dolore, ma solo meno stressante per il paziente

Questo falso problema può indurre il medico a non aumentare il dosaggio della morfina quando la malattia progredisce lasciando il paziente in balia del dolore. In certe situazioni, come nel dolore neurogeno, questa affermazione può anche essere vera. Ma allora il problema non è la morfina ma la giusta diagnosi della tipologia del dolore. La situazione complessa che si può osservare in molti pazienti comporta che il dolore si possa presentare in forma differenziata e mista: neurogeno (da compressione su tronchi nervosi o su singoli nervi), nocicettivo, colico, da frattura patologica o da infiltrazione ossea. In questa situazione è utile l'aumento del dosaggio, ma non sempre. È opportuna una associazione di farmaci che sia efficace nelle varie situazioni che il paziente presenta, quindi associati alla morfina si devono usare i FANS (o il paracetamolo, soprattutto nei casi di sofferenza renale conclamata) quando è interessata la componente ossea, l'antidepressivo con l'anticonvulsivante nelle forme in cui è presente una forte componente neurogena. Nelle situazioni di edemi imponenti si ricorre anche ai diuretici, cortisonici e altri farmaci che entrano nel novero dei cosiddetti adiuvanti.

21. La morfina a rilascio controllato può essere usata solo per il trattamento del dolore cronico da cancro

Quest'ultimo mito è forse il più difficile da sfatare da parte dei medici, infer-

mieri e pazienti, perché la parola morfina evoca subito lo scenario della ineluttabilità della vita che volge al termine. Niente di più fuorviante! La morfina a lento rilascio può essere somministrata anche nel dolore cronico benigno quando i normali analgesici hanno fallito la loro efficacia. Fortunatamente la Farmacopea Ufficiale mette a disposizione dei malati un lungo elenco di farmaci analgesici, con differenti meccanismi d'azione e composizioni farmacologiche, per cui spesso abbiamo veramente l'imbarazzo della scelta. Ma nelle situazioni più disperate si può ricorrere tranquillamente alla morfina orale a lento rilascio. La nuova formulazione permette anche di ingerirla col cibo mischiandola alla minestra senza che perda la sua efficacia analgesica e la capacità del lento rilascio.

Trova indicazione in pazienti con dolore da moderato a severo nelle estese ustioni, come supporto nel trattamento del Failed Back Surgery Syndrome (postumi di laminectomia lombare per ernia discale), come supporto nel trattamento delle sindromi deafferentative (amputazioni midollari traumatiche o chirurgiche), arto fantasma, nevralgie posterpetiche e altre sindromi comportanti il coinvolgimento del sistema simpatico nella genesi del dolore.

Nel trattamento delle sindromi dolorose è molto importante focalizzare bene la diagnosi della sede di partenza del dolore, la valutazione dell'intensità del dolore, della tipologia di dolore, delle implicazioni psicologiche del sintomo. Spesso una efficace terapia è la risultante di una sapiente miscela di farmaci. Sapiente scelta del farmaco giusto, alla dose giusta, alla giusta modalità e via di somministrazione.

A questi ingredienti manca solo il giusto eccipiente: il rapporto tra il malato e il curante. Un rapporto che deve essere basato sulla reciproca fiducia e sul coinvolgimento del paziente nelle scelte terapeutiche, una volta che il terapeuta ha illustrato un ventaglio di proposte spiegando di ognuna i rischi, i benefici, gli eventuali effetti collaterali. L'atteggiamento etico del curante non può prescindere dalla stretta collaborazione del malato, un malato che deve essere informato su quanto lui stesso ritenga opportuno, che deve aver raggiunto una valida consapevolezza su quella che è la sua malattia di cui ha richiesto le delucidazioni. Quando il malato è stato correttamente informato è in grado di concedere il consenso a quanto il medico ha proposto e a quanto con lui ha concretamente collaborato a una decisione condivisa.

Tabella 1
Fattori di conversione alla morfina per os

Principio attivo	Via di somministrazione	Fattore di conversione
Destropropossifene	Per os	0,10
Codeina	Per os	4,10
Diidrocodeina	Per os	0,25
Morfina	Per os	1
	Parenterale	2-3
Petidina	Parenterale	0,40
Buprenorfina	Parenterale	75
	Sublinguale	30
Pentazocina	Parenterale	0,50
Metadone	Per os	2

*UPSA MEDICA, dep. Min. Sanità 12/03/97

Tabella 2
Dose Equianalgescica (Morfina/Fentanyl transdermico)

Morfina Solfato per os (mg/die)	Morfina cloridrato i.m. (mg/die)	Fentanyl transdermico mg/ora
45-134	8-22	25
135-224	23-37	50
225-314	38-52	75
314-404	53-67	100
405-494	68-82	125
495-584	83-97	150
585-674	98-112	175
675-764	113-127	200
765-854	128-142	225
855-944	143-157	250
945-1034	158-172	275
1035-1124	173-187	300

*Sota Omoigui, Handbook in Farmaci nella terapia del dolore, Doyma Italia s.r.l., 1997

Tabella 3
Prescrizione della Buprenorfina

Dott.

via

09100 Cagliari

Tel

Data.....

Nome del paziente

Indirizzo del paziente

Temgesic compresse sublinguali da zero due milligrammi una confezione

Dose: una compressa sublinguale ogni dodici ore a scopo analgesico

Timbro del medico

Firma del medico

Tabella 4
Prescrizione della Codeina
ricettario giallo ministeriale

Ricetta per la prescrizione e la spedizione di stupefacenti e sostanze psicotrope (legge n. 685 del 22-12-1975)

Ammalato Cognome e Nome.....

Residenza.....

Prescrizione:

Codeina fosfato quaranta milligrammi più lattuloso Zerocinque Grammi per cialda. Di tali quarantotto.

Dose, modo e tempi di somministrazione:

Una cialda ogni quattro ore a scopo analgesico sotto la mia responsabilità

Data di prescrizione

Firma del medico da apporre all'atto della prescrizione

.....

Domicilio del medico

Timbro del medico

Firma del medico da apporre all'atto del ritiro del ricettario.....

.....

Tabella 5
Prescrizione della Morfina
ricettario giallo ministeriale

Ricetta per la prescrizione e la spedizione di stupefacenti e sostanze psicotrope (legge n. 685 del 22-12-1975)

Ammalato Cognome e Nome

Residenza.....

Prescrizione:

MS Contin, Oblioser, Skenan [morfina solfato sedici discoidi (capsule) da trenta milligrammi]. Numero due confezioni.

Dose, modo e tempi di somministrazione:

Due discoidi (capsule) di MS Contin, Oblioser, Skenan trenta ogni dodici ore per uso analgesico sotto la mia responsabilità.

Data di prescrizione.....

Firma del medico da apporre all'atto della prescrizione

Domicilio del medico

Timbro del medico

Firma del medico da apporre all'atto del ritiro del ricettario.....

.....

Tonio Sollai

Consigliere Nazionale della Società Italiana di Cure Palliative (SICP)

Docente della Scuola Italiana di Medicina e Cure Palliative (SIMPA)

Coordinatore della Sezione di Cagliari della Consulta di Bioetica

NIENTE MORFINA, SIAMO ITALIANI: GLI ULTIMI POSTI NELLE CURE PALLIATIVE

*Tra le cause della situazione l'oppiofobia dei sanitari
e gli ostacoli della burocrazia*

Secondo gli esperti dell'Organizzazione mondiale della Sanità, il consumo di morfina di un paese rappresenta un indicatore attendibile della qualità delle cure per i malati che soffrono di dolore da cancro. Il consumo, pro-capite di oppioidi è stato addirittura scelto come un indice della qualità dei servizi sanitari di quel Paese: dove si consuma poca morfina, si sostiene, il sistema sanitario funziona male.

In questa particolare graduatoria, l'Italia occupa da sempre posizioni di retroguardia: mortificante è il confronto con la Danimarca (3048 Ddd, ossia dosi standard giornaliere nel 1992), la Gran Bretagna (1438) e la Svizzera (605), per il nostro paese Paese (che ne conta solo 91). Si calcola così che solo il 10 - 15% dei pazienti italiani che in base alle linee-guida dell'Oms richiederebbero un trattamento con oppioidi lo ricevono. Come mai? Forse per il costo dei farmaci oppiacei o per la difficoltà di reperirli? "Niente di tutto questo", risponde Franco Toscani, responsabile medico della sezione Terapia del dolore e cure palliative all'ospedale di Cremona e uno degli specialisti che più si battono in Italia perché le cure palliative si adeguino agli standard europei: "La morfina costa pochissimo e la sua produzione è sovrabbondante. La causa è un'altra: l'oppiofobia".

All'oppiofobia dei medici italiani contribuisce in misura considerevole una serie di restrizioni di carattere burocratico: "Vi sono ostacoli di vario tipo", spiega Roberto Leone, ricercatore dell'Istituto di farmacologia dell'Università di Verona. "Difficoltà nella ricetta, sia per il rilascio del ricettario ministeriale (disponibile solo presso l'Ordine dei Medici) sia per la compilazione della ricetta stessa, con l'impossibilità di prescrivere morfina per più di 8 giorni di terapia. Ma esistono anche complicazioni per le farmacie: incombenze burocratiche, sanzioni economiche e penali in caso di errori, timore di furti da parte di tossicodipendenti, riluttanza a mantenere scorte di farmaci oppioidi adeguate al fabbisogno, scarsa disponibilità a preparare prodotti galenici.

Ma il dolore non è l'unico problema del malato in fase avanzata.

Come Franco Toscani ha scritto ("Il malato terminale", Il Saggiatore, 1997), l'ospedale è pensato per i malati acuti, e il suo scopo è guarire. Per i malati terminali invece la medicina ha fallito l'obiettivo della guarigione, ma non può esimersi da quello, altrettanto importante, di alleviare le sofferenze.

È nato per questo il movimento hospice, che ha segnato la nascita della medicina palliativa. "Hospice", precisa Toscani, è il termine inglese che indica le strutture dedicate alla cura dei malati terminali. Pur fruendo della più completa assistenza ospedaliera, nell'hospice il malato gode di comodità e privacy impensabili in un ospedale normale, non ultima la presenza costante delle persone a lui care.

Il PSN e quelli regionali hanno finora ignorato le cure palliative in Italia, dove esistono solo cinque hospice (tre in Lombardia, uno nel Veneto e uno in Friuli), nessuno dei quali situato in un ospedale pubblico. Si tratta spesso di strutture finanziate dalle donazioni dei cittadini.

L'unica scuola che forma medici e infermieri a queste incombenze è privata no-profit: la *Simpa* (sotto l'egida della *Fondazione Floriani* di Milano), che rilascia diplomi che non ottengono alcun riconoscimento giuridico.

"È probabile - conclude Toscani riferendosi all'apertura di hospice nella struttura pubblica - che si possa andare avanti attingendo ancora alla beneficenza e al volontariato, sperando che uomini di buona volontà possano operare il miracolo di estrarre un servizio funzionante dal cappello di una normativa distratta".

Edoardo Altomare

DOLORE: LA RICETTA DIVENTA SEMPLICE

In vista della imminente entrata in vigore della legge che faciliterà l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore, ritengo di fare cosa utile anticipandone le novità principali per la farmacia.

Il Parlamento ha definitivamente approvato il testo che, nel momento di consegnare questo articolo all'editore, è in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale che ne stabilisce la data di entrata in vigore. In attesa, tutta la materia rimane invariata, cioè la durata della terapia, la validità e le modalità di spedizione della ricetta speciale (Rsm) che verrà sostituita con una delle novità della legge da un ricettario ministeriale a ricalco (Rm) da impiegare per quei farmaci analgesici oppiacei individuati in un allegato (All. III bis) alla legge stessa.

Per tutti gli stupefacenti delle Tabelle I, II e III Fu

a) La validità della ricetta (Rsm e Rm) è estesa da dieci a trenta giorni, escluso quello di compilazione (nuovo comma 4 art. 45).

b) La sanzione penale (arresto sino a due anni e ammenda sino a 4 milioni) prevista per le eventuali irregolarità commesse dal farmacista all'atto della spedizione della ricetta è sostituita - salvo che il fatto costituisca reato - da una sanzione amministrativa pecuniaria da lire 200.000 a 1 milione (nuovo comma 5 art. 45).

c) Soppressione degli artt. 46, 47 e 48 che prevedevano complesse procedure per l'approvvigionamento e la somministrazione degli stupefacenti a bordo delle navi mercantili, nei cantieri di lavoro e per necessità di Pronto soccorso.

Per i farmaci dell'allegato III bis

È stato individuato nell'ambito dei farmaci appartenenti alla Tabella 1, un

elenco (Allegato III bis) che comprende: buprenorfina (no Temgesic compresse perché in Tab IV), codeina, diidrocodeina, Fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone, morfina, ossicodone, ossimorfone.

Per tale elenco sono previste le seguenti modalità semplificate di prescrizione (oltre alle novità introdotte ai punti a) (validità della ricetta estesa a trenta giorni), b) e c):

1) un nuovo modello di ricetta a ricalco (Rm) da utilizzare in triplice copia per le prescrizioni in Ssn e in duplice copia per le altre (nuovo comma 2 - bis art. 43); diventerà operativo con decreto del Ministro della Sanità entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge in oggetto;

2) la facoltà per il medico chirurgo o per il medico veterinario di prescrivere sulla medesima ricetta fino a due preparazioni o dosaggi per cura di durata non superiore a trenta giorni di (nuovo comma 3 - bis art. 43);

3) la facoltà per i medici chirurghi e per i medici veterinari di approvvigionarsi, mediante autoricettazione con la Rm, di detenere nonché trasportare sostanze stupefacenti per uso professionale urgente con l'obbligo per i prescrittori di conservare copia dell'autoricettazione per due anni e di tenere un registro delle prestazioni effettuate (nuovo comma 5 art. 43).

Per le ricette non ripetibili (Tabella n. 5 Fu X)

La validità della ricetta che prescrive medicinali di Tab. n. 5 Fu X (ad esempio: Luminale, Roipnol, Temgesic compresse, Diane, Tiklid, Estraderm ecc.) è stata estesa da dieci a trenta giorni modificando l'art. 5 comma 3 del Dlvo 30.12.92, n. 539.

La validità della ricetta che prescrive

preparati magistrali non ripetibili rimane invariata, cioè tre mesi (nota in calce alla Tab. n. 5 della Fu X).

Con la nuova legge, quindi, coesisteranno la nuova ricetta ministeriale (Rm) e la vecchia speciale (Rsm: validità estesa a trenta giorni, durata della terapia 8 giorni, se per uso veterinario 3 giorni) utilizzabile, peraltro, per sostanze di uso

non certo frequente come ad esempio le amfetamine, la fenilpropanolamina, la catina (norpseudoefedrina), la cocaina, il peyotil, ecc. Infine una curiosità: Temgesic fiale si potrà consegnare con Rm per durata di terapia di 30 giorni, mentre in compresse rimane il limite di 2 confezioni per ricetta (Dm 4 maggio 1987).

A cura di **Pierandrea Cicconetti**



**Da *Il Farmacista*
n° 3 del 14 febbraio 2002**

DOLORE, UNA TERAPIA SENZA OSTACOLI

Contrariamente al solito questa volta non farò riferimento a una delle lettere inviate a questa rubrica. Prenderò invece spunto da una telefonata con la quale mi veniva riferito della presentazione di una ricetta ministeriale speciale che prescriveva 90 flaconi di metadone da 20 mg (tra l'altro in regime di Ssn visto che il medico aveva compilato anche la terza sezione della ricetta). La compilazione era ineccepibile dal punto di vista formale, ma il collega ha ritenuto che la quantità prescritta fosse molto rilevante e quindi, considerando che in quel momento disponeva di un solo flacone di metadone e che il medico non aveva apposto alcuna dicitura che indicasse trattarsi di terapia del dolore, vista l'urgenza dell'interessato, l'aveva indirizzato verso altre farmacie.

Il collega mi ha chiesto se avesse ben operato.

Confesso di averlo redarguito, augurandomi peraltro che lo sfortunato paziente avesse rapidamente trovato quello che gli occorreva: sfortunato perché oltre al danno di una malattia dolorosa aveva anche subito la beffa di dover cercare in chissà quante farmacie per procurarsi il suo palliativo.

Lo spunto è comunque utile sotto il profilo pratico per un riepilogo della normativa in vigore (parliamo della legge 8 febbraio 2002, n. 12) finalizzata ad "agevolare" - non ostacolare com'è avvenuto nel caso citato - l'impiego degli analgesici oppiacei nella terapia del dolore oncologico e in patologie degenerative.

Prendo quindi le mosse dalla nota 899.UCS/AG1.1134 del 20/02/01, inviata alla Fofi e alla Federfarma nella quale, in attesa della distribuzione da parte delle Asl dei nuovi ricettari, si chiarisce che "nel periodo transitorio potranno essere agevolmente impiegate le ricette ministeriali speciali applicando la nuova normativa". Il testo della legge e la nota citata, quindi, non fanno nessun riferimento a eventuali obblighi (da parte dei medici di specificare sulla ricetta la dicitura "terapia del dolore" o analoghe).

Si consideri a questo proposito che il metadone può essere impiegato sia nel trattamento delle tossicodipendenze, sia in quello del dolore; una prescrizione che superi gli 8 giorni di terapia (fino a un massimo di 30) costituisce quindi tacita conferma del suo utilizzo nella terapia del dolore.

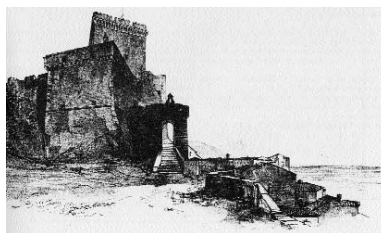
Il meccanismo sarà probabilmente più semplice nella fase a regime quando il medico potrà utilizzare il nuovo ricettario a ricalco e quindi l'attuale ricetta ministeriale

speciale rimarrà vincolata a non più di 8 giorni di terapia e a principi attivi e usi che la legge 12/01 non ha inteso agevolare (come il dolore acuto di breve durata, le tossicodipendenze ecc.).

Ritornando alla ricetta presentata al collega, il dosaggio del metadone (60 mg pro die) rientra in quello massimo riportato in FU (80 mg pro die, pag. 2387 FU X) e pertanto non richiede alcuna particolare dichiarazione in calce alla ricetta (assunzione di responsabilità., Inoltre il fabbisogno terapeutico non supera i 30 giorni di terapia e la ricetta, come detto, è formalmente corretta: tutti elementi che ne attestano la piena legittimità. Anche per quanto concerne l'aspetto della concedibilità in regime di Ssn, quindi, non può sussistere alcun dubbio: la recente legge 16 novembre 2001, n. 405 (di conversione del DI 18 settembre 2001, n. 347), dispone all'art. 9 punto 4, in deroga al vincolo della consegna limitata a tre pezzi (ricetta barrata A per le patologie croniche), che "per i farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore... è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di confezioni sufficienti a coprire una terapia massima di trenta giorni". Per concludere, una riflessione sulla circostanza che il collega avesse in carico solo un flacone di metadone, con il chiaro intento di ottemperare nel modo peggiore possibile all'obbligo di detenerlo sancito dalla Tabella n. 2 della FU. Anche se alcuni fornitori ben organizzati riescono a consegnare alle farmacie gli stupefacenti in giornata, sarebbe opportuno aumentare le scorte di questo tipo di medicinali per poter fronteggiare almeno 2-3 giorni di terapia, superando così l'assenza di consegne del sabato pomeriggio e domenica.

Si tratta di un investimento di poche migliaia di lire che consentiranno di mostrare la dovuta professionalità al paziente, evitando tra l'altro che un nostro comportamento disattento vada a scapito dell'intera categoria.

A cura di *Pierandrea Cicconetti*



Primo bilancio
a oltre un anno dall'approvazione della legge

**OPPIOIDI: POCHE PRESCRIZIONI,
TROPPE RESISTENZE DAI MEDICI**

C'è un muro più alto e impenetrabile degli altri ancora da abbattere nella cura del dolore. È quello alzato dagli stessi medici che, tra tabù, resistenze ma anche ignoranza, non hanno finora agevolato il decollo dei farmaci anti - dolore. Troppo facile cadere nella trappola che mette sullo stesso piano tossicodipendenza e uso degli oppioidi nella medicina palliativa. Così, a oltre un anno dall'entrata in vigore della nuova legge (la n. 12/2001) che facilita la prescrizione di questi medicinali, le cure del dolore restano un'altra delle rivoluzioni soltanto annunciate.

Per i camici bianchi è caduto, tra l'altro, anche l'ultimo alibi; proprio in questi giorni, con un grave ritardo, si stanno distribuendo i ricettari semplificati per la prescrizione degli oppioidi. "Bisognerà vedere ora chi andrà a ritirarli presso le Asl - avverte Claudio Blengini, esperto di cure palliative della Società italiana di medicina generale - e riuscirà a superare le paure del passato".

"Purtroppo quello del ricettario è solo una goccia in un mare di bisogni, - ag-

giunge Franco Henriquet, presidente dell'Associazione di Genova "Gigi Ghirotti", tra le più impegnate nella promozione della cura del dolore - il fatto è che i pazienti non sono soddisfatti di come si comportano i medici; è difficile trovarne uno pronto a prescrivere questi farmaci e spesso si è costretti a fare dei percorsi complicati per averli". Serve, insomma, una campagna di sensibilizzazione tra il grande pubblico e soprattutto tra i medici. La situazione, tra l'altro, non va meglio in ospedale. Dove, secondo un progetto varato dall'allora ministro della Sanità, Umberto Veronesi, dovevano nascere comitati anti - dolore di medici e infermieri esperti in medicina palliativa. "Un'idea innovativa - spiega, Franco De Conno, dell'Istituto tumori di Milano - praticamente rimasta lettera morta, a parte qualche eccezione sporadica". Come quella dell'ospedale Molinette di Torino che proprio in questi giorni sta concludendo un'operazione di monitoraggio del dolore dei propri ricoverati.



DOLORE, NON BASTA UNA BUONA LEGGE

Burocrazia e politica hanno impedito finora ai malati di beneficiare delle nuove norme

La legge contro il dolore ha quasi un anno. Venne approvata, infatti, nel febbraio del 2001 proprio allo scadere della passata Legislatura. Anche la campagna testarda condotta su queste colonne contribuì a quell'esito. Sperammo allora di lasciarci alle spalle le resistenze e le difficoltà frapposte, fino a quel momento, alla prescrizione degli oppiacei. Ma burocrazia e politica, almeno nel nostro Paese, ignorano i tempi urgenti dei malati. Così, a tutt'oggi, i nuovi ricettari che permettono, superando i vecchi divieti, di prescrivere almeno due farmaci per un arco di trenta giorni e che debbono essere a disposizione dei medici nelle Asl, giacciono in gran parte negli scantinati del Poligrafico dello Stato, quand'anche non sono stati ancora stampati.

Dapprima sono insorte difficoltà tecniche perché il Poligrafico, (non per niente un ente pubblico) non era attrezzato a stampare i foglietti multipli autocopianti. Poi qualche funzionario regionale ha obiettato che senza codice a barre i ricettari non erano validi e c'è voluta una contro indicazione ministeriale per chiarire che bastava la numerazione progressiva delle ricette. Infine numerose regioni non hanno ancora comunicato a quale indirizzo debbano essere spediti i carichi (diecimila copie a regione). Per farla breve solo la Toscana, l'Umbria, Trento e Bolzano hanno già a disposizione i ricettari, mentre a gennaio li

avranno in Emilia - Romagna, Veneto e Friuli. Poco dopo anche il Molise e il Piemonte. Per le altre regioni non è ancora certa la data. Compreso il Lazio (suggeriamo al presidente Storace di mandare personalmente un autista a ritirarli a piazza Verdi).

Ma queste lungaggini sono ancora il meno anche perché sovente i medici e le Asl più volenterose sono ricorsi a soluzioni provvisorie per venire incontro ai malati. Quello che però è soprattutto mancato è l'impegno informativo e formativo del Ministero della Sanità, assolutamente indispensabile in un contesto medico, come quello italiano, agli ultimi posti nel mondo nell'uso degli oppiacei e, in genere assolutamente impreparato e restio a concepire la lotta contro il dolore come un obbligo terapeutico.

Invece di avviare una azione di sensibilizzazione il nuovo ministro, prof. Sirchia, ha sospeso l'attività del gruppo di lavoro sul dolore che era stato insediato da Veronesi. Inoltre nel documento che fissa gli obiettivi di formazione continua per il periodo 2002-2006, che i medici del Servizio sanitario sono tenuti a conseguire, tramite corsi triennali organizzati dalle Asl, sono elencati i più svariati temi (dallo studio dell'inglese scientifico all'etica deontologica e al consenso informato) ma neppure un cenno viene fatto alla specifica terapia del dolore, per cui è presumibile che in questa occasione non verranno pro-

grammati corsi formativi in proposito, anche perché questi sono connessi al rilascio dei “crediti formativi” che verranno conteggiati ai singoli medici al momento del rinnovo del contratto.

Possibile che uno scienziato del valore di Sirchia, anche se la sua disciplina è lontana dall'oncologia che rendeva particolarmente sensibile Veronesi, non colga l'occasione della nuova legge per far fare un passo avanti decisivo alla lotta contro il dolore?

Per comprendere cosa bisogna fare basterebbe ispirarsi all'esempio della Francia, dove il ministro della Sanità, Bernard Kouchner, il fondatore di “Medici senza frontiere”, nonché, nel recente passato, Alto commissario dell'Onu per il Kosovo, ha appena presentato il secondo programma pluriennale (2000-2005) contro il dolore.

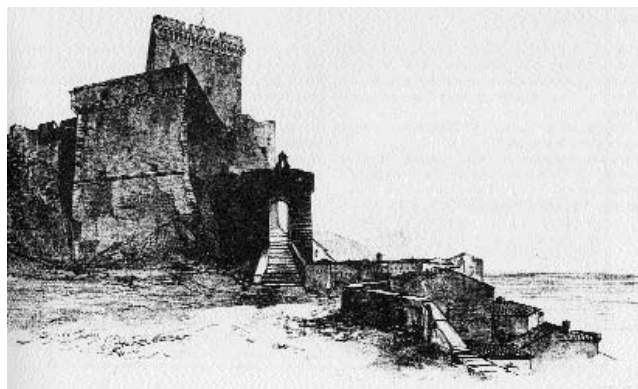
Mentre il primo piano aveva introdotto nella cartella medica di ogni paziente d'ospedale i parametri del dolore, allargato l'uso degli oppiacei,

permettendone la somministrazione anche da parte degli infermieri, formato 28.000 esperti in cure palliative, questo secondo piano sarà dedicato a tre priorità: prevenire e trattare i dolori provocati da terapie mediche e chirurgiche, assumere maggiori impegni nella terapia del dolore nei bambini, troppo sovente sottovalutato, studiare e trattare le emicranie con nuove ricerche e iniziative.

Presentando il suo piano Kouchner ha richiamato l'esigenza di dotare tutto il territorio nazionale di strutture specifiche per la terapia del dolore e per la somministrazione degli oppiacei che “restano ancora troppo limitati ai pazienti terminali”. Infine ha lanciato lo slogan per la propaganda mediatica del nuovo programma: “Malati, se sentite dolore, ditelo!”. Lo slogan della precedente campagna era: “Il dolore non è una fatalità!”.

Come vede, caro ministro Sirchia, si può fare di più.

Mario Pirani



ATTUALITÀ E LINEE DI SVILUPPO A LIVELLO DELLE STRUTTURE SANITARIE

- Pag. **93** - Il ruolo dell'assistenza infermieristica nel trattamento del dolore a cura del *Collegio Provinciale IPASVI - Latina*
- Pag. **101** - Il dolore in ostetricia: parlano le Ostetriche a cura del *Collegio Provinciale delle Ostetriche di Latina*
- Pag. **103** - Pain in Latina
Remo Spiezia
- Pag. **105** - In corsia non si soffre più
Chiara Bannella
- Pag. **106** - L'ospedale senza dolore - un progetto per lavorare insieme
- Pag. **107** - Verso un ospedale senza dolore
S. S. Colonna, L. Accogli, A. Vergaro, V. Alemanno, M. Garofalo, G. Greco, G. Longo, A. Margarito, A. Massaro, D. Rizzo, P. Romano
- Pag. **112** - Altri 150 mld per gli hospice
- Pag. **113** - La sfida, "hospice" per i malati gravi
- Pag. **113** - Gli hospice al secondo round
Marzio Bartoloni
- Pag. **113** - Due hospice molto britannici
Paola Minoliti
- Pag. **116** - Il trattamento farmacologico del dolore nel paziente neoplastico
Roberto Pisano
- Pag. **120** - La palliazione chirurgica
Renzo Boatto
- Pag. **121** - La modulazione del dolore a livello centrale
Franco Melis

Tor Tre Ponti - *Veduta* - Carlo Antonini, fine del XVIII sec.



IL RUOLO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Un'efficace terapia del dolore dipende dalla collaborazione di diversi specialisti che operano come gruppo multidisciplinare. Ogni disciplina professionale contribuisce, con una mescolanza unica di conoscenze e competenze cliniche, alla cura dei pazienti che soffrono di dolore. Lavoro di squadra, eccellenti capacità di comunicazione e umana compassione sono imperativi inderogabili nel trattamento del dolore. Grazie alla loro costante presenza in ambiente clinico, e alla loro singolare prospettiva biopsicosociale, gli infermieri professionali svolgono un ruolo vitale nella cura del dolore.

L'infermiere ha l'opportunità di dare sollievo al paziente dicendogli semplicemente che crede alla sua sofferenza e che farà tutto il possibile per alleviarla. Questa semplice affermazione riduce enormemente lo stato ansioso del malato. Uno dei maggiori obiettivi dell'assistenza infermieristica (nursing) è instaurare un rapporto di fiducia e collaborazione con il paziente: asserire di credere alla veridicità delle sue parole con affermazioni del tipo suddescritto è estremamente importante per il conseguimento di tale traguardo. Per troppo tempo i pazienti hanno tentato, ingenuamente ma con scarso successo, di provare ai medici e agli infermieri il loro dolore, spesso mostrando certi comportamenti stereotipi. Dovrebbe invece essere sufficiente che asseriscano di soffrire per dare l'avvio a un intervento antalgico.

Ecco come gli infermieri possono partecipare al trattamento del dolore:

- Dare al paziente l'opportunità di esprimere le proprie ansie e paure.
- Infondere coraggio al paziente, sottolineandogli serenamente che presto il dolore che avverte sarà dominato meglio.
- Sostenere il paziente per tutto il periodo degli effetti collaterali iniziali, comunemente osservati con i farmaci morfino-simili.
- Consigliare il paziente su quando aumentare la dose di analgesico.

- Contattare il medico senza attendere la visita o il turno successivo se il paziente incomincia ad accusare malessere quando si inizia una nuova terapia.

- Contattare il medico se il paziente non riesce a riposare bene la notte.

- Controllare da vicino la funzione intestinale.

- Consigliare il paziente sulla dieta e sull'assunzione di liquidi.

I professionisti impegnati nel trattamento antalgico perseguono attivamente terapie atte a dare sollievo ai pazienti. Spesso è l'infermiere professionale quello più impegnato a fianco dei sofferenti. In realtà, gli obiettivi basilari dell'assistenza infermieristica coincidono esattamente con le mete dell'intera équipe di curanti per ciò che concerne il trattamento del dolore. Il servizio infermieristico assiste ogni paziente per raggiungere il più alto livello di funzionamento possibile attraverso la promozione della salute e la prevenzione della malattia.

A. IL PROCESSO DI NURSING

Il ruolo dell'infermiere professionale nella cura del dolore è allo stesso tempo indipendente e interdipendente.

Gli infermieri valutano sistematicamente una situazione clinica attraverso il *processo di nursing*, che offre un modello per la logica integrazione dei dati, per la formulazione delle impressioni, per l'elaborazione e l'esecuzione di un piano di assistenza infermieristica, e per la valutazione finale dell'efficacia del piano terapeutico.

- Tipici interventi di assistenza infermieristica per i malati di cancro sofferenti di dolore. Ristabilimento di un livello ottimale di salute

- Somministrazione narcotici, non oppiacei e/o anti-infiammatori non steroidei (FANS)

- Sorvegliare il paziente per rilevarvi la comparsa di alterazioni dell'eliminazione dei farmaci, di depressione respiratoria e di emorragia gastrointestinale

- Aiutare il paziente a identificare i momenti in cui si dovrebbero somministrare i farmaci
- Controllare attentamente l'alvo e l'ossigenazione
- Aiutare il paziente al bagno, durante i pasti e in altre attività, istruendolo gradualmente ad essere il più possibile indipendente
- Creare un ambiente sicuro attraverso l'uso di una comoda, di un trapezio, di un materasso antidecubito, ecc.
- Avvertire il paziente di riferire i sintomi dolorosi e dargli consigli in merito
- Insegnare al paziente a usare il deambulatore, il trapezio e altri apparecchi

Mantenimento di un livello ottimale di salute

- Intervistare il paziente sui reperti clinici significativi
- Insegnare al paziente e alla famiglia che la sintomatologia algica da metastasi obbliga a segnalare ogni esacerbazione del dolore, ogni alterazione sensitiva o motoria e ogni altra alterazione di aspetto della parte dolente
- Dare consigli sulla deambulazione, sulle posizioni da assumere e sull'uso di dispositivi che aumentano la comodità e il benessere (per es. una termocoperta)
- Informare sulla necessità di controllare la presenza di sangue occulto nelle feci con i FANS e di attuare un programma di regolarizzazione dell'alvo con i narcotici
- Rivedere l'utilità dei narcotici e dei FANS e spiegare l'importanza di assumere i farmaci a orari prestabiliti
- Fornire schede scritte sui farmaci
- Assicurarci che le farmacie locali abbiano a disposizione i farmaci prescritti
- Ribadire l'importanza di ritornare per visite di controllo e terapie

Accertamento preliminare

Il modello specifico per l'accertamento preliminare e la raccolta dei dati varia a seconda del contesto clinico in cui l'infermiere esercita. Per esempio, un infermiere che lavora principalmente con pazienti ambulatoriali affetti da dolore al basso rachide deve raccogliere dati assai diversi da quelli occorrenti a un infermie-

re che pratica in ambiente ospedaliero. Qualunque sia lo scenario di lavoro, si prendono in esame dati sia soggettivi che obiettivi. Donovan ha dichiarato che l'accertamento del dolore costituisce il primo passo per comprendere in che modo lo percepisca il paziente, e rappresenta la premessa per una positiva alleanza tra il paziente stesso e l'infermiere.

In genere, si pratica un accertamento preliminare quando il paziente accede per la prima volta al sistema assistenziale sanitario. L'intervista anamnestica, l'intervista con il paziente e con la famiglia, il riesame delle cartelle cliniche e dei referti, i colloqui con altri sanitari, sono tutte componenti del processo della raccolta dei dati. Le verifiche basali, spesso chiamate dati informativi infermieristici, hanno un'importanza vitale, ma il processo di accertamento non si limita ad esse: è continuo e sempre in corso. Parte integrante del processo della raccolta dei dati è la registrazione (documentazione) delle notizie pertinenti. Anche in questo caso, i particolari contesti in cui si eroga la prestazione richiedono differenti metodi di conservazione delle cartelle cliniche. Il punto importante è che i dati pertinenti devono essere registrati accuratamente ed essere accessibili a tutti i membri dell'equipe che ha in cura il paziente.

Il processo di accertamento, nei casi di dolore, è difficile, spesso molto scrupoloso. E poiché l'esperienza del dolore è così altamente soggettiva, l'infermiere dev'essere un consumato esercente l'arte dell'accertamento. McCaffery definisce il dolore come "tutto quello che una persona che lo prova dice che sia, esistendo ogni qualvolta si affermi che esista". Un efficace accertamento del dolore dipende dall'accettazione di questa definizione da parte degli infermieri. Come giustamente asserisce Graffam: "I pazienti devono essere sottoposti a una valutazione professionale, non a un giudizio morale".

Una grande lacuna dell'assistenza infermieristica professionale nel trattamento del dolore è stata la sua incapacità di documentare accuratamente tutti gli aspetti dell'esperienza dolorosa riferita dal paziente. Essendo disponibili e tenuti a render conto dei pazienti giorno e notte, gli infermieri hanno accesso a un'ampia gamma di esperienze e comporta-

menti dei malati. Un paziente può riuscire a dare di sé una particolare immagine ad un medico che lo vede solo per un breve periodo al giorno, mentre gli è difficile mantenere una “facciata” con personale curante presente 24 ore su 24. Sono dunque gli infermieri che devono documentare minuziosamente l’esperienza dolorosa del paziente a tutta l’èquipe, perché sono essi che ne hanno un’impressione notevole, unica nel suo genere.

Componenti dell’accertamento del dolore

Localizzazione del dolore

Si deve descrivere, se possibile, l’esatta sede del dolore. Il paziente potrebbe trovare utile indicare o disegnare l’area, o le aree, del dolore sulla sagoma di una figura umana. Tanto che sia profondo o superficiale, costante o migratorio, il dolore dev’essere costantemente rilevato dall’infermiere professionale.

Intensità del dolore

Si possono impiegare numerosi termini descrittivi per documentare l’intensità del dolore. Oltre ai comuni aggettivi, noi consigliamo l’uso di una scala della analogie visive graduata da 0 a 10 (0 = assenza di dolore; 10 = il peggiore dolore immaginabile). È possibile una documentazione continua dei punteggi del dolore con una simile scala, che fornisce un linguaggio standard per valutare le terapie antalgiche e quantificare il sollievo ottenuto, con il paziente che funge da suo proprio controllo. Aumenta la fiducia nei curanti quando un metodo costante di descrizione del dolore: il paziente ha la prova tangibile del concetto di gruppo multidisciplinare in azione nel suo stesso interesse.

Le descrizioni della qualità del dolore rappresentano un altro aspetto del processo di accertamento. Esse permettono al paziente di trasmettere la sua singolare percezione del dolore per descrivere esaurientemente il dolore che avverte.

Cronologia del dolore

Bisogna documentare anche la qualità e quantità del dolore nel tempo. Il dolore è costante o intermittente? In quali momenti compare? Gli schemi di insorgenza del dolore aiutano a formulare un piano terapeutico appropriato.

Esperienza remota del dolore

Una parte importante dell’accertamento è dare l’opportunità al paziente di riferire le azioni che gli hanno apportato sollievi in passato. I medici curanti potrebbero considerare insignificanti interventi antalgici non invasivi come la distrazione, il massaggio, o persino l’assunzione di certi cibi specifici. Questo atteggiamento, però, serve poco al paziente che soffre di dolore. Tutta l’èquipe, e gli infermieri in particolare, devono arrivare al punto di incorporare le tecniche di analgesia utilizzate dal paziente in un piano terapeutico globale fintanto che non causano alcun danno.

Qualità del dolore

Copp fornisce un elenco minuzioso di comportamenti autocurativi indirizzati verso il sollievo del dolore, così come sono stati descritti dai pazienti. Tali comportamenti comprendono l’applicazione del calore o del freddo, il rilassamento, l’assunzione di certe posizioni, il riposo, l’attività strenua, la verbalizzazione di certe parole, la distrazione, i comportamenti rituali, le frizioni, camminare a grandi passi, tambureggiare con le dita, dondolarsi, mordere, stringere i denti, contare, usare le immagini (la fantasia), la preghiera, la proiezione nel passato o nel futuro, la conversazione, l’autoipnosi, le medicazioni e la separazione dal corpo. Le risorse personali e i meccanismi con cui il paziente fronteggia la situazione devono essere rispettati e coltivati, anziché negati, in un programma finalizzato al sollievo del dolore.

Sommario dei dati raccolti

Nella precedente discussione sono stati descritti alcuni aspetti importanti dell’accertamento del dolore. Il seguente sommario delinea in maggiore dettaglio le informazioni e dati che si debbono raccogliere in un accertamento infermieristico del paziente che soffre di dolore:

Caratteristiche del dolore

1. Fattori scatenanti e insorgenza.
2. Intensità, durata, sede e qualità.
3. Fattori aggravanti e attenuanti.

Parametri fisiologici

1. Alterazioni dei segni vitali.
2. Alterazione del diametro pupillare.
3. Presenza di iperidrosi, nausea, vomito, spasmo di difesa, tensione mu-

scolare e comportamenti manifesti da dolore (la mancanza di segni fisiologici *non* indica assenza del dolore).

Soglia di affaticabilità

1. Qualità e durata del sonno.
2. Livello di attività.
3. Irritabilità.
4. Frequenza e tono di voce.
5. Livello di interazione sociale.
6. Capacità di mangiare e bere adeguate quantità di cibi e liquidi.

Fattori ambientali

1. Livello di stimolazione (rumori, luce, odori, temperatura e movimenti).
2. Ubicazione dei servizi (bagno, comodino, ecc).
3. Preferenze del paziente.

Fattori psicosociali

1. Età e sesso.
2. Base culturale e credenze religiose o spirituali.
3. Presenza della famiglia e amici; interazione con altre persone significative.
4. Presenza e livello di ansia o depressione.
5. Capacità di verbalizzare bisogni e sentimenti.
6. Umore e affetto.
7. Anamnesi del dolore.

Prospettiva che il paziente ha del dolore

1. Comprensione, da parte del paziente, del motivo del dolore e descrizione della quantità di dolore accettabile.
2. Sentimenti del paziente sul significato del dolore, sugli effetti del dolore sulle proprie attività, e sugli scopi utili cui esso serve.
3. Priorità del sollievo del dolore per il paziente.

Pregressa esperienza del paziente con il dolore e con interventi miranti al suo sollievo

1. Presenza del dolore in passato e confronto con il dolore attuale.
2. Cronologia dell'esordio del dolore.
3. Provvedimenti antalgici risultati inefficaci in passato.
4. Suggerimenti del paziente su ciò che potrebbe ridurre o eliminare il dolore attuale.

Meccanismi messi in atto dal paziente per fronteggiare e superare la sua situazione attuale

1. Soliti stili messi in atto per fronteggiare e superare qualunque situazione difficile o spiacevole.
2. Efficienza al momento attuale.
3. Grado di bisogno di informazioni sulla condizione clinica.
4. Aspettative del paziente dal personale e dalla famiglia.

B. PREPARAZIONE DEGLI INFERMIERI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Istruzione in assistenza infermieristica

I programmi di studio di *nursing* hanno tradizionalmente offerto informazioni minime su qualunque aspetto del trattamento antalgico, fatta eccezione per il modello del dolore acuto. Alla maggior parte degli infermieri, nonché ai medici, si è insegnato a valutare i pazienti secondo il modello del dolore acuto, che sostiene che tutti i pazienti che ne soffrono abbiano segni e sintomi osservabili, come pallore, irrequietezza, smorfie e tachicardia. Molti lettori indubbiamente ricorderanno lo schizzo del paziente che fa smorfie per il dolore, ritratto in parecchi trattati. C'è quindi poco da meravigliarsi se i professionisti istruiti in questa maniera hanno difficoltà a credere che i pazienti che non esibiscono tali comportamenti possano davvero provare dolore. Occorre ovviamente una riforma aggressiva di questi programmi didattici. Alcuni testi recenti di *nursing*, soprattutto nel campo dell'assistenza infermieristica erogata ai malati di cancro e negli *hospice*, riflettono la maggior parte delle conoscenze attuali sul trattamento antalgico, ma molti ancora di uso comune, specie nelle aree di assistenza infermieristica generica, non lo fanno. Inoltre, gli infermieri sui principi e sulle pratiche correnti di terapia del dolore.

Una recente indagine condotta per telefono su 12 infermieri di oncologia specializzati nel trattamento del dolore ha rivelato che la loro preparazione consisteva principalmente in esperienza clinica e autoapprendimento. Gli intervistati hanno asserito concordi che i programmi di baccellierato raramente fornivano un'a-

deguata copertura del trattamento antalgico e che, in certe situazioni, occorre una maggiore esposizione formale alla cura e alla teoria del dolore a livello della laurea di 2° grado. Parecchi di loro avevano proseguito lo studio concentrato dei problemi di terapia del dolore a livello della laurea di 2° grado e di dottorato, o in progetti di ricerca indipendenti.

Oggi deve esistere la massima istruzione per gli infermieri che in passato non hanno studiato tali conoscenze di *nursing* specialistico.

Per motivi già addotti, la continua istruzione degli infermieri riguardo al dolore legittima una grande attenzione. Poiché essi vengono assunti in posti di lavoro, si dovrebbe includere, in programmi di orientamento, un addestramento professionale in terapia antalgica da espletare durante il servizio. A prescindere dal contesto di cura, il trattamento del dolore dovrebbe essere considerato un'alta priorità dell'assistenza infermieristica. Anche il trattamento del dolore merita questo grado di attenzione, stabilendo così immediatamente la priorità con cui chi somministra l'assistenza infermieristica giudica la terapia antalgica. Si dovrebbe porre inoltre un maggiore accento sul miglioramento della qualità delle conoscenze degli infermieri professionali. Le riviste di *nursing* in tutti i campi di assistenza, sia specialistica sia generica, dovrebbero pubblicare più articoli sul trattamento del dolore.

Idee sbagliate e pregiudizi sul dolore

Un addestramento insufficiente non è l'unica ragione dell'incapacità dell'infermiere medio a curare efficacemente i pazienti affetti da sindromi dolorose. Un'altra causa è che molti infermieri, come tanti altri operatori sanitari, spesso restano aggrappati a credenze antiquate, idee sbagliate e pregiudizi sui pazienti che soffrono il dolore. Molti fattori contribuiscono a questi atteggiamenti sbagliati: paura esagerata della tossicodipendenza e della depressione respiratoria, negazione del dolore e della sua gravità, mancanza di conoscenze sulla farmacologia dei medicinali e disinformazione su altre modalità terapeutiche. Gli infermieri specializzati in algologia possono contribuire a cancellare queste idee errate e l'ignoranza

che le alimenta, dando dimostrazioni pratiche delle azioni appropriate da intraprendere.

I medici spesso prescrivono i narcotici, e gli infermieri spesso medicano i pazienti in modo insufficiente. Per esempio, i medici interni d'ospedale, non conoscendo bene le proprietà farmacologiche della meperidina, la prescrivevano in quantità inadeguate. Il personale infermieristico aggravava ulteriormente il problema riducendo i dosaggi e aumentando gli intervalli tra una somministrazione e l'altra. Analgesici: si sopravvalutavano i rischi di dipendenza fisica e di assuefazione, e i soggetti dell'inchiesta (medici interni, ricercatori in oncologia e infermieri diplomati) ritenevano che i pazienti fossero generalmente medicati in modo eccessivo. Howard-Ruben e Wickham hanno intervistato un gruppo di infermieri diplomati e di medici interni per sondare le loro conoscenze sul trattamento del dolore nei malati di cancro. Una domanda a finale aperto sulle preoccupazioni in merito a tale trattamento ha rivelato una mancanza di competenza in materia e molte ansie ingiustificate.

Malgrado il volume e la qualità sempre crescenti delle risorse professionali investite nel trattamento del dolore, ancora prevalevano verso la fine degli anni Ottanta, e continuano a prevalere, basi teoriche lacunose e atteggiamenti pregiudizievole. Le autrici incitano i lettori a rivedere i loro preconcetti, atteggiamenti e limiti di conoscenze nella cura dei sofferenti di dolore. Graffam ha così riepilogato gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti dei pazienti che soffrono di dolore: (a) gli infermieri spesso credono che il dolore di cui si lamentano i pazienti sia "non reale" o esagerato; (b) molti infermieri hanno paura di indurre farmacodipendenza nei pazienti; (c) gli infermieri talvolta considerano deboli i pazienti che si lamentano del dolore. Inoltre, Graffam ha riscontrato che gli infermieri generalmente possiedono un bagaglio insufficiente di nozioni sul dolore.

Strass e al. hanno affermato che spesso non si riesce ad abolire il dolore perché nessun membro dell'equipe curante è ritenuto totalmente responsabile del suo sollievo. La situazione va cambiata perché tutti gli aspetti di questo processo so-

no importanti. E tuttavia, le priorità inerenti alle prestazioni professionali non hanno storicamente incluso il dolore.

Come asserito in precedenza, la paura che i professionisti hanno dei fenomeni di assuefazione e dipendenza è una delle principali ragioni per le quali ai pazienti con dolore spesso si somministrano i narcotici in quantità insufficienti. Sebbene si calcoli che l'incidenza della tossicomania nei pazienti che assumono narcotici per scopi medici sia inferiore all'1%, il personale infermieristico medio teme i pazienti "tossicomani". Questo timore può essere attribuito alla confusione esistente su quattro termini spesso adoperati, che qui definiamo correttamente:

Abuso di farmaci. Risposta comportamentale volontaria, nella quale una persona consuma farmaci in una maniera culturalmente inaccettabile.

Tossicomania. Coinvolgimento volontario e irresistibile in comportamenti volti a procurarsi e a consumare un farmaco per effetti psichici, anziché per motivi medici.

Tolleranza per un farmaco. Condizione fisiologica involontaria che si instaura dopo la ripetuta somministrazione di un farmaco (specialmente un narcotico) quando un dato dosaggio incomincia a perdere la sua efficacia (cioè si verifica una ridotta durata d'azione e quindi un ridotto effetto analgesico).

Dipendenza fisica. Condizione fisiologica involontaria che si instaura dopo la somministrazione ripetuta di un narcotico per diverse settimane e che è accompagnata da sintomi carenziali (astinenza) quando si sospende bruscamente il farmaco.

Si nuoce gravemente al paziente quando, pur essendo fisicamente dipendente da un narcotico, lo si etichetta come "tossicomane". Come difensore dei pazienti, ogni infermiere ha la responsabilità di istruire i suoi colleghi a distinguere queste condizioni.

Un altro fattore che spesso induce gli infermieri a somministrare i narcotici in modo insufficiente è la paura esagerata di una depressione respiratoria, anche se è stato dimostrato che questa insorge raramente nei pazienti che assumono narcotici per il dolore cronico. Houde ha riferito che quando i pazienti diventano tolleranti

ai narcotici somministrati loro, sviluppano una tolleranza anche agli effetti che inducono depressione respiratoria. Walsh ha condotto uno studio di previsione su malati di cancro allo stadio avanzato, ai quali venivano somministrati narcotici, per valutarne la funzione respiratoria, e ha concluso che "l'insufficienza respiratoria cronica non sembra né frequente né grave quando si impiega la morfina orale per curare l'intenso dolore cronico associato al cancro avanzato, neanche in presenza di una preesistente malattia respiratoria". Si dovrebbero ripetere altre sperimentazioni cliniche come questa, e se ne dovrebbero diffondere ampiamente i risultati per dissipare le comuni ma spesso erronee convinzioni sulla depressione respiratoria.

Un approccio moderno al trattamento del dolore, centrato sul paziente, richiede l'eradicazione delle paure irrazionali sull'impiego di narcotici. Donde l'urgenza di migliorare l'istruzione degli infermieri che esercitano e di altri operatori sanitari. Il risultato di questi cambiamenti sarà l'uso appropriato, non un aumento dell'abuso, dei farmaci.

C. RUOLI CLINICI DEGLI INFERMIERI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Negli ospedali

La maggior parte degli infermieri è impiegata in contesti di terapia intensiva, nei quali essi hanno un contatto quotidiano con i pazienti che soffrono di dolore. Tuttavia, come asserito in precedenza, troppi infermieri ancora non considerano il trattamento antalgico come un'alta priorità. In ospedale, più che in ogni altro contesto di cura, gli infermieri sono abituati alle patologie che rappresentano una minaccia per la vita, per cui il paziente con dolore ha una bassa priorità dal momento che di solito non versa in condizioni critiche.

Per tutelare realmente gli interessi dei pazienti, gli infermieri devono la responsabilità di contribuire al sollievo del dolore in tutti i casi loro affidati. Molti credono che in ospedale il dolore verrà messo sotto controllo, ma questa nozione non sempre è esatta. Un recente studio ha riscontrato che di 353 pazienti adulti rico-

verati in reparti di medicina e chirurgia, il 58 % affermava di avere provato prima o poi un dolore atroce od orribile durante il periodo di degenza. La sopportazione del paziente e la sua espressione del dolore influenzano sensibilmente la determinazione del personale a legittimare l'esperienza dolorosa che lui vive. Persino i bambini ricevono un trattamento antalgico tutt'altro che ottimale a causa delle idee errate che sonnecchiare, rifiutare le iniezioni a altri comportamenti indichino che il dolore non esiste.

Sono già state illustrate le cause comunemente responsabili del controllo inadeguato del dolore negli ospedali: ignoranza del processo del dolore, insufficiente conoscenza della farmacologia degli analgesici e paura esagerata di effetti collaterali indesiderati e dell'assuefazione. Anche la carenza di personale negli ospedali contribuisce all'insoddisfacente trattamento dei pazienti che soffrono di dolore. Gli infermieri, per esempio, di solito si lamentano di avere poco tempo per accertare il dolore o per applicare tecniche antalgiche non invasive. Un altro motivo dell'inadeguato sollievo del dolore è che gli infermieri che lavorano in contesti di terapia intensiva hanno scarso accesso ad esperti e risorse per il dolore.

I farmaci sono la forma di analgesia più frequente. Se impiegati correttamente, possono apportare un efficace sollievo senza dar luogo a complicanze. Gli infermieri svolgono un ruolo prezioso nella somministrazione di tali medicine. Poiché trascorrono con i pazienti più tempo di quasi ogni altro operatore sanitario, hanno un prezioso intuito sui farmaci in grado di apportare il miglior sollievo nei singoli casi specifici. Essi devono comunicare ai medici tali valutazioni e consigliare, laddove appropriato, i dosaggi, gli intervalli e le vie di somministrazione dei farmaci.

Un compito critico degli infermieri ospedalieri è documentare l'efficacia degli interventi prescritti e informare i medici quando questi non riescano ad apportare sollievo. Un problema seccante per gli infermieri è il malato che afferma di star bene contrariamente all'evidenza dei fatti. I pazienti instaurano generalmente un rapporto più stretto e più fami-

liare con gli infermieri che con i medici; di conseguenza, capita non di rado che un paziente che si lamenta del dolore con un infermiere risponda invece di star bene alla domanda del medico: "Come si sente?". In una situazione del genere, è probabile che il medico sminuisca l'importanza della tesi dell'infermiere che il paziente, essendosi lamentato del dolore, abbia quindi bisogno di prescrizioni scritte per il sollievo. L'esperienza clinica ha dimostrato che il dolore è controllato meglio quando si somministra un analgesico ad orari prestabiliti che quando lo si somministra al bisogno. I vantaggi della somministrazione programmata su quella p.r.n. (cioè a seconda delle circostanze, o al bisogno):

- Gli analgesici sono più efficaci se somministrati prima che il dolore insorga o si aggravi.

- Diminuisce l'apprensione per la medicazione analgesica (l'ansia può intensificare la percezione del dolore).

- Con tutta probabilità, questo stesso paziente sarà capace di gestirsi i propri medicinali senza difficoltà una volta tornato a casa.

Se il medico non prescrive un analgesico a orari prestabiliti, di giorno e di notte, è responsabilità dell'infermiere insegnare al paziente a richiedere il medicinale prima che il dolore diventi molto intenso. L'infermiere deve fornire l'analgesico tutte le volte che è possibile farlo e deve cercare di somministrarlo regolarmente. In ospedale, i pazienti non sono abituati a chiedere medicinali; ricevono antibiotici, insulina, sostanze cardioattive e molti altri farmaci ogni qualvolta se ne sia programmata la somministrazione. Spesso occorre fare uno sforzo notevole per convincerli che, quando gli si è prescritta una medicazione p.r.n., la debbono *richiedere*. Infermieri competenti devono spiegare questo ai pazienti e incoraggiarli a chiedere un analgesico in modo tempestivo;

Molte volte gli infermieri non si attengono rigorosamente all'ordine del medico di somministrare un analgesico giorno e notte. È inaccettabile che non somministrino un analgesico (anche quando sia stato prescritto) solo perché il paziente non lo richiede o non "sembra" che provi dolore, il che succede quasi sempre

quando dorme. Un infermiere potrebbe presumere che il paziente non senta dolore se dorme, o che potrebbe avere difficoltà a svegliarsi per prendere l'analgescico. Ma lo stesso infermiere non esiterebbe a svegliare un paziente che dorme, in qualsiasi ora del giorno o della notte, per somministrargli un antibiotico o un farmaco per il cuore.

Un'altra importante funzione dell'infermiere ospedaliero è coordinare l'equipe di assistenza sanitaria e dirigere le attività del personale assistente e ausiliario.

Altrettanto importante è la preparazione di un piano di assistenza infermieristica redatto per i loro pazienti. In un caso di terapia antalgica, tale piano: (a) descrive il problema del dolore basandosi su un meticoloso accertamento del paziente; (b) elenca interventi appropriati per ottenere risultati specificati; (c) fornisce una stima dell'efficacia degli interventi e, a seconda della necessità, formula nuovi piani. Il risultato più spesso desiderato è che il paziente che soffre di dolore indichi verbalmente o con altri mezzi che la sua sofferenza è diminuita, mentre sono aumentati il suo stato di benessere e il suo livelli di attività. Il paziente potrebbe specificare anche altri obiettivi da raggiungere: per esempio, dormire per un periodo di quattro ore senza essere disturbato dal dolore.

Somministrare gli analgesici secondo la prescrizione del medico

1. Valutare la risposta del paziente alla medicazione; accertarne l'appropriatezza e l'adeguatezza del dosaggio.
2. Somministrare il farmaco al primo segno di dolore.
3. Programmare la somministrazione del

farmaco, secondo la sua azione farmacologica e la risposta del paziente, ad orari prestabiliti. MAI AL BISO-GNO! Compreso il ricaricamento di elastomeri o pompe da infusione come PORT-A-CATH.

4. Fare riferimento alle tavole equianalgesciche quando si cambia farmaco o via di somministrazione, consultandosi con il medico, con l'infermiere clinico specializzato in algologia e con il farmacista, quando sono disponibili.
5. Valutare e trattare gli effetti collaterali degli analgesici come la nausea e il vomito, la stipsi, la sonnolenza, la secchezza delle fauci e il senso di instabilità e di barcollamento (indicare i particolari).

Impiego di provvedimenti antalgici non farmacologici

1. Fare dimostrazioni delle tecniche di rilassamento e di respirazione.
2. Fornire distrazioni (per es., uso di immagini, lettura, televisione, musica).
3. Praticare i massaggi.
4. Applicare il calore o il freddo.
5. Applicare la stimolazione cutanea.

Pompe per infusione deambulatorie o dispositivi impiantati, gestiti da un infermiere specializzato in assistenza domiciliare o in oncologia, danno ai pazienti la libertà di ricevere anche a casa narcotici per via parentelare o intratecali se questi rappresentano la migliore forma di terapia. La loro capacità di condurre trattative per ottenere apparecchiature e risorse li rendono una componente preziosa ed essenziale della terapia a domicilio.

A cura del *Collegio Provinciale
IPASVI della Provincia di Latina*

IL DOLORE IN OSTETRICIA: PARLANO LE OSTETRICHE

Spendiamo poche parole sulla nostra figura professionale, considerato che ce n'è stata offerta l'opportunità: l'Ostetrica è quella persona che, sin dall'inizio della storia dell'umanità, ha prestato il suo aiuto alla donna che dava alla luce il proprio bambino.

Nel tempo questa figura professionale ha subito un notevole cambiamento, raggiungendo una preparazione teorica e pratica di livello universitario senza però perdere mai di vista il suo obiettivo principale: il benessere psico-fisico della donna nelle varie fasi della sua vita nel contesto familiare e sociale.

L'Ostetrica del terzo millennio, con la sua qualificata preparazione, assolve precisi compiti professionali (riportati anche nel D.M. del 14/9/99):

- assistere e consigliare la donna in gravidanza, nel parto e nel puerperio;
- condurre e portare a termine parti fisiologici ed individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedano l'intervento medico;
- prestare assistenza al neonato.

L'Ostetrica, da sempre vicino alla donna durante la gravidanza e al momento del parto, si è fatta carico del problema più sentito e più temuto: il dolore del travaglio di parto. Ha convissuto con questa "condanna biblica" (*Tu donna partorirai con dolore*) e con la certezza che il dolore del travaglio fosse una forma di riscatto; per molti secoli, infatti, ogni tentativo di alleviare tale dolore fu considerato addirittura una colpa. Tutto questo è sottolineato anche nella letteratura:

"Mio Dio, fortifica il mio cuore durante il parto per sopportare i dolori che l'accompagnano e che io accetto come effetti della tua giustizia sul nostro sesso per il peccato della prima donna."
(Preghiera delle donne incinte di J. Gelis)

Bisogna arrivare al secolo scorso per vedere i primi studi sui meccanismi del dolore in travaglio di parto e sull'applicabilità di tecniche analgesiche per combatterlo. È ormai chiaro e certo che il dolore del travaglio è dovuto a fattori ostetrico-fisiologici quali le contrazioni uterine, la dilatazione cervicale e la distensione di vagina, vulva e perineo. A questi fattori se ne possono associare altri che aumentano l'intensità del dolore:

- fattori fisiopatologici ostetrici quali, ad esempio, la rotazione sacrale dell'occipite e la macrosomia fetale;
- sensazioni proprie della gestante quali paura ed ansia, dovute anche a precedenti esperienze che, inoltre, abbassano la soglia del dolore;
- il livello culturale della gestante e, soprattutto, la sua sfiducia nei confronti della struttura e degli operatori.

Normalmente e "naturalmente" il 10% delle gestanti vive il proprio travaglio senza dolore, il 30 % con moderato dolore, il 40 % con intenso dolore ed il restante 20 % con insopportabile dolore: noi Ostetriche abbiamo il compito ed il dovere di aiutare quelle donne che vivrebbero l'esperienza del parto come evento traumatico che, inoltre, influenzerebbe il futuro loro e della loro famiglia.

L'Ostetrica sa che la durata del travaglio, la stanchezza, la mancanza di sonno, la paura, l'isolamento, la confusione e le procedure ostetriche invasive possono rendere meno sopportabile il dolore e quindi cercherà di limitare al massimo questi problemi. Farà in modo che nel "punto nascita" si crei un'atmosfera intima e tranquilla, si opporrà alla eccessiva medicalizzazione del travaglio e del parto cercando, nel contempo, di assecondare il più possibile i "tempi" ed i desideri della gestante. Perché ciò sia possibile, il nostro intervento deve rivolgersi anche agli operatori medici, affinché abbiano un atteggiamento meno "medicalizzato" e più aderente alla fisiologia.

Per lenire il dolore in travaglio di parto l'Ostetrica può ricorrere a tecniche analgesiche, farmacologiche e non.

Le tecniche analgesiche farmacologiche più usate sono:

- analgesia inalatoria con Entonox, miscela in parti uguali di protossido di azoto ed ossigeno;

- analgesia peridurale basata sull'uso di associazioni farmacologiche somministrate mediante cateterino peridurale: consente un adeguato livello analgesico senza alterare la normale dinamica del parto. Questa tecnica, anche se non totalmente esente da rischi, è molto efficace e viene richiesta da un sempre maggior numero di donne.

Per noi Ostetriche, però, l'analgesia farmacologica contrasta con la tendenza a ridurre la medicalizzazione dell'evento nascita; comunque, nel momento in cui le donne la scelgono, saremo sempre loro vicine pronte a consigliarle e a renderle ogni volta, con gesti parole e pratiche, le uniche protagoniste del loro travaglio di parto.

Le tecniche analgesiche non farmacologiche, da noi molto sostenute, sono:

- training autogeno: rilassamento ottenuto attraverso particolari esercizi respiratori;

- tens: basata sulla stimolazione elettrica transcutanea che interrompe la trasmissione del dolore lungo le fibre sensitive;

- idroterapia: compresse calde, borse di acqua calda e di ghiaccio applicate sulla zona dolorante possono ridurre la percezione del dolore e gli spasmi muscolari;

- agopuntura: l'inserzione di aghi in ben precisi punti provoca l'effetto analgesico; questa tecnica, però, comporta una riduzione del movimento della donna ed è molto lunga e complessa;

- pressione e massaggio: agendo su punti specifici lungo i canali energetici che attraversano il corpo si ottiene il rilassamento ed un maggior grado di sopportazione del dolore;

- ipnosi: si basa su tecniche di suggestione post ipnotica che alterano lo stato di coscienza della donna dandole una ridotta consapevolezza del dolore;

- musicoterapia: particolari brani musicali ed i suoni della natura possono ridurre lo stress nella donna ed aiutarla nella respirazione; inoltre possono avere un effetto benefico anche sull'equipe di assistenza.

Aiutare le donne a combattere il dolore associato all'evento nascita è, per le Ostetriche, uno dei più grandi obiettivi anche se per raggiungerlo completamente c'è ancora molto da fare:

- occorre formare ed informare gli operatori dell'importanza del supporto tecnico e psicologico durante il travaglio;

- bisogna dare una maggior informazione alle donne sull'evento nascita cioè renderle consapevoli di esserne le protagoniste;

- è necessario proseguire nel miglioramento, iniziato da qualche decennio, dei "punti nascita" ospedalieri sia dal punto di vista strutturale che dell'umanizzazione, trovando il giusto equilibrio tra gli aspetti strettamente tecnici e quelli psicologici;

Il futuro ci obbligherà ad offrire alle coppie che aspettano un figlio la possibilità, o meglio ancora il diritto, di decidere come e dove far nascere la propria creatura (case di maternità, parto a domicilio, ecc.), cosa oggi praticamente impossibile nelle nostre realtà.

Il Collegio delle Ostetriche si sta battendo e continuerà a battersi affinché tutto questo possa realizzarsi.



A cura del *Collegio Provinciale delle Ostetriche di Latina*

La necessità di un Servizio di Terapia Antalgica presso il nostro Ospedale si avvertì già nei primi anni 80 con il Polo Oncologico di II livello, che spesso coinvolgeva me ed i miei Colleghi nella gestione di pazienti neoplastici che avevano subito trattamenti chirurgici, anti-blastici o radioterapici e che presentavano dolore resistente a terapia orale o parenterale con i comuni oppioidi.

Ancor più poi con la venuta, nel 1984, come Primario del Servizio di Anestesia e Rianimazione del Dott. Silla Pennacchia e con l'inizio della collaborazione con il Prof. Sandro Sabato dell'Istituto di Anestesiologia e Rianimazione e Terapia Antalgica di Tor Vergata, fin dal 1989 iniziai ad impiantare ed a gestire qui a Latina i primi cateteri intratecali spinali con *reservoir* sottocutaneo della Pharmacia ed i sistemi peridurali della Cordis, per infusione a bolo od in continuo di morfina e/o anestetico locale.

La via enterale e parenterale di utilizzo di analgesici minori e maggiori si è sempre dimostrata efficace in circa il 71-76 % dei casi e nel tentativo di superare questa percentuale, con la scoperta di recettori per gli oppioidi a livello delle corna dorsali, e quindi nel S.N.C. si è iniziata ad usare la via spinale con impianti di cateteri per infusione di farmaci e per stimolazione midollare. L'impianto intratecale di un catetere significa poter rifornire il liquor direttamente e continuamente di farmaci oppiacei eventualmente associati con anestetici locali a bassissime concentrazioni con una somministrazione anche a domanda oltre che in continuo da parte del paziente nei momenti di maggiore acuzie della sintomatologia algica, per controllare il dolore dovuto a patologia neoplastica in fase avanzata.

La risposta antalgica si è sempre dimostrata ottima tanto da poter avere un *pain relive* del 90-95% in tutte le patologie neoplastiche associate a dolore, con unica eccezione delle patologie algiche facciali per la nota impossibilità degli oppiacei di superare nella circolazione liquorale il foro magno.

L'utilizzo di cateteri quadripolari intramidollari ovvero posti nello spazio peridurale e connessi a stimolatori sottocutanei si è dimostrato utile per il trattamento del dolore dovuto ad ischemia degli arti legati a patologia vascolare, come punto di approccio ad un'analgia selettiva.

A questi due grossi gruppi di pazienti si sono poi sempre aggiunti pazienti con patologia algica cronica benigna, ovvero non neoplastica od invalidante come pazienti con neurite post erpetica, dolore da arto fantasma o da plessopatia post-traumatica, ovvero dolore di natura neuropatica e algie miofasciali.

In tutti questi casi si è potuta associare una terapia farmacologica mirata con lo studio e trattamento dei trigger points. Anche in questi pazienti la risposta terapeutica è stata buona e la remissione dal dolore completa.

Questo Servizio tratta poi, pazienti difficili presenti nei vari Reparti del presidio ospedaliero, dalla medicina alla oncologia, dalle malattie infettive, come per pazienti malati di AIDS, all'ortopedia per supportare i Colleghi in difficoltà per terapie non solo antalgiche ma anche nutrizionali.

Prospettive future

È da proporre che il Servizio di Terapia del dolore diventi un Centro che possa gestire un *Ospedale Senza Dolore* come proposto dalle linee guida del S.I.A.A.R.T.I.e dal Ministero della Salute, questo perché l'Ospedale struttura a servizio del cittadino e della sua salute, ricco di risorse umane e di elevata professionalità possa garantire un percorso diagnostico e terapeutico in cui l'esperienza "dolore" sia assente e non giustificabile per atavica mancanza di cultura della sua gestione anche da parte della classe medica che spesso ignora le problematiche ad esso correlate.

Inoltre è auspicabile che l'Ospedale possa uscire finalmente dal naturale confine e servire il cittadino- malato anche sul territorio.

Questo implica anzitutto un maggiore investimento in risorse umane e ambientali con un collegamento diagnostico e terapeutico con le altre Unità Operative Ospedaliere e di territorio (strutture riabilitative e residenze sanitarie assistite).

Si dovrà operare con queste ultime e con i Medici di Medicina Generale in funzione della crescente esigenza a gestire malati con dolore cronico ed oncologico a livello domiciliare, creando così le premesse per un *Home Care polivalente* che possa essere di risposta a problematiche:

- - nutrizionali
- - algologiche
- - riabilitative

integrando così per i malati oncologici un servizio di Terapie Palliative, non presente sul territorio e prendendo poi in considerazione patologie algiche benigne, sia vascolari che ortopediche che spesso coinvolgono pazienti anziani e sono causa di ricoveri non appropriati.

Per fare parte di questo è già presente la struttura di Assistenza Domiciliare, per pazienti anziani o con malattie croniche invalidanti, si ritiene però utile, per pazienti dimessi dal presidio ospedaliero con "dimissione protetta" e per pazienti con patologie altamente invalidanti, una assistenza, per contenuto e qualità, ancora più incisiva e completa.

Questa possibilità operativa riguarda anche pazienti dimessi dal Centro di Rianimazione o seguiti dal Servizio di Pneumologia che necessitino di ventilazione domiciliare, invasiva o non, per patologie respiratorie severe, o per sequele neurologiche infettive e traumatiche con perdi-

ta della autonomia ventilatoria.

La spesa sanitaria negli ultimi venti anni nei Paesi Occidentali è passata dall'8% degli anni 80, per arrivare nell'anno 2000 al 12,9% del prodotto interno lordo.

Il costo dell'assistenza in Home Care è di 2/3 inferiore a quello ospedaliero, e la popolazione ultra sessantenne sarà nel 2040 più del 41%!!

A questo è poi da aggiungere la necessità di creazione di un *Hospice* per pazienti terminali che possa gestire i momenti di difficoltà terapeutica e di rapporti interpersonali tra il paziente ed i suoi cari, attori e non spettatori di una vita che si conclude e non di un morire inesorabile e poco umano, ovvero avere la possibilità di gestire tutte le complicanze da terapia e da patologia con un ricovero minimo, in day hospital, non protratto per più di dodici ore per impianti spinali antalgici, per accessi venosi a permanenza che possano facilitare poi la gestione di supporti nutrizionali e terapeutici, per un trattamento palliativo dei decubiti che poi sarà continuato a domicilio, ed in ultimo per diminuire anche per poche ore le difficoltà giornaliere incontrate dai parenti.

Questo potrebbe essere il futuro di strutture non più utilizzabili per una sanità del duemila, ma ugualmente necessarie, se trasformate per indicazioni diverse.

Remo Spiezia

*Responsabile Modulo Terapia Antalgica
del P.O. Nord*

Via libera della Stato-Regioni alle linee guida per realizzare ospedali senza dolore

“IN CORSIA NON SI SOFFRA PIÙ”

*Un comitato in ogni struttura
e personale sempre più preparato*

Una strategia a tutto campo per combattere il dolore delle persone malate. Ecco l'obiettivo di una serie di azioni portate avanti negli ultimi mesi dal ministero della Sanità e che sono culminate la settimana scorsa con il via libera della Conferenza Stato-Regioni alle “Linee guida per la realizzazione dell'ospedale senza dolore” e alla seconda tranche del riparto delle risorse per la realizzazione di strutture per le cure palliative.

E sempre la settimana scorsa il ministro uscente Umberto Veronesi ha proposto al presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi l'istituzione della “Giornata nazionale del sollievo” che si dovrà svolgere ogni anno nell'ultima domenica di maggio: l'annuncio è stato anche occasione per presentare un censimento delle strutture che erogano cure palliative, realizzato dall'unità di terapia del dolore dell'ospedale San Giovanni Battista di Torino e dal comitato “Gigi Ghirotti”.

Le linee guida per l'ospedale senza dolore

Il documento prevede che ogni Regione, nell'ambito della propria autonomia, adotti gli atti necessari all'applicazione delle linee guida, “prevedendo il sistematico inserimento della loro attuazione nelle procedure di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie”.

Alle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali si chiede di inserire la rilevazione costante del dolore dei pazienti tra i test giornalieri quali la frequenza cardiaca, la temperatura, la pressione, ecc. Inoltre dovranno essere messe a punto azioni mirate per formare e sensibilizzare tutto il personale sanitario (con particolare attenzione per quello infermieristico) sui metodi disponibili per alleviare le sofferenze dei pazienti: da quelli farmacologici legati all'uso di morfina e oppioidi a quelli psicologici. L'aggiornamento continuo su queste materie rientrerà nella formazione obbligatoria e dovrà essere inclusa nell'orario di lavoro del personale.

Ogni struttura dovrà, poi, istituire un “Comitato ospedale senza dolore (Cosd)”, composto per un terzo da personale infermieristico oltre che da rappresentanti della direzione aziendale, da operatori delle strutture di terapie del dolore, da un referente del servizio farmaceutico e da rappresentanti delle Onlus attive nel settore. Il Cosd dovrà promuovere le iniziative di formazione, coordinare l'attività delle diverse équipe, monitorare l'applicazione delle linee guida, distribuire materiale informativo anche agli utenti, promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni dell'Oms, assicurando la valutazione periodica del loro consumo.

Il censimento

Secondo lo studio presentato i 300mila italiani che ogni anno combattono con patologie che provocano forti sofferenze (140mila sono quelli colpiti da tumori), possono usufruire oggi su 321centri specializzati in cure palliative afferenti al Ssn e su 161 strutture gestite da associazioni non profit.

Con una forte sproporzione a favore delle Regioni del Nord.

I centri pubblici che erogano assistenza domiciliare sono 204, cui si aggiungono 99 Onlus che assistono i malati a casa. Molte le tecniche antalgiche utilizzate: si va dalle terapie con farmaci alle tecniche di anestesia loco-regionale; da tecniche chirurgiche specifiche per combattere il dolore a trattamenti di terapia fisica, fino ad approcci psicologici e psicosociali o multidisciplinari.

Chiara Bannella



*Da Panorama della Sanità
N° 20 – giugno 2001*

L'OSPEDALE SENZA DOLORE UN PROGETTO PER LAVORARE INSIEME

A tutt'oggi anche nelle istituzioni più avanzate il dolore continua ad essere una dimensione a cui non viene riservata adeguata attenzione, nonostante sia stato scientificamente provato quanto la sua presenza sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale. Proprio con l'intento di arginare la prevalenza del dolore negli ospedali, il Ministero della Sanità ha istituito, già nel mese di ottobre scorso, una Commissione di studio e ricerca, "per approfondire la conoscenza, anche sulla base di esperienze maturate presso alcune strutture italiane e di altri Paesi, degli interventi che possono essere introdotti nell'ambito dei servizi e della pratica assistenziale al fine di contrastare il dolore e le sofferenze evitabili, causate dalla malattia e in particolare dalle malattie oncologiche". A tal fine la Commissione ha elaborato un progetto specifico denominato "Ospedale senza Dolore", che fornisce, oltre alle indicazioni relative ai contenuti, ai tempi e alle modalità di realizzazione, anche alcune raccomandazioni che possano favorirne lo svolgimento

La finalità del progetto è quella di aumentare l'attenzione del personale curante negli ospedali italiani perché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore espresso dalla perso-

na, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano, dal contesto di cura. È risaputo infatti che la carenza nel rilevare e trattare il dolore ha luogo nei confronti di malati di ogni tipologia, siano essi adulti o bambini. È importante dunque che si arrivi a considerare il dolore fisico un segno imprescindibile di valutazione clinica della persona così come la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, la pressione arteriosa. Così come avviene per tali parametri (denominati segni vitali) è essenziale che il dato relativo al dolore venga riportato regolarmente sulla cartella clinica del paziente al fine di creare una cultura diffusa in tutti i professionisti sanitari, medici e infermieri che consideri il dolore un parametro imprescindibile per la programmazione e la gestione delle cure. Tale accorgimento, apparentemente banale e di facile realizzazione, ha invece una enorme valenza sul piano delle conseguenze e porta inevitabilmente il personale di cura ad esserne consapevole, a prenderne atto e conseguentemente, al dovere professionale, oltre che etico di farsene carico perché il dolore venga controllato rapidamente. Tutto ciò comporta un cambiamento radicale nell'approccio al dolore di medici e degli infermieri, senza contare che il personale curante, spesso per fo-

bie o falsi miti evita o usa dosi troppo basse per le somministrazioni di oppioidi, quali la morfina, proposti dall'Oms per combattere i grandi dolori.

Si rende quindi necessario un grande cambiamento di mentalità, che coinvolge anche l'opinione pubblica che usufruisce dei servizi sanitari del Paese.

L'attuazione richiede da parte di esperti afferenti all'istituzione stessa

un'opera di educazione e formazione continua. L'idea si ispira ad analoghi progetti internazionali e istituzionalizzati in alcuni Paesi europei: un esempio di questo tipo di iniziative è costituito dal sito Internet www.sans-douleur.ch, dove è possibile trovare contributi scientifici e esperienze sul campo in diverse lingue europee.

P.S.



Da Salento Medico
6-7 2001

“VERSO UN OSPEDALE SENZA DOLORE”

Il significato di un progetto

Premessa

Negli ultimi anni, nella Sanità Italiana sono emerse in maniera prepotente due diverse necessità:

- a) di miglioramento della qualità delle prestazioni;
- b) di contenimento dei costi.

In alcune situazioni è certamente difficile conciliare tali esigenze, in altre è invece possibile ottenere un miglioramento qualitativo delle prestazioni senza aumentarne i costi o addirittura riducendoli. Un esempio paradigmatico è offerto dal *trattamento del dolore post-operatorio* che da un lato determina un miglioramento qualitativo della prestazione assistenziale, dall'altro realizza un contenimento dei costi attraverso la riduzione delle complicanze e quindi dei tempi di degenza e dei costi di terapia (NICOSIA F. et al., 2000). Riteniamo pertanto opportuno sottoporre alla attenzione dei Collegi Medici della Provincia di Lecce alcune considerazioni sul problema “dolore all'interno delle strutture ospedaliere e sulle ricadute positive che un approccio adeguato ad esso presenta sia per l'ammalato che per la struttura ospedaliera che lo ha in cura.

Dimensioni e caratteristiche del problema

1 - Il dolore è un sintomo molto spesso trascurato nelle strutture ospedaliere.

Solo il 40% dei pazienti dimessi dagli Ospedali si dichiara soddisfatto del trattamento antidolorifico che ha ricevuto. Alcuni ammalati rifiutano di proseguire negli approfondimenti diagnostici e nelle misure terapeutiche per paura del dolore. Tale situazione è ancora più grave per coloro che hanno meno voce per far valere i propri diritti: bambini (neonati), grandi anziani, cerebrolesi. (HELME R. D. e GIBSON S.J., 1997).

2 - Il dolore non viene mai “misurato”

Al contrario della temperatura o della frequenza cardiaca o della pressione arteriosa. Il personale di assistenza, sia esso medico o infermieristico, non verifica con metodi di misura se il dolore è in aumento o in diminuzione, se risponde molto o poco o

niente ad un determinato trattamento.

3 - **Non esistono protocolli per il trattamento del dolore.**

Uno “stesso” dolore, come può essere una colica renale o una lombalgia acuta, viene curato in modo diverso nei diversi reparti di uno stesso Ospedale.

Perché il dolore viene trascurato nell'interno degli ospedali?

Sembra strano che il dolore venga trascurato in strutture che sono nate e si sono sviluppate proprio per lenire le sofferenze (BESNER G. e RAPIN CH, 1993; GU X, e BELGRADE MJ, 1993. I motivi di tale trascuratezza sono diversi, ma i più importanti sono tre:

1 - **Pregiudizi sull'uso degli oppioidi**

Tali pregiudizi sono stati favoriti anche da inopportune restrizioni legislative che hanno portato noi Medici ad aver “paura” a prescrivere e somministrare la morfina e farmaci simili.

La Morfina viene considerata “ultima spiaggia” come testimoniato dall'espressione spesso utilizzata “è arrivato alla morfina”.

Si pensa che la morfina sviluppi dipendenza, mentre è acquisito che essa non dà dipendenza psichica ed è possibile evitare i problemi della dipendenza fisica riducendo gradualmente le dosi.

Si pensa che la morfina obbligatoriamente provochi tolleranza, mentre l'esperienza comune ci dice che l'esigenza di aumentare gradualmente le dosi deriva soprattutto dalla progressione della malattia. Si pensa pure che la morfina causi insufficienza respiratoria, mentre è risaputo che nel paziente con dolore cronico lo stesso dolore è un potente analettico respiratorio.

Per tutti questi “tabù” riguardanti la morfina e simili, si usano poco tali farmaci e vi è invece un iperconsumo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Infatti noi Italiani ci distinguiamo in Europa per essere coloro che consumano più FANS di tutti e, al contrario, fanalino di coda nel consumo di morfina ed altri oppioidi. (INTERNATIONAL NARCOTIC CONTROL BOARD, 1997) È appena il caso di ricordare che i FANS sono gravati da effetti collaterali gastrointestinali e renali. Peraltro una recente pubblicazione mette in relazione l'impiego dei FANS con la evenienza dell'Insufficienza Cardiaca Congestizia: negli anziani l'uso dei FANS raddoppia il rischio di scompenso cardiaco e nei cardiopatici lo aumenta di 10 volte. (PAGE J. e HENRY D., 2000).

2 - **Carenza culturale**

Vi è indubbiamente una mancanza di formazione di base per Medici ed Infermieri. L'Università non insegna a trattare il dolore che pure è il sintomo di gran lunga più lamentato dagli ammalati. Recentemente abbiamo somministrato un questionario rigorosamente anonimo a “giovani” Medici. I risultati sono sconcertanti.

- per il 52.4% il paziente con dolore continuo deve essere trattato con analgesici al bisogno e non ad orario fisso, per cui, a parere loro, prima di dare una ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore;

- per il 23.8% la via di somministrazione preferibile degli analgesici è la via intramuscolare;

- per il 71.4% se un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi;

- per il 42.8% non è vero che il giudizio più accurato dell'intensità del dolore è quello che ne dà il paziente stesso;

- per il 76.2% gli analgesici narcotici non devono essere mai utilizzati nei bambini;

- per il 57.1% i bambini piangono spesso, quindi per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici.

Tali risultati certamente evidenziano:

a) che la Facoltà di Medicina e Chirurgia, oggi come ieri, non prepara a trattare il sintomo-dolore che è il sintomo più frequentemente lamentato dall'ammalato;

b) che è indispensabile promuovere programmi di formazione dei Medici in tema di Medicina del Dolore.

3 - Dolore come meccanismo di allarme

Vi è tuttora il peso eccessivo di una cultura medica che sostiene che il dolore è un “sintomo di allarme” da non sopprimere per non mascherare la malattia. Ma ciò può essere ancora vero solo per alcune situazioni, e comunque le recenti disponibilità diagnostiche rendono spesso superflua tale “regola”.

In realtà spesso in molteplici condizioni il dolore è inutile o addirittura pericoloso:

- a) quando il dolore si identifica con la malattia: es. cefalee, nevralgie, etc.
- b) quando il dolore fa parte del quadro di malattie pervenute in stadi non più controllabili dalle terapie eziologiche: neoplasie in fase terminale, AIDS, etc;
- c) il dolore cosiddetto “iatrogeno” cioè provocato da accertamenti diagnostici o da interventi terapeutici, soprattutto nei bambini ed in particolare nei neonati;
- d) il dolore da parto;
- e) il dolore post-traumatico;
- f) il dolore post-operatorio.

Il dolore iatrogeno nei bambini

È superfluo soffermarsi sulle conseguenze psico-fisiche di atti diagnostici e terapeutici (venipunture, cateterismi venosi, punture lombari, aspirati midollari, biopsie, cateterismi vescicali, esami endoscopici, medicazioni, manovre ortopediche) effettuati in epoca neonatale e pediatrica senza preoccuparsi di una preventiva adeguata protezione analgesica.

In verità vi è ancora una diffusa opinione che i neonati avvertirebbero poco le sensazioni dolorifiche per l’immaturità del loro sistema nervoso ed in particolare per l’incompleta mielinizzazione delle fibre nervose. Ciò non è vero. Infatti la trasmissione nocicettiva percorre soprattutto le piccole fibre amieliniche: pertanto l’incompleta mielinizzazione influenza la trasmissione tattile e propriocettiva per cui il neonato localizza poco lo stimolo algico, non quella nocicettiva per cui il neonato avverte il dolore (ANAND KIS,1990: JOHNSTON CC et al.1992).

Il dolore post-traumatico

Il dolore post-traumatico è un dolore molto intenso perché aggravato dall’ansia e dalla paura; è un dolore “inutile” perché ha poco significato come monitoraggio delle condizioni del paziente; è “pericoloso perché fonte di complicanze cardiorespiratorie e tromboemboliche.

Il trattamento efficace è rappresentato dall’impiego già in Pronto Soccorso di oppioidi e di tecniche di anestesia loco-regionale e dal trattamento chirurgico precoce delle fratture. Purtroppo tutti noi sappiamo che tali protocolli di intervento non vengono comunemente eseguiti.

Il dolore post-operatorio

Il dolore post-operatorio viene trascurato:

- per scarsa informazione del paziente che considera inevitabile il dolore;
- perché i Chirurghi focalizzano la loro attenzione sui problemi tecnico-chirurgici;
- perché gli Infermieri sottostimano il dolore post-operatorio.

Eppure dai primi anni del ‘900 si sa che il dolore post - operatorio causa effetti negativi sul sistema respiratorio cardiovascolare ed immunitario (CRILE GW, 1915). Infatti il dolore postoperatorio può essere causa di:

- crisi ipertensive, ictus;
- tachiaritmie, ischemia miocardica;
- trombosi venose profonde, embolie polmonari;
- atelettasie polmonari, ipossiemia;
- iperglicemia.
- ileo paralitico, ritardo nella ripresa dell’alimentazione;
- ansia, paura, depressione.

È evidente che il controllo del dolore post-operatorio raggiunge tre obiettivi rispettivamente sul piano etico, sociale ed economico:

- a) la soddisfazione del paziente;
- b) il miglioramento dell’“immagine” della struttura con conseguente aumento della sua capacità di attrazione;

c) la riduzione dei costi a causa della riduzione di giornate di degenza, di complicanze e di terapie. Infatti, meno dolore post-operatorio significa meno complicanze, meno complicanze significa meno durata di degenza e meno terapia, tutto ciò significa reale risparmio economico ed anche migliore assistenza (NOLLI M. et al.1994; NICOSIA F. et al. 2000).

Pertanto la terapia del dolore post-operatorio è un modello esemplificativo di come si può conciliare il miglioramento della qualità delle cure con le necessità ineludibili di contenimento dei costi e di razionalizzazione delle risorse. Per tutti questi motivi, il problema del Dolore post-operatorio non può più essere sottovalutato.

Sempre di più gli ammalati informati chiedono notizie circa l'intensità e la durata del dolore che si prova dopo l'intervento e le terapie che saranno adottate per controllarlo. Alla luce di ciò il trattamento del dolore post-operatorio si sta sempre più configurando come un "diritto del malato" al quale gli Ospedali "devono" dare una risposta adeguata.

Tale approccio è ora possibile perché è migliorata, grazie soprattutto all'avvento delle nuove generazioni, la "comunicazione" tra le diverse componenti responsabili dell'intervento chirurgico.

A tale comunicazione consegue nei fatti una razionale e spontanea assegnazione di compiti nel rispetto delle reciproche competenze che, lungi dal generare situazioni conflittuali tipiche di un passato anche recente, concretizza ora risultati assistenziali di elevata qualità a vantaggio dell'ammalato, dei professionisti coinvolti e dell'Ospedale.

Il progetto "Verso un Ospedale Senza Dolore"

Trattasi di un progetto internazionale patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e dalla Associazione Internazionale "Ensemble Contra La Douleur" che ha sede in Ginevra.

Tale progetto è partito nel 1992 dall'Ospedale St. Luc di Montreal ed ha coinvolto diverse Nazioni: Francia, Svizzera, Belgio, Spagna, USA e recentemente anche Italia (sito web: <http://www.sans-douleur.ch>).

Lo scopo di tale Progetto è di migliorare l'approccio ed il trattamento del malato con dolore all'interno delle strutture ospedaliere, modificando comportamenti ed attitudini di Medici ed Infermieri.

Nell'ambito di tale Progetto è iniziata in Italia, nell'ottobre 2000, la Campagna "Verso un Ospedale Senza Dolore" coordinata dal Servizio di Terapia del Dolore e Cure Palliative dell'Ospedale S. Bortolo di Vicenza, con il coinvolgimento di 28 Ospedali Italiani tra i quali l'Azienda Ospedaliera Cardinale G.Panico di Tricase (VISENTIN M. 2000). Abbiamo pertanto organizzato diverse manifestazioni allo scopo di presentare il Progetto alla cittadinanza ed a tutti gli Operatori Sanitari, ed altre iniziative sono previste per i prossimi mesi.

Particolare attenzione è stata posta al coinvolgimento di Medici ed Infermieri di tutte le Unità Operative, dei Medici Specializzandi in Anestesia e Rianimazione e dei Medici Specializzandi in altre branche, degli Studenti del Corso D.U. Infermieri di Tricase.

Nell'ambito di tale Progetto, nella nostra Unità Operativa ci siamo posti da subito i seguenti obiettivi:

- 1 - di preparare e praticare protocolli per il trattamento del dolore post-operatorio;
- 2 - di trattare il dolore post-traumatico ed il dolore iatrogeno, mettendo in atto schemi di analgesia e sedazione (da convertire quanto prima in protocolli) per tutte le procedure per le quali noi Anestesisti siamo protagonisti o testimoni, fatta salva la raccolta del consenso informato;
- 3 - di renderci disponibili con la massima tempestività per il posizionamento di sistemi quali i port-cath venosi che realizzano indiscutibilmente condizioni di alleviamento delle sofferenze fisiche per pazienti in trattamento chemioterapico per neoplasie.

Questo impegno, lungi dal determinare rallentamenti della nostra attività in Sala

Operatoria ed in Rianimazione, che, specie in tale momento storico, deve ovviamente rimanere intatta, rappresenta per noi un naturale complemento che possiamo soddisfare grazie anche al supporto che ci deriva dalla frequenza presso la nostra Struttura di Medici Specializzandi in Anestesia e Rianimazione della Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Protocolli per il trattamento del dolore post operatorio

I protocolli di trattamento del Dolore Post-Operatorio in uso a Tricase prevedono diversi livelli di comportamento:

1 - per interventi chirurgici gravati da dolore post-operatorio moderato:

- a) infusione venosa per 48 h. di una miscela contenente FANS (ketorolac) e H2-antagonisti (ranitidina) per interventi eseguiti in anestesia generale o subaracnoidea;
- b) infusione peridurale per 48 h. di anestetico locale (ropivacaina) con eventuale aggiunta di morfina, per interventi eseguiti in anestesia peridurale.

2 - per interventi chirurgici gravati da dolore post-operatorio elevato:

- a) infusione venosa per 48 h. di una miscela contenente FANS (ketorolac) oppioidi deboli (tramadolo) ed H2 - antagonisti (ranitidina) per interventi eseguiti in anestesia generale e subaracnoidea;
- b) infusione peridurale per 48 h. di anestetico locale (ropivacaina) con morfina, per interventi eseguiti in anestesia peridurale, in dosi ovviamente superiori a quelle utilizzate per interventi con dolore post operatorio moderato.

Tale trattamento analgesico viene effettuato utilizzando preferibilmente gli elastomeri che garantiscono sicurezza, precisione e semplicità d'uso.

Tali protocolli hanno consentito un ottimo controllo del dolore post-operatorio in tutti i casi, con 'soddisfazione' degli ammalati, dei familiari, degli infermieri e dei medici di reparto, per motivi diversi e facilmente comprensibili.

Conclusioni

L'Ospedale Senza Dolore è ovviamente un obiettivo impossibile da raggiungere.

"Verso un Ospedale senza dolore" è invece un *cammino* che deve essere iniziato perché rappresenta un percorso di qualità dell'Ospedale, nel corso del quale è possibile conseguire:

- a) migliore "qualità" dell'assistenza ospedaliera nell'ottica delle esigenze aziendali di ottimizzazione delle risorse e contenimento dei costi
- b) maggiore dialogo tra le diverse professionalità (Medici, Infermieri, etc) e tra le diverse Specialità operanti in Ospedale.

Il "dolore" è infatti un elemento comune dei diversi ambienti ospedalieri e non vi è area ospedaliera che può definirsi estranea a tale problema.

Per conseguire tali obiettivi molte cose devono essere fatte:

- a) aumentare le conoscenze in tema di diagnosi e terapia del dolore;
- b) modificare i comportamenti di Medici ed Infermieri di tutti i Reparti ed indurli a "misurare" il dolore così come si misura la temperatura o la pressione arteriosa;
- c) preparare in modo collegiale protocolli analgesici condivisi da tutti.

In tale contesto e per tali obiettivi, il ruolo e l'importanza strategica delle Unità Anestesiologiche impegnate in Medicina del Dolore sono ineludibili nella misura in cui esse sono in grado di proporsi come strutture capaci di fare un'operazione culturale in tema di riconoscimento e trattamento del dolore nelle diverse aree ospedaliere, contribuendo a realizzare nei fatti un proficuo "dialogo" tra le diverse professionalità e specializzazioni in tempi in cui l'evoluzione scientifica ha prodotto un eccessivo frazionamento che purtroppo spesso è stato ed è all'origine dei cosiddetti casi di "malasanità".

**S. S. Colonna, L. Accogli, A. Vergaro, V. Alemanno, M. Garofalo,
G. Greco, G. Longo, A. Margarito, A. Massaro, D. Rizzo, P. Romano**

Azienda Ospedaliera "Cardinale G. Panico" Tricase
Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Medicina del Dolore
E-mail: anestesiaticase@virgilio.it

Stanziamenti per decreto

ALTRI 150 MLD PER GLI HOSPICE

Ancora altri 143 miliardi fino al 2002.

Sono, queste, le ultime risorse messe in campo da un decreto del ministero della Sanità che, la settimana scorsa, ha incassato il "sì" della Stato - Regioni a cui potranno attingere le Regioni per creare, nel proprio territorio, strutture ad hoc per l'assistenza ai malati terminali.

Si tratta della seconda tranche di stanziamenti, dopo i finanziamenti (256 miliardi) garantiti dalla legge 39/1999 a cui le Regioni stanno attualmente facendo ricorso con la presentazione dei primi progetti di hospice (le strutture per le cure palliative che si ispirano al modello anglosassone). I nuovi finanziamenti (provenienti in parte dalla stessa legge 39/1999, 53 miliardi, e in parte dalla Finanziaria 2000 altri 90 miliardi) saranno accessibili solo dopo la confezione da parte delle Regioni dei progetti preliminari per la realizzazione di nuove strutture o per l'adeguamento di quelle già esistenti ai requisiti fissati dal Dpcm del 20 gennaio 2000 che delinea il Programma nazionale per le cure palliative, nonché dei piani di comunicazione destinati ai

malati terminali e ai loro familiari che vivono nella Regione.

Il termine ultimo per la presentazione dei progetti preliminari è fissato in 150 giorni dalla data di pubblicazione in "Gazzetta Ufficiale" del decreto ministeriale. Inoltre, è stato stabilito il diritto delle Regioni a stipulare convenzioni con istituzioni e organismi senza scopo di lucro che dispongono di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale.

Saranno anche ammessi i progetti presentati da istituzioni e organismi non a scopo di lucro che svolgono attività nel settore dell'assistenza sociosanitaria. In entrambi questi casi i finanziamenti assegnati alle Regioni possono essere finalizzati alla realizzazione, alla ristrutturazione e all'adeguamento di strutture con vincolo di destinazione trentennale.

La ripartizione dei finanziamenti tra le Regioni, con questo nuovo decreto, è stata decisa in base ai parametri calcolati in base al tasso di mortalità per neoplasia e al tasso di mortalità generale.



Specialisti riuniti a Verona: “Queste strutture servono per migliorare la qualità della morte”

LA SFIDA, “HOSPICE” PER I MALATI GRAVI

Garantire una continua assistenza, comprendere i bisogni fisici, psicologici e spirituali del malato terminale, alleviare il dolore, proporzionare le cure. È la filosofia che ispira l'attività degli “hospice” strutture medico-sanitarie punto di cura di pazienti gravi, malati senza prospettive impossibilitati a una assistenza domiciliare. Per l'Italia questa è una nuova frontiera della sanità: lo hanno ribadito ieri i relatori di un convegno dedicato proprio all'hospice, svoltosi nell'ambito della seconda giornata “Ptexpo” la fiera sulle tecnologie, prodotti e servizi per la terza età. “Questa struttura - ha ricordato Giovanni Zaninetta, medico responsabile di Hospice Salutis di Brescia - si pone a un incrocio sanitario e culturale per offrire un aiuto, non solo clinico ma anche assistenziale per ricollocare il morire dentro “gli orizzonti della vita”.

Migliorare la qualità della morte oltre che della vita è una filosofia che ha ispirato soprattutto gli inglesi che dagli anni Cinquanta hanno avviato gli hospice contandone oggi oltre duecento. I passi italiani sino a questo momento sono stati molto lenti: il primo hospice nazionale, proprio la “Domus Salutis” venne aperto nel 1987. Solo negli anni Novanta una legge istituì fondi per la realizzazione di hospice che comunque oggi si contano nel nostro Paese sulle dita di una mano tutte concentrate tra Piemonte, Lombardia e Veneto. Nuovi impulsi a questo settore sembrano oggi arrivare dalle nuove frontiere di collaborazione tra pubblico e privato. “L'importante - ha sottolineato ancora Zaninetta - sarà individuare i percorsi organizzativi: l'hospice non è soltanto un reparto di degenza ma un'integrazione di servizi che completa anche l'assistenza domiciliare e il day hospital senza spreco di risorse”.



**Da IL SOLE24 ORE SANITA'
del 2-8 ottobre 2001**

**In campo una nuova tranche di finanziamenti
da 144 miliardi valida fino al 2002**

GLI HOSPICE AL SECONDO ROUND

*Approvati già 147 progetti -
Parte il corso dell'Iss sulle cure palliative*

Hospice made in Italy al secondo atto. Le Regioni conquistano la seconda tranche di finanziamenti da 144 miliardi per realizzare strutture residenziali destinate ai malati terminali.

La ripartizione dei nuovi fondi previsti dalla Finanziaria 2000 e validi fino al 2002

è contenuta in un decreto del ministero della Salute, presentato la scorsa settimana dal ministro Girolamo Sirchia, che rappresenta un nuovo impulso al programma per le cure palliative, avviato con 256 miliardi stanziati nel biennio 1998-1999.

Una prima tranche di risorse, quest'ultima, che proprio nei prossimi giorni dovrebbe essere distribuita tra i 147 progetti regionali approvati nei mesi scorsi dal dicastero guidato da Sirchia (mancano all'appello solo Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia e Molise). A questo corposo drappello di "hospice", così si chiamano, secondo il modello inglese, i centri per i malati terminali - è affidato il compito di rilanciare l'assistenza sul territorio, mettendo in campo oltre 1.500 posti letto.

Le Regioni all'incasso.

Il conto alla rovescia per conquistare i nuovi finanziamenti contenuti nella seconda tranche (90 miliardi della Finanziaria 2000, più 50 rimasti dallo stanziamento previsto dalla legge 39/1999) scatterà, invece, dopo 150 giorni dalla pubblicazione sulla "Gazzetta Ufficiale" del nuovo decreto. Pubblicazione che è attesa nei prossimi giorni.

Anche per questi progetti sarà "prioritario" - come è avvenuto in passato ricorrere all'"adeguamento" e alla "riconversione" di strutture già esistenti e inutilizzate o a quelle "rese disponibili" dalla ristrutturazione della rete ospedaliera. Senza diventare, però, nuove "cattedrali nel deserto", ma entrando a far parte integrante della rete di servizi previsti dal programma nazionale delle cure palliative "che collega in un unico piano di cura ha spiegato Sirchia - la casa, l'ospedale e l'hospice, indicando un percorso sia domiciliare sia residenziale che garantisca continuità e duttilità di assistenza". Questo "secondo atto" rappresenta, dunque, un ulteriore passo per far decollare la terapia del dolore di cui hanno bisogno, ogni anno, almeno 300mila italiani. "L'arrivo della seconda tranche, ha spiegato Enzo Ghigo, presidente della conferenza delle Regioni, rappresenta un'importante accelerazione a quella che considero una delle scelte più innovative nell'ambito del disegno del Welfare. È una domanda di rispetto e assistenza della persona umana". Il rischio da sventare sarà, però, quello di non trasformare gli "hospice" in "ospedali della morte" "Per questo - ha avvertito Giorgio Ventafredda, direttore del centro per le cure palliative dell'Organizzazione mondiale della Sanità - ora serve l'educazione dei cittadini e la formazione degli operatori".

La formazione

Cuore delle cure palliative - così come sono state immaginate nei provvedimenti che dal 1998 si sono susseguiti - è l'unità di cure palliative composta da una équipe multiprofessionale (medico palliativista, infermiere, psicologo assistente sociale, operatore socio - sanitario) che dovrebbe seguire il paziente preso in carico decidendo quale percorso assistenziale sia migliore: dalle cure domiciliari fino in hospice.

Da qui l'esigenza di formare presto un drappello di palliativisti: cominciando dai medici che dovranno dirigere le unità di cure palliative e gli hospice. Per questo il ministero ha avviato con un decreto dello scorso 27 aprile un corso ad hoc per 30 iscritti - pochi in effetti rispetto alla grande domanda che molto probabilmente lieviterà con la nascita dei nuovi centri - che entro la fine del 2001 dovrebbe ripetersi per tre edizioni.

A gestire il corso (160 ore di teoria e 80 di tirocinio) è - secondo il decreto - l'Istituto superiore di Sanità, in collaborazione col Ministero della Salute. Ma le iniziative formative, anche per il personale sanitario, si stanno moltiplicando in tutta Italia. E il decollo dell'educazione medica continua dovrebbe fornire ai camici bianchi ulteriori occasioni di formazione in questa disciplina - le cure palliative - finora rimasta una vera e propria Cenerentola nel panorama della medicina italiana.

Marzio Bartoloni

Emilia Romagna, in arrivo cure palliative oncologiche sul modello anglosassone

DUE HOSPICE MOLTO BRITANNICI

*In campo il "privato" convenzionato a Bologna
e il pubblico a Cesena*

Hanno aperto i battenti, in Emilia Romagna, i primi due *hospice* oncologici per le cure palliative: uno privato, a Bentivoglio in provincia di Bologna, l'altro pubblico, a Svignano sul Rubicone, in provincia di Cesena.

Si tratta delle prime esperienze di *hospice* sul modello anglosassone in Regione, dove la rete delle cure palliative prevede la nascita di 17 strutture di questo tipo. L'*hospice* privato "Maria Teresa Chiantore Seragnoli", a Bentivoglio - esperienza pilota nel campo dell'accREDITAMENTO e del rimborso tariffario per queste strutture - opererà al servizio delle aziende Usl di Bologna.

Ideato nei primi anni '90 da Cesare Maltoni, l'oncologo bolognese scomparso pochi mesi fa, l'*hospice* è stato realizzato dalla Fondazione Ramazzini grazie a un ingente contributo della famiglia Seragnoli: il costo - 20 miliardi - è stato coperto per 15 miliardi da questo contributo e per i rimanenti 5 da due fondazioni bancarie, quelle della Cassa di Risparmio di Bologna e della Cassa di Risparmio di Bologna e Ravenna. La struttura è immersa nel verde, con pianta a stella a cinque bracci ed è dotata di 54 posti letto, in grado di ospitare a regime 27 pazienti oncologici in fase avanzata e progressiva e altrettanti familiari. La pianta organica, in via di completamento sulla base delle indicazioni per l'accREDITAMENTO dell'Asr, prevede la presenza di tre specialisti per la presa in carico dei pazienti, uno staff medico per il servizio di guardia e reperibilità 24 ore su 24, almeno 25 infermieri più un gruppo di Ota, un fisioterapista, uno o due psicologi.

A capo della struttura è previsto un responsabile medico che dovrà assicurare la massima integrazione con la rete delle cure palliative del territorio. L'*hospice*, privato, ha già ottenuto dalla Regione l'autorizzazione, e opererà in accREDITAMENTO provvisorio con il Ssr, contribuendo "sul campo" alla definizione da parte dell'Asr dei requisiti per l'accREDITAMENTO degli *hospice* oncologici in Emilia Romagna, così come alla sperimentazione gestionale delle tariffe. In raccordo con l'Istituto Ramazzini la struttura si occuperà anche di ricerca nel campo delle cure palliative.

Sarà operativo da subito, invece, l'*hospice* territoriale dell'azienda Usl di Cesena, realizzato a Savignano sul Rubicone nell'ex ospedale di Santa Colomba. L'*hospice* cesenate dispone di 12 posti letto, di cui 8 in stanze singole attrezzate e 4 in stanze doppie, riservate a quei pazienti che non possono più essere assistiti a domicilio, temporaneamente o in via definitiva. La struttura fa capo alla UO di Oncologia dell'Ospedale Bufalini, è dotata di un responsabile operativo, mentre le altre funzioni mediche saranno ricoperte *part time* dallo staff di specialisti in forze al Bufalini e all'unità territoriale di cure palliative, che segue già l'assistenza domiciliare. Il "Santa Colomba" è inserito in un country hospital, cioè un piccolo ospedale di comunità: insieme all'*hospice*, è già attivo anche un day hospital da otto posti letto e l'ambulatorio di terapia del dolore.

Paola Minoliti

Quali combinazioni di farmaci sono più efficaci nella terapia del dolore

IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEL DOLORE NEL PAZIENTE NEOPLASTICO

Il dolore, un sintomo abituale nella malattia neoplastica, può essere diretta conseguenza del tumore o dei trattamenti antitumorali (chirurgia, radioterapia, chemioterapia) o dipendere da patologie concomitanti, pregresse o in atto, che vanno attentamente indagate allo scopo di ottenere un adeguato sollievo dal dolore.

Solitamente si considera il dolore da cancro esclusivamente come un dolore cronico dimenticando che un dolore acuto può insorgere per una incauta mobilitazione del paziente, per una frattura patologica, una compressione radicolare o altro. Un dolore acuto può quindi sovrapporsi ad un quadro di dolore cronico caratterizzando quello che viene definito “dolore incidente” e che spesso necessita di una terapia mirata.

Nel pianificare il migliore trattamento antalgico per un determinato paziente dobbiamo innanzitutto porci degli obiettivi raggiungibili per non deluderlo, disattendendo le sue aspettative, avendogli prospettato una risoluzione immediata e definitiva del problema che lo ha portato alla nostra osservazione. Il primo traguardo sarà il controllo del dolore per consentire il riposo notturno, successivamente il sollievo dal dolore durante la giornata quando il paziente sta a riposo, seduto o a letto, ed infine la completa analgesia anche quando il paziente sta in piedi o si muove.

Per raggiungere questi obiettivi l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1984 e successivamente nel 1996, ha emanato le seguenti linee guida:

- Utilizzare preferibilmente la via orale;
- Somministrare i farmaci ad ore fisse ed in quantità adeguata alle esigenze del paziente;
- Rispettare una razionale sequenza nella scelta dell'analgescico più adatto.

Per attuare quest'ultima indicazione la stessa OMS ha proposto una scala a tre gradini che, seppur con i limiti di qualunque schematizzazione, è diventata da molti anni di uso *routinario*:

- 1° Gradino: Analgesici non oppioidi + farmaci adiuvanti
- 2° Gradino: Analgesici oppioidi per il dolore lieve o moderato + farmaci adiuvanti
- 3° Gradino: Analgesici oppioidi per il dolore moderato o forte + farmaci adiuvanti.

Il passaggio da un gradino al successivo si attua quando il farmaco in uso, somministrato al giusto dosaggio e con un intervallo di tempo che ne rispetti le caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche si dimostra inefficace o quando insorgono degli effetti collaterali che ne impongono la sospensione.

Non è opportuno somministrare in contemporanea farmaci dello stesso gradino mentre è utile, in alcune situazioni, associare un analgesico non oppioide ad un oppioide del secondo o del terzo gradino.

Un'altra associazione molto utile è quella con i cosiddetti “adiuvanti”, gruppo eterogeneo di sostanze che vengono somministrate allo scopo di potenziare la copertura analgesica degli oppioidi e dei non oppioidi, di limitarne gli effetti collaterali e di controllare tutti gli altri sintomi spiacevoli, quali nausea, vomito, stipsi, tosse, sin-

ghiozzo, etc., che solitamente accompagnano la malattia e peggiorano la qualità di vita dei pazienti. Tra gli “adiuvanti”, infatti, rientrano gli antiemetici, gli antistaminici, i lassativi, i corticosteroidi, i rimodellanti ossei, i sedativi e i sintomatici in genere.

Un’attenzione particolare meritano gli anticonvulsivanti e gli antidepressivi il cui utilizzo è indicato nelle patologie neuropatiche da compressione o invasione neoplastica del tessuto nervoso o da lesione chirurgica o radioterapica. Gli antidepressivi triciclici, in particolare, presentano un effetto analgesico legato al potenziamento delle vie discendenti inibitorie del dolore attraverso il blocco della ricaptazione delle monoamine a livello sinaptico.

Gli **analgesici non oppioidi**, che costituiscono il primo gradino della scala OMS, comprendono l’acido acetilsalicilico, il paracetamolo e gli antinfiammatori non steroidei (FANS). Trovano indicazione nel trattamento di dolori non molto intensi, in presenza di febbre e infiammazione e quando vi è un interessamento osseo primitivo o metastatico in quanto inibiscono la sintesi delle prostaglandine attraverso il blocco dell’enzima ciclo-ossigenasi (COX).

Nell’organismo esistono due forme di ciclo-ossigenasi: la COX-1 forma costitutiva, sempre presente e deputata alla sintesi delle prostaglandine della gastroprotezione e della protezione renale e favorente l’aggregazione piastrinica e la COX-2, forma inducibile, attiva durante i processi flogistici e deputata alla sintesi delle prostaglandine coinvolte nella genesi del dolore. I FANS tradizionali, finora in uso, inibiscono sia l’attività della COX-1 che quella della COX-2 non essendo in grado di selezionare il tipo di enzima sul quale agire e a questo è legata l’insorgenza di effetti collaterali gastrici e renali.

Dal mese Luglio del 2000 è disponibile anche in Italia un nuovo farmaco, il rofecoxib, COX-2 selettivo che, in base agli studi clinici fin qui condotti, dovrebbe ovviare a questi inconvenienti. Un’ulteriore molecola di questa classe, denominata celecoxib, sarà immessa in commercio entro l’anno in corso.

I FANS non danno dipendenza né assuefazione ma hanno un “effetto - tetto” al di là del quale un ulteriore aumento del dosaggio non comporta un incremento dell’analgesia ma solo degli effetti collaterali. Nel dolore cronico, analogamente agli altri antalgici, vanno somministrati ad orari fissi in relazione alle loro caratteristiche farmacologiche. Un uso “al bisogno” è giustificato unicamente se il paziente necessita di una copertura analgesica solo in particolari momenti della giornata (mobilizzazione, medicazioni, fisioterapia), evenienza che può verificarsi anche in soggetti già in trattamento con oppioidi.

Nel gruppo degli **analgesici oppioidi per il dolore lieve o moderato**, situato al secondo gradino della citata scala della OMS, rientrano diverse categorie di farmaci tra loro differenti: due oppioidi agonisti, la codeina e il destorpropossifene, definiti come “oppioidi deboli”, due parziali agonisti, la buprenorfina e la pentazocina ed un prodotto di sintesi, il tramadolo che, possedendo una buona affinità per recettori morfiniti, si comporta da agonista, ed ha inoltre un effetto di potenziamento delle vie discendenti inibitorie del dolore, analogamente agli antidepressivi.

Il motivo per cui questi farmaci sono situati solo al secondo gradino della scala analgesica è legato alla esistenza di un effetto tetto facilmente raggiungibile con il progressivo incremento dei dosaggi legato alle mutate esigenze antalgiche dei pazienti affetti da patologie tumorali.

Estrema attenzione va posta nell’evitare di associare oppioidi agonisti puri (codeina, morfina) e parziali agonisti (buprenorfina, pentazocina) che sono in grado di annullare gli effetti dei primi con il rischio di indurre una crisi di astinenza in soggetti già in trattamento morfinitico. Come già detto è, invece, utile e corretto associare un oppioide debole con un non oppioide per potenziarne reciprocamente gli effetti analgesici. Anche l’industria farmaceutica ha, infatti, messo a disposizione associazioni farmacologiche di questo tipo (codeina + paracetamolo).

Nel terzo gradino sono compresi gli **oppioidi per il dolore moderato o forte** che nella prima edizione del 1984 della scala OMS venivano definiti “oppioidi forti”. In questo gruppo rientra la morfina, sia nella formulazione orale che iniettabile, insieme

al metadone ed al fentanyl.

Il farmaco più utilizzato è sicuramente la morfina orale a lento rilascio che, si può dire, ha radicalmente mutato il trattamento farmacologico del dolore neoplastico. La via orale evita al paziente il disagio delle iniezioni ripetute e la formulazione a lento rilascio consente una buona copertura antalgica con solo due, o al massimo tre, assunzioni giornaliere.

Quest'ultima evenienza si verifica nel 15% circa dei casi trattati; l'aumento significativo di tale percentuale nella casistica personale può essere legato ad una sottostima dei dosaggi di base.

Nell'avviare un trattamento con morfina solfato per via orale è necessario avvertire i pazienti o chi li assiste che le compresse vanno deglutite intere in quanto il lento rilascio è legato alla struttura stessa della compressa e viene meno con la sua rottura con conseguente liberazione della sostanza attiva in tempi sensibilmente più rapidi e rischio di sovradosaggio. Nel caso che il paziente non sia in grado di deglutire le compresse o sia portatore di sondino naso-gastrico si può utilizzare la formulazione in capsule, aprendo le stesse e versandone il contenuto in una piccola quantità d'acqua o di cibo o introducendo direttamente nel sondino.

Altro farmaco del gruppo è il metadone considerato, forse a torto, seconda scelta rispetto alla morfina a causa della sua scarsa maneggevolezza e del rischio di accumulo stante la sua lunga emivita che, al contrario, può essere utilmente sfruttata per aumentarne l'intervallo di somministrazione. In realtà l'uso del metadone sta diventando sempre più routinario sia come farmaco di prima scelta che in un programma di rotazione degli oppioidi, per limitare il fenomeno della tolleranza, a condizione di rispettare i rapporti equianalgesici nella fase di titolazione e aggiustare i dosaggi secondo la risposta clinica.

Recenti dati di letteratura (*Ripamonti C., Rivista Italiana di Cure Palliative*, n. 2, Giugno 1999, pp. 101-104) indicano che il rapporto di equianalgesia varia in base al quantitativo di morfina orale assunta in precedenza secondo il seguente schema:

morfina orale 30-90 mg/die=dose di metadone 4 volte inferiore; morfina orale 90-300 mg/die=dose di metadone 8 volte inferiore; morfina orale oltre 300 mg/die = dose di metadone 12 volte inferiore. Nello studio citato nessun paziente ha richiesto il rapporto equianalgesico di 1:1 che veniva precedentemente indicato nei testi e che era la causa più comune di sovradosaggio.

Il metadone è somministrabile sia per via orale come sciroppo che per via rettale, in soluzione acquosa o per supposte, e ne esiste anche una forma iniettabile. Oltre ad essere un agonista dei recettori morfiniti svolge attività antagonista nei confronti dei recettori NMDA rivestendo un ruolo anche nel trattamento del dolore neuropatico.

Terzo farmaco tra gli "oppioidi forti" è il fentanyl, sostanza liposolubile di sintesi disponibile in cerotti transdermici. Le concentrazioni ematiche efficaci si raggiungono dopo 8 - 16 ore dal posizionamento del primo TTS e durano circa 72 ore. Alla rimozione del cerotto i valori ematici declinano lentamente entro le 16 ore a causa dell'accumulo della sostanza nel derma che comporta il perdurare sia della analgesia che degli eventuali effetti collaterali.

Queste caratteristiche rendono il fentanyl TTS poco maneggevole nella fase di titolazione della dose di oppioide necessaria a soddisfare le esigenze antalgiche del paziente. Questa formulazione è solitamente riservata a quei pazienti che non sono in grado di assumere la morfina per via orale o nei quali tale sostanza causa importanti effetti collaterali, non ultima la stipsi che risulta sensibilmente inferiore con l'uso del fentanyl TTS rispetto alla morfina orale.

Nel caso di indisponibilità della via orale costituisce una valida alternativa anche l'infusione sottocutanea continua di oppiacei, da soli o in associazione con FANS e adiuvanti.

Tale infusione può essere ottenuta mediante semplici sistemi di tipo elastomerico o più complesse pompe di infusione computerizzate in grado anche di realizzare una PCA (Patient Controlled Analgesia) dando al paziente la possibilità di autosomministrarsi, secondo le proprie necessità, delle dosi supplementari di farmaco antalgico ri-

spetto ad un dosaggio di base preimpostato dal Medico.

Possono considerarsi vie alternative anche quella rettale e quella spinale, sia peridurale che subaracnoidea. Il ricorso a queste ultime si rende necessario in una percentuale piuttosto bassa di pazienti, 5-10% al massimo, nei quali sarebbe necessario utilizzare alti dosaggi di morfina orale a scapito di gravi effetti collaterali. Con le vie spinali sono necessarie infatti dosi di oppiaceo molto inferiori a quelle orali. Indicativamente a 10 mg di morfina per via parenterale corrispondono 30 mg di morfina orale (x3), 1 mg di morfina per via peridurale (1/10) e 0,1 mg di morfina subaracnoidea (1/100).

Pur trattandosi di una valida alternativa la via spinale è di difficile gestione, soprattutto a domicilio, e non sempre ben accetta dal paziente.

L'impianto del catetere spinale e la preparazione della miscela da iniettare vanno fatte in ambiente ospedaliero che non deve, ovviamente, essere troppo distante dal domicilio del paziente. Estrema cura va posta da parte dei familiari o del personale di assistenza nel somministrare i boli di oppiaceo attraverso l'estremità del catetere per il rischio infettivo o di errori di dosaggio.

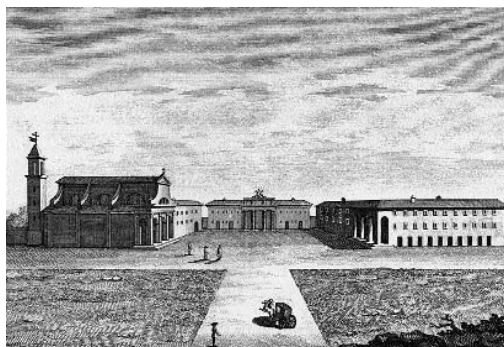
Gli effetti collaterali che si possono verificare con l'uso degli oppiacei sono: la sedazione, la disforia, la nausea, il vomito, la stipsi, la depressione respiratoria, la ritenzione urinaria, lo spasmo delle vie biliari, il prurito.

Un discorso a parte merita il problema della dipendenza che ancora oggi purtroppo costituisce uno dei maggiori ostacoli al corretto uso della morfina e degli oppiacei in genere. Questi sono considerati come l'ultima spiaggia terapeutica, un punto di non ritorno al quale arrivare soltanto in condizioni che più che terminali definirei preagoniche, per non incorrere nel "rischio di indurre tossicodipendenza".

Anche se l'opinione pubblica sta cambiando lentamente idea, ancora molta strada dovrà essere fatta perché venga accettato il concetto che l'uso della morfina non è legato ad una prognosi più o meno infausta ma alle caratteristiche e alla intensità del dolore da trattare. Fortunatamente il legislatore è sempre più sensibile al problema dell'importanza degli oppiacei nella terapia del dolore ed una semplificazione delle procedure burocratiche legate alla prescrizione di tali farmaci sembra ormai imminente.

Roberto Pisano

*Centro di Terapia del Dolore
Ospedale G. Brotzu - Cagliari*



Come prolungare la sopravvivenza del malato con tecniche mini-invasive e incurtente

LA PALLIAZIONE CHIRURGICA

Il significato della parola palliazione deve essere espressione, anche in ambito chirurgico, di due principali esigenze: prolungare la sopravvivenza del malato migliorandone la qualità di vita. Possiamo dire che soltanto nell'ultimo decennio ci siamo, almeno in parte, avvicinati a questi importanti traguardi. Più specificamente siamo arrivati a prolungare la vita dei pazienti cosiddetti "incurabili" trattando le complicanze acute della malattia e consentendo in questo modo l'applicazione di terapie complementari altrimenti inattuabili.

È evidente che nella maggioranza dei casi parliamo di patologie neoplastiche non più suscettibili di trattamenti curativi, la cui crescita è causa delle succitate complicanze.

Su queste è oggi possibile intervenire con metodiche invasive e totalmente incurtente, grazie all'introduzione di strumentazioni e presidi estremamente sofisticati e di larga diffusione, come tali non prerogativa solo di pochi centri.

Nell'ambito dei tumori del tratto digestivo possiamo portare come esempio paradigmatico l'avvento delle endoprotesi e delle metodiche di ricanalizzazione microchirurgica. Le prime trovano estesa indicazione nelle vie biliari, a livello del tratto digestivo superiore (esofago, duodeno) e di quello inferiore (colon - retto). Il loro impiego nelle neoplasie oramai disseminate consente il mantenimento della continuità biliare o intestinale senza fare ricorso alla derivazione chirurgica. È possibile in questo modo risolvere, ad esempio, un ittero ostruttivo in una neoplasia cefalo-pancreatica o in un tumore papillare o delle vie biliari laddove tali patologie hanno ormai superato i confini della radicalità chirurgica. Anche nel caso del tratto digestivo l'introduzione di un *wall-stent* può garantire una naturale canalizzazione alimentare oltre ad essere tecnicamente compatibile con resezioni miniinvasive perendoscopiche che possono precedere o seguire al loro posizionamento, rafforzando così i risultati ottenuti. Tali metodiche, oltre ad avere dei tempi di esecuzione molto brevi, comportano un minimo traumatismo al paziente e richiedono una breve ospedalizzazione oltre poi a garantire una facile gestione domiciliare. Quest'ultimo aspetto, ritengo abbia una grande rilevanza sul piano umano non solo per il malato ma anche per chi dovrà prestargli assistenza.

In questo contesto vorrei ricordare anche l'avvento dei nuovi sistemi per la nutrizione enterale, perseguibili con tecnica perendoscopica (PEG) e che hanno soppiantato le ormai desuete gastrostomia o digiunostomia con sonda enterale posizionata chirurgicamente.

L'immediato miglioramento che tali metodiche comportano per il paziente sia sul piano nutrizionale che su quello psicologico, consentono spesso di effettuare trattamenti chemio o radioterapici altrimenti improponibili nello stesso malato. Tutte le procedure fino ad ora illustrate richiedono una stretta collaborazione di carattere interdisciplinare fra chirurgo, radiologo ed oncologo e necessitano di un grande affiatamento in una lotta che deve trovare le sue motivazioni più profonde nel rispetto della dignità dell'uomo di fronte alla malattia.

Pensò infatti che, pur essendo implicito nella palliazione il prolungamento della sopravvivenza, altrettanto deve esserlo, grazie ai nostri sforzi, il mantenimento di una condizione umana dignitosa per il malato e rispettosa per chi gli sta vicino.

Renzo Boatto

Chirurgo Istituto di Patologia Chirurgica
Università degli Studi di Sassari

LA MODULAZIONE DEL DOLORE A LIVELLO CENTRALE

Il dolore, che tutti noi dobbiamo esperire in un tempo della nostra vita, in una forma o nell'altra, è uno dei grandi paradossi della medicina in quanto spesso viene sottotrattato. Recenti statistiche indicano che il 70% o più dei pazienti non riceve un adeguato trattamento analgico.

Errori, il mito della dipendenza dei farmaci, fino a pochi giorni orsono anche complicazioni burocratico-legali su ricetta e custodia di alcuni farmaci, la non preparazione ad affrontare il problema "dolore" ed altro ancora, creano una barriera per troppi colleghi verso un efficace controllo del dolore.

Un dolore non trattato produce mera sofferenza non necessaria, che è nociva sia fisicamente che psicologicamente, rallenta i processi di guarigione, prolunga la degenza ospedaliera ed incrementa la spesa sanitaria.

Eppure è un problema vecchio come il mondo.

Note storiche

Il primo riferimento indubitabile al succo del papavero (opion) lo si trova negli scritti di Teofrasto (III sec. A.C.).

I medici arabi erano abbastanza esperti nell'uso dell'oppio che venne poi introdotto in Oriente, anche se principalmente per combattere la dissenteria.

Alla metà del XVI sec. gli usi dell'oppio erano già conosciuti così bene che Sydenham lo citava come "universale" per lenire la sofferenza dell'uomo.

Nel 1806 Serturmer annunciò di aver isolato dall'oppio, che contiene più di 20 alcaloidi, una sostanza pura che chiamò Morfina (da Morfeo, il dio greco del sonno). Rapidamente seguì la scoperta di altri alcaloidi dell'oppio: la Codeina (Robiquet nel 1832), la Papaveria (Merck nel 1848). Ciò aprì la strada nella seconda metà del XIX secolo, al diffondersi nel mondo medico dell'uso degli alcaloidi

puri anziché dell'oppio grezzo.

È invece storia recente l'ipotesi e poi la dimostrazione dell'esistenza dei recettori, nel SNC, degli oppiacei e dei farmaci simili ad essi (Martin 1967).

Alla fine, in tempi ancora più recenti, si è arrivati alla conclusione che nel SNC esistono 4 tipi principali di recettori, denominati come *mu*, *kappa*, *delta* e *sigma*.

L'analgesia è stata posta in relazione con i recettori sia *mu* che *kappa*, mentre la disforia e gli effetti psicosomatici con i recettori *sigma*. I *delta* dovrebbero invece intervenire nelle modificazioni del comportamento affettivo.

Si ritiene inoltre: che il recettore *mu* medi l'analgesia sopraspinale, la depressione respiratoria, l'euforia e la dipendenza fisica;

- che il recettore *kappa* medi l'analgesia spinale, la miosi e la sedazione;
- che il recettore *sigma* medi la disforia, le allucinazioni, la stimolazione respiratoria e vasomotoria.

Più incerto è ancora il significato dell'azione *delta* nei suoi particolari.

Appurata quindi l'esistenza di questi siti recettoriali, i farmaci morfinosimili attualmente disponibili si legano ad essi riducendo la liberazione di neurotrasmettitori, come la *sostanza P*, che mediano la trasmissione degli impulsi dolorifici.

Ancora, sempre in relazione ai siti recettoriali, gli oppiacei vengono classificati in 3 gruppi.

1. Agonisti morfinosimili (agiscono soprattutto come agonisti a livello di *mu* e *kappa*).
2. Oppiacei antagonisti (es. Naloxone che è privo di attività agonista su qualsiasi recettore).
3. Oppiacei ad azione mista: questa categoria comprende:
 - a) gli agenti agonisti-antagonisti (es. nalorfina, pentazocina) che hanno azione agonista su alcuni siti recettoriali ed antagonista su altri;

b) agonisti parziali (es. buprenorfina).

Terapia farmacologica

La terapia farmacologica è la pietra miliare delle numerose modalità disponibili per trattare il dolore incoercibile, particolarmente da cancro perché è efficace, ha un rischio relativamente modesto, è poco costosa e solitamente ha un effetto rapido. Un principio fondamentale dell'uso dei farmaci per trattare il dolore da cancro è l'adattamento del regime al singolo paziente.

Tre classi principali di farmaci vengono usate da sole o più comunemente in associazione per trattare il dolore nel malato di tumore:

1. Fans
2. Analgesici oppioidi
3. Analgesici adiuvanti.

Prima di scegliere i farmaci per trattare il dolore si deve identificare la causa o le cause specifiche del dolore, valutarne l'intensità e la qualità e poi far corrispondere il farmaco all'intensità ed alle altre caratteristiche del dolore. Le posologie più semplici e le modalità di trattamento del dolore meno invasive devono essere utilizzate per prime.

La scala dell'OMS

I cinque concetti essenziali dell'approccio della Organizzazione Mondiale della Sanità adottati dal 1990 alla terapia farmacologica per il dolore da cancro sono:

- Il farmaco deve essere somministrato, inizialmente, per via orale.
- Deve essere somministrabile 24 ore su 24.
- In base alla scala.
- In base all'individuo.
- Con attenzione per i particolari.

La prima fase di questo approccio consiste nell'uso di Fans per trattare un dolore che sia lieve o moderato.

Quando il dolore persiste o aumenta, si deve aggiungere (non sostituire) al Fans un oppioide (es. codeina).

Un dolore che sia persistente oppure moderato o grave alla comparsa deve essere trattato aumentando la potenza dell'oppioide o utilizzando dosaggi più elevati.

Nell'uso a lungo termine di Fans si

consiglia di monitorare con attenzione gli effetti sulla funzionalità epatica e renale e la comparsa di eventuali effetti collaterali a carico particolarmente dell'apparato gastroenterico e la crisi ematica.

Gli oppioidi sono la principale classe di analgesici impiegati nel trattamento del dolore moderato o grave grazie alla loro efficacia, alla facilità di titolazione ed al rapporto positivo fra rischi e benefici.

Gli *oppioidi* si suddividono, come abbiamo visto, in agonisti completi, agonisti parziali o agonisti-antagonisti misti, a seconda dei recettori specifici a cui si legano e della loro attività intrinseca su quel recettore.

Gli agonisti completi comunemente utilizzati sono la Morfina, l'Idromorfone, la Codeina, l'Ossicodone, l'Idrocodone, il Metadone, il Levorfanolo e il Fentanile.

Questi oppioidi vengono considerati agonisti completi perché la loro efficacia analgesica non ha un effetto-tetto e non annullano né contrastano l'effetto di altri oppioidi appartenenti a questa classe somministrati contemporaneamente.

Gli effetti collaterali sono stitichezza, nausea, ritenzione urinaria, confusione, sedazione e depressione respiratoria.

Gli agonisti-antagonisti misti nell'impiego clinico sono la pentazocina, il butorfanolo tartrato, la dezocina e la nalbufina cloridrato. Questi farmaci hanno un tetto analgesico e bloccano l'analgesia da oppioidi presso il recettore *mu*, mentre attivano un diverso recettore *kappa*: quindi i pazienti che stanno assumendo oppioidi agonisti completi non devono ricevere un agonista-antagonista misto perché questo potrebbe scatenare una sindrome da astinenza ed accrescere il dolore.

Per un trattamento a lungo termine a base di oppioidi si devono prevedere la tolleranza e la dipendenza fisica (non tossicodipendenza psicologica). Tolleranza = necessità di aumentare le dosi per ottenere lo stesso risultato analgesico. Dipendenza = si manifesta quando l'oppioide viene sospeso bruscamente o viene somministrato un antagonista (es. Naloxone).

Metodi di somministrazione

Via orale: metodo più comodo ed

economico.

Via rettale: da usarsi in caso di presenza di nausea o vomito o dopo interventi chirurgici.

Via transdermica: evita l'assorbimento gastro-enterico. Attualmente l'unico oppioide in commercio è il Fentanile TDS in cerotti; la dose massima raccomandabile è 300mg/h.

Via endovenosa o sottocutanea: evitando la via i.m. in quanto dolorosa e ad assorbimento non affidabile, queste vie sono riservate ai casi in cui si manifestino nausea e vomito persistenti, grave disfagia o necessità di dosi crescenti e rapide.

Via spinale: va usata quando non si riesce a controllare il dolore utilizzando le altre vie. Il farmaco più usato è la morfina. I sistemi di erogazione del farmaco prevedono, dopo un test a somministrazione singola, l'inserimento nello spazio epidurale o subdurale di un catetere che viene tunnelizzato sottocute fino alla regione sotto-claveare o sotto-mammaria, dove viene preparata chirurgicamente una "tasca" per contenere un serbatoio metallico con tappo perforabile: il collegamento all'esterno avviene mediante un ago particolare (di Hubner), inserito per via transcutanea, che permette il rifornimento periodico od il collegamento a pompe.

P.C.A.: (*patient controlled analgesia*) la si può effettuare utilizzando particolari pompe impostate su parametri di erogazione prescritti per somministrazione e.v., s.c. o epidurale con possibilità, programmata, di boli aggiuntivi somministrati dal paziente in caso di riacutizzazione del dolore.

Effetti collaterali degli oppioidi

Stitichezza: è il problema più comune e va trattato aumentando il consumo di fibre ed usando con regolarità lassativi blandi come lattuloso o senna.

Sedazione: metilfenidato 5 - 10 mg. per os.

Nausea: è corretta dalla somministrazione preventiva di atropina o antiemetici (metoclopramide, ondasetron etc.).

Depressione respiratoria: si usa un antagonista specifico (Naloxone) titolato a piccoli boli e.v. (0,02 mg/mm) ripetuti, per non annullare l'analgesia e non indurre sindrome da astinenza.

Farmaci adiuvanti

Vengono usati per rafforzare l'efficacia analgesica degli oppioidi e trattare sintomi concomitanti.

Sono prevalentemente usati:

- Corticosteroidi.
- Anticonvulsivanti (carbamazepina etc.).
- Antidepressivi (amitriptilina etc.).
- Terapia antineoplastica, chemioterapia, terapia ormonale e radioterapia.

In alcuni specifici casi è utile usare tecniche anestetiche consistenti in blocchi neurali o temporanei, usando anestetici locali, o neurotossici Chimici (alcol, fenolo) o fisici (calore). Alcune tecniche neurochirurgiche vengono riservate ai casi di dolore intrattabile dove siano falliti altri approcci terapeutici consistono in:

Rizotomia

Cordotomia antero - laterale

Mielotomia commissurale

Ipfisectomia

In tutti questi trattamenti è da tenere in particolare considerazione l'elemento umano del paziente, specie sotto l'aspetto psicologico in quanto l'obiettivo primario da raggiungere è pur sempre l'ottenimento di una migliore qualità di vita.

Franco Melis

*Direttore sanitario Azienda USL 1
Servizio anestesia e rianimazione
Ospedale Marino di Alghero*

DOSI EQUIANALGESICHE

	per os	intratecale	peridurale
Morfina	30 mg ogni 3/4 h	1mg/die	10 mg/die
Metadone	20 mg ogni 6/8 h		
Codeina	200 mg ogni 3/4 h		
Tramadolo	100 mg ogni 6 h		

ATTUALITÀ E LINEE DI SVILUPPO SUL TERRITORIO

- Pag. **125** - Terapia antalgica in *Day Hospital*
Luca Quadrino
- Pag. **126** - La gestione domiciliare del paziente con dolore da cancro
Francesco Angelini
- Pag. **129** - Oppioidi, da soli non bastano
Giorgio Trizzino
- Pag. **131** - “Vicino ai pazienti vorrei il Mmg”
- Pag. **132** - Medico di medicina generale e assistenza domiciliare integrata
Chiara Musio
- Pag. **135** - Nasce a Modena il “gruppo permanente per la rete delle cure palliative”
L. Mantovani
- Pag. **136** - In cura dal Mmg all’hospice
- Pag. **140** - Le cure palliative arrivano a casa
Daniela Gianelli
- Pag. **141** - Arrivano i primi 90 super-esperti
- Pag. **143** - Cure palliative: il Lazio all’avanguardia?
Paola Sarno
- Pag. **145** - Un numero verde 80.30.15.10 per i malati di tumore e le loro famiglie

Borgo Fàiti - Foro Appio - Carlo Antonini, fine XVIII sec.



TERAPIA ANTALGICA IN DAY HOSPITAL

La Terapia del dolore affronta in modo interdisciplinare tutte quelle patologie in cui il dolore, non più come sintomo, caratterizza il quadro clinico della patologia stessa. In altre parole oggi il dolore non è più visto come una inevitabile componente di varie situazioni patologiche e quindi non è più affrontato, soprattutto dagli algologi, con la conseguente rassegnazione.

La Terapia Antalgica interviene sul meccanismo d'azione, sulla farmacocinetica dei farmaci disponibili e sull'aiuto che possono offrire gli interventi non farmacologici; non solo quindi per il dolore post-operatorio ma anche per il trattamento di varie patologie dolorose, che non sono secondarie o sintomo di altri quadri clinici, ma esse stesse rappresentano la patologia primaria; quindi gli Algologi trattano il dolore nocicettivo (tipico il dolore a carico dell'apparato muscolo-scheletrico), il dolore neuropatico (nevralgie, neuriti), misto (oncologico).

Il Day-hospital (D.H.) è il luogo adatto per il trattamento di numerose patologie dolorose, poiché è possibile ricoverare il paziente dalle 8.00 alle 20.00 in giorni utili e prestabiliti, quindi poter seguire con personale medico ed infermieristico qualificato da vicino l'iter diagnostico o terapeutico senza gravare, soprattutto psicologicamente per il paziente, con inutili ricoveri ordinari; ma comporta anche indubbi benefici economici all'Amministrazione e riduce la necessità di posti letto nei reparti.

A coordinare il D.H. è un Anestesista, per la familiarità che gli viene riconosciuta con le procedure diagnostiche e terapeutiche più spesso utilizzate, e si avvale della collaborazione di altri specialisti per avere il giusto apporto interdisciplinare alla patologia dolorosa in esame; notevole importanza riveste il personale infermieristico che deve ben conoscere le procedure algologiche e saperle valutare. Come detto, vengono selezionate per il D.H. procedure diagnostiche e terapeutiche che necessitano di assistenza medica breve, altrimenti i pazienti si dirottano c/o l'ambulatorio o i reparti.

Nel nostro D.H. (c/o l'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Terracina), in una prima fase vengono effettuati test diagnostici di routine quali esami ematochimici, visita cardiologica E.C.G. etc., per individuare eventuali controindicazioni a test e/o procedure specifiche più cruenti quali:

Test farmacologici

- utili per la diagnosi differenziale di S. dolorose nocicettive o neuropatiche, quali test con propofol, xilocaina etc., o per sondare l'efficacia terapeutica ad esempio della morfina epidurale o spinale, in particolari patologie;

Procedure terapeutiche

- Infiltrazioni articolari e periarticolari, o anche peridurali per affezioni a carico dell'apparato muscolo-scheletrico
- Blocco di trigger point's nelle S. miofasciali
- Infiltrazioni peridurali per il trattamento di patologie tipo herpes zooster toracico-lombare e prevenzione della nevralgia post-erpetica
- Blocchi nervosi per alcune S. neuropatiche (nevralgie essenziali del Trigemino, neuriti, etc.)
- Trattamento semi-invasivo, con posizionamento di cateteri venosi centrali e/o peridurali, per patologie neuropatiche e/o tumorali

Naturalmente in un piccolo Ospedale, come il nostro, è difficile avere a disposizione tutto e a soli cinque mesi dall'avvio, pertanto per situazioni più complesse ritengo sia utile avere oltre ad una rete di consulenti, algologi e di altre discipline, soprattutto strutture più complesse, dove esistono veri e propri reparti di Terapia Antalgica, ove inviare il paziente; in questo modo abbiamo trattato anche patologie complesse, quali nevralgie essenziali del trigemino, resistente a terapia, con la termolesione del ganglio di Gasser, oppure patologie dolorose tumorali con impianto di pompe spinali.

Dall'inizio dell'anno, da quando abbiamo attivato il D.H., sono in trattamento 20 pazienti:

- 14 per dolori rachidei lombo-sacrali

- 2 per cefalea
- 2 per artropatie (in genere)
- 1 per dolore post-intervento chirurgico
- 1 per dolore oncologico

Spicca il trattamento delle rachialgie lombo-sacrali, e questo per vari motivi, a cominciare dall'enorme diffusione di tale patologia (tra le maggiori cause di assenza dal posto di lavoro) e poiché trattiamo il dolore radicolare (lombosciatalgia) con infiltrazione peridurale steroidea. Le cefalee per lo più vengono seguite per gli aspetti diagnostici, essendo tale patologia trattata in Centri per Cefalee; poche le patologie tumorali, perché non abbiamo un reparto di Oncologia e perché tali pazienti in genere vengono seguiti a domicilio o in consulenza c/o altri reparti (da noi Medicina).

Il D.H. ci ha permesso perciò di allargare l'offerta terapeutica ai pazienti con dolore; è da precisare comunque che molti Ospedali, soprattutto al Nord-Italia, si sono dotati di reparti di Terapia Antalgica (inseriti nei "livelli essenziali di assistenza" LEA dal Ministro G. Sirchia), con D.H. e ambulatori, così da prevedere tutte le procedure algologiche, in continua espansione, sino alla chirurgia algologica.

Questo è il nostro obiettivo, come quello di tutti i colleghi che si occupano di *dolore*.

L'accesso al nostro D.H. è conseguente a visita specialistica richiesta dal medico curante o altro medico; il recapito telefonico è **0773708705**

Luca Quadrino
P.O. Centro
AUSL Latina



LA GESTIONE DOMICILIARE DEL PAZIENTE CON DOLORE DA CANCRO

Una delle principali cause di ricovero del paziente neoplastico in fase avanzata è la difficoltà di controllare a domicilio la sintomatologia dolorosa da cancro.

Questa, infatti, se non trattata in modo ottimale, può essere così intensa, terribile e persistente da gettare nello sconforto sia il paziente e la sua famiglia che il medico curante, producendo una situazione di angoscia persistente e ingravescente che trova sfogo nell'ospedalizzazione del malato spesso più come momento di "break" dell'angoscia stessa che come atto medico realmente indispensabile.

Al contrario, spesso questi pazienti potrebbero ricavare dalle cure tra le mura domestiche un'importante fonte di sostegno psicologico, perciò la migliore gestione della terapia del dolore ha una valenza molteplice e deve essere perseguita

con la massima attenzione.

Pertanto il controllo del dolore da cancro resta oggi una delle maggiori sfide per il medico, sia per la frequenza con cui si propone che per la drammaticità della situazione clinica e psicologica sofferta dal paziente e dalla sua famiglia.

Stime dell'OMS indicano che oltre i due terzi dei pazienti con neoplasia avanzata sperimentano dolore legato alla malattia, e che in circa il 20-25% di essi il controllo del sintomo sarà insoddisfacente.

Fermo restando che la terapia del dolore più efficace è quella causale (medica, chirurgica o radiante) nelle situazioni in cui questa non sia fattibile, non sia attiva o richieda tempo per espletare la sua azione, il trattamento resta principalmente affidato ai farmaci antidolorifici ed è fondamentale che l'armamentario tera-

peutico di cui disponiamo sia sfruttato nel modo più razionale possibile.

La strategia di trattamento del dolore da cancro prevede una prima fase conoscitiva durante la quale, inoltre, si pongono le basi del rapporto con il paziente che dovrebbe essere basato sulla massima fiducia reciproca.

Un'anamnesi accurata, condotta con empatia, è spesso, insieme all'esame obiettivo e della documentazione clinica, il punto di avvio di un corretto trattamento del dolore potendo condurre alla comprensione della sua genesi e delle caratteristiche di intensità, durata e ricorrenza durante il giorno, nonché alla valutazione della situazione e dei bisogni psicologici e sociali del paziente.

Valutata accuratamente la situazione individuale del malato e compresa la natura del dolore (nocicettivo, da stimolazione delle terminazioni nervose somatiche o viscerali, neuropatico, da stimolazione dei nervi nervorum o misto) si procede all'impostazione della terapia che, in accordo con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dovrebbe attenersi ad alcuni principi base che, come si vede, incentivano il trattamento domiciliare del paziente:

- preferire la via orale;
- somministrazioni ad orario fisso e non "al bisogno";
- sequenzialità nell'impiego dei farmaci;
- personalizzazione del trattamento;
- attenzione per il dettaglio.

La somministrazione orale è da preferire per la praticità che rende il paziente più autonomo e consapevole e lo libera da procedure iniettive che sono in genere mal accettate. Nei casi in cui la presenza di nausea o vomito, diarrea, disfagia o di altri ostacoli impedissero la via orale si può ricorrere alla somministrazione parenterale, preferibilmente in infusione continua sottocutanea o venosa per mantenere costante il livello ematico del farmaco, sublinguale o transdermica. Le somministrazioni infusionali sono realizzate tramite elastomeri o pompe elettroniche collegate all'accesso tramite ago sottocutaneo o sistema per accesso venoso continuo precedentemente posizionato.

In entrambi i casi la gestione dell'infusore può facilmente essere delegata al

paziente stesso o ai familiari dopo un breve training.

Occorre evitare di somministrare gli analgesici a richiesta; con questa prassi, infatti, il paziente è spesso portato a ritardare l'assunzione del farmaco cercando di sopportare il dolore. Ciò conduce da una parte ad una sofferenza evitabile e dall'altra a una perdita parziale di efficacia della terapia che si trova ad agire su un dolore già intenso e, quindi, più resistente.

La somministrazione ad orario, inoltre, consente una migliore valutazione dell'effetto terapeutico e un graduale aggiustamento sia della posologia sia dell'intervallo di somministrazione, fino all'ottenimento del controllo antalgico.

Eventuali dolori intercorrenti vanno trattati utilizzando una dose supplementare del farmaco che potrà, in caso di ripetitività dell'evento, essere aggiunta alla posologia di base.

L'intervallo tra le dosi deve essere leggermente superiore al loro periodo di efficacia, in modo da mantenere il paziente libero da dolore senza soluzione temporale.

La somministrazione dei farmaci antidolorifici segue una sequenza che disegna idealmente una scala a tre gradini che rappresentano i livelli di intervento.

Al primo gradino troviamo i FANS; quando questi, somministrati a dose piena e ad orario, divenissero insufficienti, si passa al secondo gradino che prevede gli oppioidi minori (codeina, tramadolo, buprenorfina, fentanyl) che possono essere associati agli stessi FANS.

L'ultimo gradino è rappresentato dagli oppioidi maggiori e, quindi, dalla morfina anch'essa associabile ai FANS.

La personalizzazione del trattamento è fondamentale in tutti i livelli della scala.

In particolare, la posologia deve essere adattata al singolo paziente tenendo presente che il concetto di dose giusta va inteso come quella che controlla il dolore ad una tossicità accettabile.

Ciò è vero specie per la morfina, per la quale la dose necessaria può variare molto da paziente a paziente ed il cui utilizzo incute spesso un ingiustificato timore di indurre depressione respiratoria o tolleranza.

La morfina, uno dei farmaci più “antichi” per la terapia del dolore, resta dunque ancora oggi la pietra angolare del trattamento del dolore oncologico grave .

In Italia il suo utilizzo è molto sotto-dimensionato rispetto agli altri paesi occidentali e ciò è dovuto sia ai già citati e scarsamente giustificati timori di effetti collaterali che all’attuale legislazione che rende la prescrizione particolarmente gravosa. Le recenti modifiche introdotte dal ministro Veronesi hanno in parte affrontato il problema estendendo la validità della ricetta ad un mese di trattamento (dagli otto giorni precedenti); tuttavia, considerando la necessità, almeno nella fase iniziale della terapia, di frequenti aggiustamenti posologici, è auspicabile la rapida introduzione del nuovo ricettario “a ricalco” che eviterà gli attuali disagi prescrittivi.

Parte dell’efficacia della terapia che utilizzeremo sarà dovuta alla capacità di curare i dettagli della terapia stessa ed in particolare di sottolineare al paziente l’importanza dell’assunzione ad orario e di non attendere che un dolore intercorrente sia divenuto intollerabile prima di assumere una dose supplementare.

Anche una prescrizione chiara, con indicazione degli orari di assunzione, e l’invito a comunicare tempestivamente inefficacia ed eventuali effetti collaterali, possono giocare un ruolo importante.

Oltre agli analgesici fanno parte dell’armamentario terapeutico per la cura del dolore una serie di farmaci genericamente indicati come adiuvanti ma, in realtà, dotati di una propria rilevante dignità.

Particolarmente importanti sono gli steroidi in grado di ridurre l’edema circostante le lesioni neoplastiche e quindi la compressione esercitata sulle strutture recettoriali del dolore; il ruolo degli steroidi è fondamentale, ad esempio, nel dolore da ipertensione endocranica ed in quello neuropatico e misto da compressione nervosa. Anche il dolore da infiltrazione e distensione della glissoniana risponde bene agli steroidi il cui impiego, tuttavia, può essere limitato dai noti effetti collaterali della somministrazione a lungo termine e, spesso, dalla concomitanza di intolleranza ai glicidi o di malattie peptiche.

Un altro farmaco dotato di azione antalgica nel dolore da compressione e/o infiltrazione nervosa è il gabapentin, della classe degli anticonvulsivanti, che richiede una somministrazione con cauto e progressivo incremento di dose.

Altri farmaci sono utili per contenere gli effetti collaterali degli antidolorifici e sono altrettanto necessari per poter somministrare questi ultimi a dose piena.

Ci riferiamo in particolare agli anti-nausea ed ai lassativi da associare invariabilmente agli oppioidi, anche deboli.

Ancora importanti sono i farmaci ansiolitici e gli antidepressivi la cui somministrazione deve essere sempre considerata e valutata nel trattamento del dolore da cancro.

Quando, nonostante la migliore terapia “convenzionale”, il dolore persista o gli effetti collaterali non siano tollerabili è possibile ricorrere a metodiche più invasive come il posizionamento di cateteri spinali per infusione epidurale di analgesici o a tecniche neurolitiche.

Ritengo ancora una volta utile sottolineare l’importanza di ascoltare attentamente quello che il paziente riferisce poiché sarà indispensabile per procedere agli aggiustamenti della terapia antalgica che sono sempre necessari all’inizio del trattamento e quando si cambia la categoria di farmaci.

Gli elementi forniti dal paziente, inoltre, spesso guidano all’esecuzione di indagini mirate che, rilevando situazioni particolari (ad esempio localizzazioni ossee anche a rischio di frattura) possono consentire quei provvedimenti ortopedici, radioterapici o radiometabolici che possono rappresentare, in quella situazione, il migliore presidio per la risoluzione del dolore.

In conclusione, il trattamento del dolore da cancro resta una sfida aperta e difficile nella pratica medica quotidiana.

La grande sofferenza legata a questa malattia, e spesso al sintomo dolore, deve indurre il medico ad attuare il massimo sforzo per ottimizzare la terapia e per consentire al paziente di vivere in famiglia una vita più dignitosa e libera .

Francesco Angelini

*Unità Operativa di Oncologia Medica
Ospedale di Latina*

Con l'approvazione della legge sugli oppioidi si rilancia il settore delle cure palliative

OPPIOIDI, DA SOLI NON BASTANO

Oltre alla terapia del dolore va garantita una assistenza più completa

L'accordo raggiunto tra maggioranza e opposizione sulla legge che consente l'utilizzo delle sostanze stupefacenti ai malati in fase terminale permette finalmente al Parlamento italiano di scrivere una pagina di civiltà da troppo tempo sollecitata dalla pubblica opinione. La nuova legge modifica il testo unico delle leggi in materia di stupefacenti, semplificando e rimuovendo gran parte degli ostacoli burocratici che fino a ieri avevano limitato l'utilizzo a scopo terapeutico degli oppioidi.

Tuttavia, si tratta soltanto di un primo passo verso quella uguaglianza da molti auspicata; l'Italia è, infatti, in coda rispetto a tutti gli altri Paesi europei per l'utilizzo di adeguati trattamenti contro il dolore in quanto solo il 20% dei malati interessati riesce a usufruire di un'adeguata terapia antalgica

Buprenorfina, codeina, diidrocodone, fentanil, idrocodone, idromorfone, metadone, morfina, ossicodone e ossimorfone potranno finalmente essere prescritti da tutti i medici e, soprattutto, potranno essere utilizzati dai 150mila malati che ogni anno in Italia si trovano in fase terminale

Ma l'obiettivo delle cure palliative è più ampio della sola terapia del dolore: è, infatti, prendersi cura della persona nella sua interezza, di tutti i bisogni, sia fisici che psicologici, sociali e spirituali; in altre parole, prendersi cura in modo "totale" delle necessità del malato

Ed è la stessa Organizzazione mondiale della Sanità a indicare le cure palliative fra le sei grandi priorità in campo sanitario: "...il controllo del dolore, la riduzione della sofferenza e la disponibilità delle cure palliative per chi non può essere curato", considerando queste ultime quale unica risposta appropriata ai problemi che emergono durante la fase terminale.

La solitudine e l'abbandono che contraddistinguono le ultime fasi di vita dei malati terminali sono stati fino a oggi gravati da sofferenze, spesso drammatiche, causate dall'impossibilità di reperire farmaci adeguati.

Medici, infermieri e volontari della Società italiana di cure palliative si sono rivelati quale unico e vero riferimento per molti malati che ogni anno hanno avuto bisogno di assistenza: ben poco, se si pensa che rappresentano appena il 10% delle risorse necessarie.

Uomini e donne che con continuità e dedizione hanno saputo gestire la complessità assistenziale dei malati e delle loro famiglie, influenzando positivamente tutta la medicina e restituendola a un prestigio troppo oscurato

Nel nostro Paese sono attive attualmente 137 unità operative di cure palliative, 43 hospice e 131 organizzazioni non profit per le cure palliative. Le Unità operative di cure palliative sono ripartite tra Ssn pubblico (129) e privato (8). I servizi che offrono sono: ambulatorio (91%), assistenza domiciliare (65%), day hospital (48%), letti di degenza ordinaria (12%). Gli hospice sono 43, dei quali 33 nel Ssn con 329 letti e 10 in organizzazioni private con 128 letti.

Entro il 2001 saranno realizzati almeno altrettanti hospice e corrispondenti servizi domiciliari.

Ciò induce a ritenere che in tempi brevi si verificherà un rapido e coordinato sviluppo della rete assistenziale su tutto il territorio nazionale: sarà attivata la rete di servizi residenziali "hospice" sia a livello territoriale che ospedaliero, gestita da personale qualificato, e sarà diffusa e migliorata l'assistenza domiciliare che si integrerà con i servizi residenziali.

Ogni azienda sanitaria dovrà dotarsi di una struttura di ricovero o di un servizio di cure palliative (Uocp) a supporto dei medici di medicina generale responsabili dell'assistenza domiciliare integrata.

Per fare questo sarà necessario acquisire numerosi operatori idonei alla gestione di tali strutture e anche in tale settore la Società italiana di cure palliative è impegnata a fornire alle istituzioni la competenza e la cura necessari alla formazione specifica.

La Società italiana di cure palliative continuerà a stare accanto a chi soffre vigilando sull'attuazione della legge che consentirà l'uso appropriato degli oppioidi e avviando quel processo di rinnovamento culturale capace di rimuovere l'emarginazione cui i malati terminali sono oggetto.

E sarà proprio l'Italia, per una strana coincidenza, a ospitare dal 1° al 5 aprile 2001 il VII Congresso europeo di cure palliative, evento scientifico e sociale unico nel suo genere, in cui migliaia di operatori convergono da tutto il mondo per confrontarsi su temi di grande attualità.

La Società europea di cure palliative nell'affidare al nostro Paese l'organizzazione, ha voluto che si svolgesse con modalità innovative rispetto al passato, interrompendo la tradizionale preferenza verso le grandi capitali europee dove tale disciplina è ormai diventata una realtà consolidata. E la scelta specifica di Palermo è stata finalizzata alla creazione di un ponte ideale con tutti i Paesi dell'area del Mediterraneo.

Le precedenti edizioni organizzate a Parigi, Bruxelles, Barcellona, Londra e Ginevra sono state occasione di presenza e testimonianza diretta da parte delle massime autorità dello Stato.

E l'auspicio è che anche l'Italia possa fare la sua parte.

Giorgio Trizzino

Vicepresidente Società Italiana di Cure Palliative



Vittorio Ventafridda (Fondazione Floriani)

“VICINO AI PAZIENTI VORREI IL MMG”

È forse il portabandiera delle cure palliative in Italia. Sicuramente è uno dei “pionieri” nel nostro Paese di questa specialità “che quando ho cominciato tanti anni fa - ci spiega - non contava più di qualche decina di appassionati studiosi in tutta Italia mentre ora siamo migliaia”.

Oggi Vittorio Ventafridda dirige la *Fondazione Floriani* (uno dei primi centri di assistenza ai malati terminali) e ha partecipato ai lavori di una commissione istituita dal ministro Veronesi. Che ha “partorito” l’idea del progetto di “ospedale senza dolore” dove un comitato di esperti dentro ogni struttura avrà l’incarico di tenere sempre sotto controllo le sofferenze di tutti i ricoverati. “Un progetto - spiega Ventafridda - che spero ogni ospedale italiano, attraverso la sensibilità di chi li dirige, vorrà attuare”.

Ma di cosa ha bisogno, innanzitutto, il malato terminale?

Di essere sollevato dai sintomi, di non restare solo, di sentirsi come nella propria casa: insomma di essere trattato come un essere umano.

A quale identikit deve rispondere il medico che assiste questi pazienti?

Ho un sogno, forse impossibile: mi

piacerebbe che a occuparsi del paziente, almeno in prima battuta, fosse il medico di famiglia che, magari grazie ai consigli di un medico specializzato in medicina palliativa, potrebbe curarlo a casa.

E il ricovero in hospice?

Dovrebbe essere privilegiato nei grandi centri urbani e per le famiglie più disagiate. Dovrebbe assomigliare a una casa con massimo dieci o quindici posti letto. Con un rapporto di un infermiere per malato e non di uno ogni cinque pazienti, come accade ora. Va, comunque, evitato il rischio di creare delle “case della morte” con magari cinquanta posti letto.

Ma qual è ora la prima emergenza?

Serve più formazione in cure palliative. Che devono finalmente fare il loro ingresso nelle aule di Medicina da dove sono state finora tenute fuori. Dovrebbe, poi, nascere anche un corso di specializzazione in medicina palliativa. Mentre oggi bisognerebbe sfruttare le opportunità offerte dalla “Formazione continua”, voluta dal ministero della Sanità per aggiornare i medici, per mettere in piedi dei corsi in grado di fornire gli elementi base di questa disciplina.



**È necessario coinvolgere la famiglia
e adottare la terapia in accordo col paziente**

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Ogni medico di famiglia, o come si vuol dire medico di medicina generale, ha avuto spesso la necessità di dover seguire al proprio domicilio un paziente in fase terminale o per una neoplasia o per una malattia debilitante cronica a prognosi negativa.

È ovvio che in questi casi le cure mediche praticate avevano il solo compito di migliorare, per quanto possibile, la qualità di vita del paziente. Com'è possibile far questo sapendo che l'ammalato ha pochi mesi di vita e che quindi in teoria la Medicina deve dichiararsi sconfitta?

Bisogna veramente portare avanti una "Nuova Medicina", la Medicina Palliativa, finalizzata realmente solo al paziente e ai suoi "bisogni" sia medici che psicologici.

L'approccio al paziente non può però prescindere dal coinvolgimento della sua famiglia.

I familiari vanno preparati, addestrati e coinvolti nella gestione del malato e nelle decisioni cliniche anche se è solo il malato, quando possibile, che deve scegliere il trattamento per lui più appropriato fra quelli proposti dal medico stesso.

È importante, come ben sa il medico di medicina generale, che la famiglia sia supportata sia durante l'assistenza al malato terminale sia nell'affrontare la morte.

Il medico, per motivi pratici e organizzativi, deve sempre scegliere un familiare di riferimento (familiare leader) che dovrà assumersi la responsabilità e la funzione di controllo del paziente e della sua terapia farmacologica e non, nonché la responsabilità dei rapporti con gli altri familiari.

Il medico di medicina generale deve spiegare sempre al paziente e al familiare di riferimento, in maniera semplice ed esauriente, tutti i problemi che sono connessi con la malattia e col trattamento, preparandoli agli eventuali effetti collaterali dei farmaci utilizzati e alle complicanze della neoplasia stessa.

Per poter far questo l'approccio del medico al malato deve iniziare con una attenta valutazione del paziente sia dal punto di vista della malattia, identificando i principali problemi, sia valutando attentamente le preoccupazioni del paziente stesso in merito ad ogni suo sintomo, cioè cercando di intuire quanto veramente ogni sintomo influisce sulla sua vita e impegnandosi prima di tutto nella risoluzione di quei problemi che per il malato sono i più importanti.

La prima cosa che ogni medico vorrebbe evitare è che il paziente abbia dolore; la terapia con gli antidolorifici, spesso con farmaci stupefacenti, viene però talvolta sottovalutata e non eseguita in maniera idonea.

Non bisogna mai aspettare l'arrivo del dolore, bisogna sempre prevenirlo, utilizzando una terapia semplice, personalizzata, ad orari fissi e soprattutto con dosaggi terapeutici adeguati.

Esistono poi altri sintomi tipici della neoplasia e delle sue complicanze che vanno ricercati e per i quali bisogna portare avanti una terapia mirata.

Sia il dolore che ogni altro sintomo devono sempre essere quantificati, con scale di valutazione in accordo col paziente, per riuscire a capire realmente quanto e quando funzioni la terapia.

Bisogna anche valutare il paziente dal punto di vista psicologico, cercando di riconoscere la sua disponibilità ad accettare quanto gli deve essere detto o il modo con cui dirglielo, valutando le sue paure e le sue ansie.

Non bisogna sempre eludere le domande del paziente ma bisogna renderlo gra-

dualmente consapevole, utilizzando anche risposte negative ma con termini positivi.

Un metodo sicuramente coinvolgente per il paziente è quello di indirizzare la sua attenzione su obiettivi terapeutici sicuramente raggiungibili e in questo modo si potranno anche dimostrare reali risultati.

Quando è possibile bisogna spingere i familiari a coinvolgere il paziente in un'attività che possa interessarlo, cercando comunque di permettergli di mantenere, sin quando possibile, una certa indipendenza.

Tutti questi accorgimenti, insieme ad un atteggiamento di "ascolto" e di "rassicurazione", sono fondamentali quanto una buona terapia medica.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, senza voler entrare in dettaglio, bisogna sempre utilizzare inizialmente la via orale, cercando di mantenerla sin quando sarà possibile.

Arriverà però il momento in cui si dovrà passare alla terapia intramuscolare o endovena e successivamente anche all'alimentazione parenterale; questa è una situazione che il medico di medicina generale il più delle volte ha dovuto gestire in prima persona.

Attualmente invece con l'ADI (assistenza domiciliare integrata), attivata dall'ASL a Sassari, è possibile finalmente essere supportati da un servizio infermieristico, fisioterapico, medico specialistico e da un servizio farmaceutico che fornisce ogni dispositivo medico necessario per un'assistenza domiciliare del malato.

Perché è nata l'esigenza di cure domiciliari?

Per motivi etici, in quanto il paziente al proprio domicilio "sta meglio" soprattutto se supportato da una famiglia consapevole e che accetta la situazione imparando anche a gestirla nel miglior modo possibile con l'aiuto del medico di medicina generale.

L'esigenza dell'ADI però è anche dovuta a motivi clinici, in quanto sono in aumento i pazienti con malattie croniche terminali, è in aumento l'età media della popolazione e comunque l'assistenza domiciliare permette di abolire lo stress da ricovero e anche il rischio delle infezioni ospedaliere.

Per finire anche il costo globale dell'assistenza è ridotto rispetto al costo di un ricovero ospedaliero con un grandissimo risparmio per l'ASL.

Esattamente cos'è l'ADI?

Come abbiamo detto è un servizio di assistenza domiciliare integrata che viene attivato dal medico di famiglia dopo segnalazione al responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale.

Le ipotesi di attivazioni dell'intervento, salvo diversa determinazione concordata volta per volta, sono: malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie o altro), dimissione protette da strutture ospedaliere.

Il servizio viene iniziato, sempre col consenso del medico di medicina generale, a seguito di segnalazione da parte del responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni del paziente, o del medico di base, o dei servizi sociali, o dei familiari del paziente.

Entro 24-48 ore dalla segnalazione, il medico del distretto autorizza l'intervento e prende contatto col medico di base che insieme alla commissione di valutazione stabilisce il piano di assistenza personalizzato e attiva l'ADI sempre dopo aver recepito il consenso del malato e dei suoi familiari.

Il sanitario responsabile a livello distrettuale, facente parte della commissione di valutazione, e il medico di base concordano: la durata presumibile dell'ADI, gli eventuali interventi di altri operatori sanitari, la cadenza degli accessi sanitari e degli accessi infermieristici, i momenti di verifica.

Il medico di medicina generale ha la responsabilità unica e complessiva del paziente, recepisce le istanze del paziente e della famiglia, è responsabile della cartella clinico assistenziale, attiva le eventuali consulenze specialistiche, coordina gli interventi degli altri operatori sanitari nel rispondere ai bisogni del paziente.

Quali sono comunque le prospettive future per i pazienti terminali?

Attualmente sono in corso di studio e di attivazione, i così detti Hospice cioè unità di degenza piena o solo di ospedalizzazione diurna forniti di ambulatori specialistici.

Gli Hospice sono riservati ai pazienti che per brevi periodi non possono essere seguiti al proprio domicilio sia per motivi sanitari (esecuzione di terapie o metodiche eseguibili in ambiente ospedaliero) che per motivi familiari e sociali.

In questo modo con l'ADI e l'Hospice, il medico di medicina generale è supportato nell'assistenza del malato terminale anche se svolge sempre un ruolo di primaria importanza per il rapporto che ha col paziente che conosce spesso da anni e col quale ha un rapporto di fiducia reciproca che gli permette talvolta di aiutarlo o di rassicurarlo con la sola sua presenza.

Arriva infatti il momento in cui il malato, spesso lucido sino a poche ore dalla morte, presenta oltre il dolore fisico, inizialmente un dolore sociale (legato alla perdita del ruolo che una persona normalmente ricopre in famiglia e nella società), successivamente un dolore psichico e spirituale con paura della morte che determina uno stato di ansia ed angoscia che si associa spesso ad un senso di sconfitta e di abbandono.

È questo il "Dolore Totale".

La famiglia quando "consapevole", con l'aiuto del medico, spesso riesce a tranquillizzare il malato cercando di aiutarlo in ogni bisogno fisico e psicologico.

Alcune volte ciò non è possibile e anche il medico si sente impotente.

Questo accade perché in Italia non si ha ancora una adeguata preparazione culturale nei confronti della morte o meglio nei confronti di chi sta per morire.

Pensiamoci bene, spesso i parenti o gli amici non hanno la capacità di confortare il malato, di parlargli; hanno paura di vederlo soffrire e questo perché nessuno di noi sin dall'infanzia è stato abituato a "capire", "aiutare" e "avvicinarsi" a chi soffre.

La sofferenza e la morte è vista spesso come un qualcosa "da nascondere" non come una cosa naturale con la quale bisogna imparare a convivere.

È fondamentale che tale mentalità venga cambiata e che tali cambiamenti coincidano con un adeguamento dell'assistenza medica e sociale; ciò è importante in quanto ogni individuo ha il diritto, nella fase conclusiva della sua vita, di essere assistito in maniera tale da poter conservare una dignità individuale con una qualità di vita migliore possibile.

Questo è veramente l'obiettivo della Medicina Palliativa, che dovrebbe essere insegnata durante il corso di Laurea e studiata in ogni suo dettaglio perché è dovere di ogni medico essere in grado di "curare" adeguatamente un paziente terminale.

Chiara Musio

Medico di Medicina Generale - Sassari



NASCE A MODENA IL “GRUPPO PERMANENTE PER LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE”

Il tema delle cure palliative, dell'acanzimento terapeutico, dell'eutanasia è stato al centro la passata stagione di accese discussioni e polemiche e di importanti provvedimenti legislativi regionali, primo fra tutti la delibera della giunta regionale “La rete delle cure palliative” che ha individuato i servizi di Cure Palliative e gli Hospice come elementi che completano la rete delle cure palliative domiciliari.

A Modena le cure palliative domiciliari gestite dai medici di famiglia attraverso i NODO (Nuclei Operativi Domiciliari Oncologici fondati sull'équipe domiciliare costituita dal MG come responsabile terapeutico e dall'infermiere con il supporto organizzativo del distretto) hanno trovato una realizzazione particolarmente compiuta ed originale che rappresenta, in termini di assistenza e di copertura del territorio, un “unicum” nel territorio nazionale rispetto ad altre esperienze simili che, se pur valide e importanti, hanno interessato in modo disomogeneo e tutto sommato marginale la popolazione dei malati oncologici terminali.

Sono stati 4000 i pazienti oncologici terminali della nostra provincia che dal 1996 al 2000 hanno ricevuto cure palliative al proprio domicilio, 971 nel solo 2000; il numero di visite complessive eseguite al domicilio del paziente da parte di medico e infermiere ammonta nel 1999 a 25830 e nel 2000 a 26604: sono numeri eclatanti che testimoniano come l'assistenza al terminale al proprio domicilio sia un punto di eccellenza della sanità pubblica modenese, un gioiello poco conosciuto e valorizzato dagli stessi amministratori ASL.

Questi numeri testimoniano l'impegno enorme profuso dai medici di famiglia e dai distretti per fornire questo tipo di assistenza e ci dicono quale patrimonio di esperienza medici e servizio sanitario pubblico abbiano accumulato in

questo campo.

L'evoluzione, anche tumultuosa, nel campo delle cure palliative segnata dai nuovi provvedimenti legislativi (istituzione dei Servizi di cure palliative di 2° livello e hospice, riorganizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata) e dalla crescita del privato sociale e del volontariato comporta un ripensamento complessivo che coinvolga la Dirigenza dell'Azienda, i Distretti, i Responsabili Organizzativi, gli Infermieri e i Medici di Medicina Generale con l'obiettivo di costruire una rete delle cure palliative che valorizzi l'esistente e lo integri con l'ospedale e l'hospice e che tenga conto delle proposte del volontariato e del privato.

Con il workshop “Costruiamo la rete delle cure palliative” promosso da FIMMG e SIMG, che si è svolto il 26 maggio a Modena, i Medici Generali hanno voluto portare il proprio contributo di esperienza e di riflessione alla riorganizzazione e potenziamento di tutta la rete delle cure palliative in provincia di Modena. Nell'ambito del workshop è nato il “Gruppo permanente per la rete delle cure palliative”.

Questo gruppo, fondato per iniziativa di alcuni medici generali, intende aprirsi a quanti vogliono impegnarsi nella costruzione e nel potenziamento della rete delle cure palliative sia dal punto di vista organizzativo che formativo e culturale.

Gli obiettivi del gruppo in questa prima fase sono:

- raccogliere e far circolare le esperienze maturate fino ad oggi all'interno delle cure palliative domiciliari e dare ad esse adeguata visibilità;
- accreditare gli operatori come soggetti attivi che sulla base delle esperienze maturate contribuiscono ad individuare i punti critici dell'attuale assistenza e ad elaborare e proporre in modo pluridisciplinare soluzioni. Ecco alcuni tra i temi

di interesse del gruppo: continuità assistenziale, linee guida, omogeneità tra operatori, omogeneità territoriale, percorso hospice, ecc.;

- promuovere una cultura della medicina palliativa e un circuito formativo permanente dedicato alla sua crescita, stimolare il confronto tra i professionisti sulle problematiche giuridiche, etiche, filosofiche e spirituali connesse alla medicina palliativa;

- costituire un interlocutore collettivo facilmente individuabile nei confronti degli Ordini Professionali, dell'Azienda USL, dell'Azienda Policlinico, dell'Università, delle Società Scientifiche, delle Agenzie di Formazione, delle organizzazioni operanti nel volontariato e nel privato, dei singoli professionisti dell'Ospedale e del territorio, delle istituzioni e delle organizzazioni dei cittadini e di ogni altro soggetto interessato.

Uno dei primi impegni del gruppo è quello di organizzare per il mese di mag-

gio un convegno pubblico in cui chiamare quanti nella nostra provincia si occupano di cure palliative ad un confronto sugli aspetti etici della medicina palliativa, che in questo tipo di assistenza costituiscono sicuramente uno dei nodi più importanti e spinosi.

Il gruppo dialoga prevalentemente per via telematica. L'indirizzo telematico del gruppo è presso Mgform (mgform3@ausl.mo.it) a cui ci si può rivolgere per informazioni ed iscrizioni.

A Modena ci sono tutte le condizioni perché grazie al lavoro fatto in questi anni dai medici di famiglia in collaborazione con il servizio pubblico si riesca a costruire una rete di cure palliative sempre più efficace ed efficiente nel dare sollievo ai pazienti terminali e che costituisca punto di riferimento per tutte le future esperienze in questo campo: in questa direzione va l'impegno del "Gruppo permanente per la rete delle cure palliative".

L. Mantovani



Da **IL SOLE24 ORE SANITA'**
del 1-7 maggio 2001

Linee guida cure palliative:
definiti i percorsi assistenziali e le competenze

IN CURA DAL MMG ALL'HOSPICE

*Al via una formazione specifica per
medici di famiglia e specialisti*

Il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (Dm 28/9/99) nell'all. I parte I recita:

"La rete di assistenza dei pazienti terminali è costituita da una aggregazione funzionale e integrata di servizi distrettuali e ospedalieri, sanitari e sociali... si articola nelle seguenti linee organizzative differenziate e nelle relative strutture dedicate alle cure palliative:

- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare integrata;
- assistenza domiciliare specialistica;
- ricovero ospedaliero in regime ordinario o Day hospital;
- assistenza residenziale nei centri residenziali di cure palliative - hospice".

Con i provvedimenti di adozione dei programmi regionali applicativi del programma nazionale, comprensivi dei piani per l'integrazione delle strutture residenziali per le cure palliative - hospice con le altre attività di assistenza ai pazienti terminali, nonché dei programmi di comunicazione ai propri cittadini sulla rete integrata dei relativi servizi, le Regioni e Province autonome hanno provveduto a definire l'impianto organizzativo della rete delle cure palliative nelle proprie realtà.

Per dare concreta operatività a tale rete si conviene che nella fase del suo consolidamento vengano assicurati:

- accessibilità da parte dei cittadini;
- possibilità di intervenire in ambiti diversi (in ospedale, a domicilio, in strutture residenziali e/o di ricovero anche specifiche);
- disponibilità di tipologie assistenziali diversificate (ambulatorio, ricovero diurno, ricovero ordinario, assistenza domiciliare e residenziale);
- mantenimento della continuità assistenziale ottenuta mediante l'integrazione delle diverse opzioni in un unico piano assistenziale;
- diffusione della cultura delle cure palliative tra il personale sanitario, in particolare nelle strutture ospedaliere, migliorando anche e incrementando gli interventi di terapia del dolore e degli altri sintomi che provocano sofferenza;
- integrazione con i servizi sociali;
- collaborazione organica con le risorse formali e informali esistenti nella società (le organizzazioni no profit, in particolare le associazioni di volontariato, la rete parentale ed amicale, ecc.);
- raggiungimento del rapporto ottimale costi/benefici;
- riduzione dei ricoveri inappropriati e delle giornate di degenza;
- reale attuazione di dimissioni protette;
- mantenimento di livelli essenziali di assistenza;
- verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati;

Le esperienze fin qui maturate suggeriscono l'opportunità che le prestazioni siano erogate secondo una gradualità di interventi che veda al centro il malato, la sua famiglia e i suoi bisogni; deve, perciò, essere prevista e favorita ogni possibile forma di collaborazione tra strutture pubbliche e private autorizzate, ed enti o organizzazioni del terzo settore operanti sul territorio, in particolar modo tra i servizi di medicina primaria e le strutture ospedaliere per garantire una reale continuità assistenziale e terapeutica. Ciò è conseguibile attraverso un modello integrato in grado di far fronte alle esigenze sia dei pazienti che presentano bisogni clinico-sanitari di bassa intensità, con prevalenti bisogni di natura più specificatamente socio-assistenziale, sia dei malati con bisogni di natura clinico/sanitaria e/o di natura assistenziale di particolare complessità.

La maggior parte dei casi potrà essere seguita attraverso l'intervento organizzato di personale infermieristico, riabilitativo, psicologico e sociale, coordinato dal medico di medicina generale anche attraverso il raccordo tra servizi distrettuali e servizi comunali alla persona.

Per assicurare l'attività di consulenza specialistica e di eventuale presa in carico della tipologia più complessa di pazienti sia in regime degenziale e/o residenziale che domiciliare, è da prevedersi, per ambiti territoriali definiti dalla Regione, una funzione specialistica permanente pluriprofessionale e plurispecialistica affidata alla responsabilità di un dirigente medico, in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative.

Tale funzione specialistica potrà essere garantita attivando eventualmente una struttura organizzativa multidisciplinare dedicata, che configuri un'unità di cure palliative, composta da esperti nelle diverse problematiche cliniche psicologiche, sociali, spirituali e di comunicazione, tali da fornire risposte adeguate ai bisogni del malato terminale e della sua famiglia. È fortemente raccomandato che tale équipe preveda almeno le seguenti figure professionali: medico palliativista, infermiere, psicologo, assistente sociale, operatore sociosanitario.

Ove possibile vanno inseriti volontari specificamente addestrati e selezionati, per le attività di accompagnamento e di aiuto di natura non clinica nonché assistenti per il

sostegno spirituale. Nell'équipe si integra il medico di medicina generale del paziente assistito e, ove disponibile, lo specialista che ha seguito il paziente.

Le Regioni definiscono le modalità di inserimento delle strutture residenziali per le cure palliative/hospice nella rete e il loro rapporto con la funzione specialistica sopra delineata.

Percorsi assistenziali

Le regioni, nell'ambito dei propri provvedimenti di riassetto dell'assistenza territoriale, hanno provveduto a disciplinare le modalità con cui ai soggetti portatori di condizioni o patologie cronico degenerative o comunque multiproblematici è garantita una valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi, al fine di favorire i processi di presa in carico e di ottimizzazione dei percorsi assistenziali.

Per quanto riguarda l'ottimizzazione dei percorsi per i soggetti candidati a un trattamento palliativo, è fortemente raccomandata l'attivazione di interventi che, nella più complessiva articolazione del processo valutativo, garantiscano la specifica linea valutativa finalizzata all'erogazione delle cure palliative, con particolare riferimento alla definizione di criteri per la stesura dei piani di intervento e per il monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi erogati. Ciò è conseguibile prevedendo che all'unità valutativa multidisciplinare, ove prevista e/o definita dalla Regione, sia comunque garantita la consulenza della funzione specialistica dedicata, precedentemente delineata.

Nelle realtà in cui non è ancora stato definito un più complessivo sistema per la valutazione multidimensionale, si ritiene possa essere utile l'attivazione di un'unità valutativa di cure palliative costituita almeno da:

- medico del distretto;
- medico palliativista della struttura specialistica di riferimento;
- medico di medicina generale del paziente da valutare;
- infermiere coordinatore.

A queste figure è opportuno che si aggiungano altri operatori (medici specialisti, psicologi, assistenti sociali, ecc.) secondo la complessità delle problematiche poste da ogni singolo caso.

Una formazione specifica per la dirigenza nel campo delle cure palliative

L'accesso alla dirigenza medica è regolamentato dal Dpr 483/1997. Per il secondo livello dirigenziale (dirigente di struttura complessa) all'art. 4 sono elencate le discipline e all'art. 5 i requisiti indispensabili per l'accesso. La "Medicina palliativa" e le "Cure palliative" non sono comprese nell'elenco delle discipline e neppure nelle tabelle dei servizi equipollenti. Attualmente nella Comunità europea la specializzazione in Medicina/Cure palliative è attivata solo nel Regno Unito e in Irlanda (in corso di attivazione in Spagna e in Francia), per cui non risulta ancora ufficialmente riconosciuta, essendo necessaria la presenza di una scuola in almeno quattro Stati membri per il riconoscimento europeo del titolo. Sarà pertanto assolutamente necessario, nell'attuale e prossima situazione italiana identificare la figura professionale del medico specialista in Medicina palliativa con apposito titolo professionalizzante che sarà a breve, con ogni probabilità, riconosciuto ufficialmente dall'Unione europea.

Tenuto conto di quanto sopra e considerata la prossima attivazione in tutte le Asl italiane dei programmi integrati per le cure palliative basati, da un lato sulla figura del Medico di medicina generale, dall'altro sulla figura di uno specialista dedicato, è opportuno:

• **per quanto riguarda i Medici di medicina generale**, prevedere, con modalità di cui alla normativa vigente, l'inserimento di contenuti formativi in tema di cure palliative sia nei programmi del corso di formazione specifica sia durante le attività di formazione continua;

• **e per quanto riguarda gli specialisti dedicati**, prevedere una fase transitoria, di durata non superiore ai dieci anni, stabilendo con un idoneo provvedimento i criteri necessari e sufficienti per definire l'idoneità a operare nelle cure palliative, per selezionare i formatori e per stabilire l'accesso alle funzioni dirigenziali.

Nel suddetto provvedimento, dunque, considerata la situazione urgente precedentemente descritta, fermi restando i requisiti generali previsti dalla normativa vigente per l'accesso alle funzioni dirigenziali, per l'affidamento dei compiti dirigenziali nel campo delle cure palliative potrà essere considerato, quale requisito specifico aggiuntivo, il possesso di una Specializzazione dell'area medico-chirurgica e l'aver effettuato un corso formativo in "Medicina palliativa" o "Cure palliative", di almeno 80 ore, tenuto da Istituzioni pubbliche, Università o agenzie formative accreditate, in collaborazione con Società scientifiche per le "Cure palliative".

Per quanto riguarda l'attività di servizio necessaria per l'accesso al livello dirigenziale, potrà essere considerata accettabile un'attività svolta per almeno 3 anni nel settore delle cure palliative, espletata in reparti o servizi del Ssn, ovvero un'analogha attività documentata di almeno 5 anni in servizi del circuito privato profit e no profit accreditati, dedicati alle "Cure palliative".

Il Ministero della Sanità, infine con proprio atto, prevedendo un comitato organizzatore con la presenza di rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome, istituirà un corso sperimentale di formazione per dirigenti dell'unità di cure palliative, e definirà un curriculum italiano essenziale (core curriculum), indispensabile per assicurare l'uniformità sia dei contenuti disciplinari delle cure palliative, che dei metodi didattici usati per insegnarle. Anche sulla base delle esperienze effettuate attraverso il corso sperimentale di cui sopra, le Regioni provvederanno successivamente a realizzare ulteriori corsi di formazione dirigenziale nelle cure palliative, tenendo inoltre presenti le più generali modalità di organizzazione dei corsi formativi per l'accesso alle funzioni dirigenziali.

Per quanto riguarda gli altri operatori professionali impegnati con compiti di coordinamento e/o di formazione nelle attività per le cure palliative (psicologo, assistente sociale, infermiere) occorrerà altresì prevedere una analoga iniziativa di formazione sperimentale a carattere nazionale.

La Carta dei servizi

La carta dei servizi delle aziende sanitarie dovrà prevedere una specifica sezione riguardante i servizi che erogano Cure palliative.

Ruolo degli Enti Locali

Le Aziende sanitarie, ai fini di una migliore assistenza dei malati assunti in cura e di un miglior sostegno alle famiglie sia durante l'assistenza sia nella fase dell'elaborazione del lutto, ricercheranno la collaborazione, sottoscrivendo specifici protocolli di intesa e/o convenzioni e/o accordi, con i Comuni eroganti prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. È auspicabile, in particolare, che venga costruito un rapporto di sinergie con gli Enti locali e con gli Enti no profit presenti sul territorio impegnati nelle seguenti aree:

- attività di accompagnamento e diversionali;
- attività di supporto alla famiglia;
- controllo di qualità dell'assistenza e della soddisfazione degli utenti;
- ricerca e formazione;
- sensibilizzazione e comunicazione con i cittadini;
- fornitura di risorse professionali in genere;
- ogni altra attività ritenuta utile e idonea.

Regioni e Comuni promuoveranno e realizzeranno, sulla base delle rispettive competenze e nell'ambito della programmazione regionale e locale in materia di interventi di assistenza sanitaria e sociosanitaria, un efficace collegamento dei servizi per le cure palliative con il sistema dei servizi sociali e delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, nel rispetto di quanto previsto dall'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di integrazione sociosanitaria.

A Pisa un progetto in collaborazione tra Asl, ospedale,
medici di famiglia e volontariato

LE CURE PALLIATIVE ARRIVANO A CASA

*Obiettivo: assistenza domiciliare di qualità
con un occhio per l'integrazione*

Grazie all'impegno di 5 infermieri professionali appartenenti all'unità di cure palliative e di altri 15 di supporto, ogni giorno sono circa 53 i pazienti in fase terminale seguiti in assistenza domiciliare e 30 i prelievi ematici effettuati. Il risultato è stato raggiunto grazie alla collaborazione tra l'Asl 5 e l'azienda ospedaliera Pisana, favorita dal costante impegno dei medici di medicina generale e del volontariato: una collaborazione che ha permesso di iniziare a Pisa, tra le prime esperienze in Italia, un percorso assistenziale con prestazioni di supporto di alto livello e alta integrazione tra servizio sanitario e servizio sociale al paziente assistito a domicilio.

L'assistenza è destinata a tutti i cittadini con bisogni assistenziali che possono essere soddisfatti a domicilio, con particolare riguardo a coloro che sono portatori di patologia neoplastica o di patologie croniche in fase di scompenso, che sino a ora avevano quale unica possibilità terapeutica il ricorso a continui ricoveri ospedalieri. L'obiettivo che si è voluto raggiungere è quello di dare una risposta completa e immediata ai bisogni di assistenza, sia di tipo sanitario, sia di tipo sociale.

L'assistenza dei pazienti a domicilio è strutturata su due livelli:

- Un'unità di cure palliative, con il preciso compito di supportare i casi più

impegnativi ad alta integrazione con l'ospedale

- Un gruppo di assistenza domiciliare, con lo specifico compito di attivare le diverse modalità assistenziali per una più vasta gamma di patologie croniche, offrendo una più qualificata assistenza domiciliare per il territorio del distretto.

Il percorso assistenziale, insomma, è stato pensato per garantire agli utenti un'ottimale erogazione di prestazioni socio-sanitarie e per raggiungere un'ulteriore importante finalità: creare intorno al paziente un circuito organizzativo nel quale il medico di medicina generale diviene fulcro del sistema.

Sempre più spesso le caratteristiche sociali del nucleo familiare cui appartiene il paziente risultano essere sostanziali per la riuscita di un completo piano terapeutico domiciliare: la collaborazione con il servizio sociale è quindi decisiva.

Il merito della riuscita di questo progetto è da ricercarsi nell'attenta gestione delle responsabilità degli attori, con assegnazione precisa dei ruoli nell'ambito del distretto, oltre che nell'efficace gestione collegiale. Nella struttura del piano, l'elemento caratterizzante è la garanzia della certezza e della continuità delle prestazioni che si snodano sulle 12 ore diurne.

Daniela Gianelli

Formazione in campo

ARRIVANO I PRIMI 90 SUPER-ESPERTI

Ora che c'è l'impianto normativo e i fondi a disposizione, la prossima tappa è la formazione specialistica per la classe medica e per gli infermieri (fondamentali nell'assistenza ai malati terminali). Che dovrà cominciare da un "corso pilota di alta qualificazione teorico-pratica in cure palliative" per passare, poi, all'istituzione nelle facoltà di Medicina dei corsi in questa specialità. E concludersi con la creazione di vere e proprie scuole di specializzazione in Medicina palliativa (sorte già da anni in alcuni Paesi europei).

È questo il percorso ideale che esperti, ricercatori e medici italiani - riuniti insieme ai "colleghi" europei a Palermo per il settimo congresso della Società europea di cure palliative - hanno chiesto a gran voce. E il primo passo è già molto vicino. Il ministero ha già pronto un decreto ad hoc che metterà in piedi, entro la fine del 2001, tre edizioni di un corso "pilota", "a carattere nazionale", dedicato a formare 90 dirigenti delle strutture esistenti e di quelle attese nel prossimo futuro.

I corsi avranno la durata di 160 ore per la parte teorica e 80 per quella pratica e vi potranno accedere medici con specifici requisiti e una esperienza nel settore: in particolare potranno iscriversi dirigenti di strutture complesse di cure palliative e medici con specializzazione nell'area medico-chirurgica e con un corso in cure palliative o un periodo di lavoro in servizi ai malati terminali alle spalle.

Ma questo corso dovrà - nelle intenzioni del ministero - solo fare da "apripista" a maggiori cambiamenti nella formazione. Attualmente la medicina palliativa e le cure palliative non sono comprese nell'elenco delle discipline e neppure nelle tabelle dei servizi equipollenti. All'interno dell'Unione europea questa specializzazione è attivata solo nel Regno Unito e in Irlanda (mentre è in corso di attivazione in Spagna e in Francia). Per questo motivo non risulta, ancora, ufficialmente riconosciuta a livello europeo, essendo necessaria la presenza di una scuola in almeno quattro Paesi. "Sarà pertanto assolutamente necessario - avverte la bozza di progetto obiettivo sulle cure palliative - identificare la figura professionale del medico specialista in medicina palliativa con apposito titolo professionale che sarà a breve, con ogni probabilità, riconosciuto ufficialmente nell'Unione europea".

Insomma, in futuro potrebbe diventare davvero realistica la possibilità di un corso di specializzazione ad hoc per tutti quegli operatori che dovranno garantire le cure ai malati terminali. Come si potrebbero aprire le porte delle facoltà di Medicina ai corsi dedicati alle terapie del dolore.

Resta, infine, un ultimo delicato problema legato da vicino alla formazione: quello dell'educazione e dell'informazione al grande pubblico. Un intervento, questo, in parte preso in esame dalla bozza di progetto-obiettivo. E che è diventato cruciale con l'entrata in vigore della legge sugli oppioidi (la 12/2001). Tanto che è recentemente partita una campagna d'informazione in tutta Italia per iniziativa del Tribunale dei diritti del malato e di medici di famiglia, farmacisti e società scientifiche impegnate nelle cure palliative. Questa iniziativa prevede la distribuzione di materiale informativo: brochure e manifesti, stampati in centinaia di migliaia di copie, saranno consegnati ai medici di famiglia, agli ospedali, alle Asl e alle circa 300 sezioni locali del Tdm. Lo scopo fondamentale della campagna è permettere ai cittadini di conoscere i contenuti della legge 12/2001 recante "Norme per agevolare l'impiego di farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" e chiarire quali patologie possono essere "alleviate", come si attua il trattamento e quali sono i possibili effetti indesiderati.

Lo schema del decreto sui corsi “pilota”

Articolo 1

1. L'Istituto superiore di Sanità, di concerto con la direzione generale studi, documentazione sanitaria e comunicazione ai cittadini del ministero della Sanità organizza un corso “pilota”, a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico-pratica in cure palliative.

2. Gli standard minimi d'insegnamento teorico e di addestramento pratico del corso sono quelli indicati per la formazione avanzata, nel curriculum essenziale italiano per le cure palliative, allegato al presente decreto, di cui costituisce parte integrante.

Articolo 2

1. Ogni corso ha la durata di 160 ore per la parte teorica, più un tirocinio di 80 ore, ed è aperto a un numero massimo di trenta iscritti per ciascuna edizione, si prevedono tre edizioni entro il 2001.

Articolo 3

1. Sono ammessi alla frequenza dei corsi:

- a) personale con responsabilità di direzione di strutture complesse di cure palliative (Uocp);
- b) medici con almeno sette anni di laurea che presentino come requisiti:
 - il possesso di una specializzazione dell'area medico-chirurgica;
 - l'attestato di partecipazione a un corso formativo in “medicina palliativa” o “cure palliative” di almeno 80 ore, tenuto da istituzioni pubbliche, agenzie private o società scientifiche per le “cure palliative”;
 - la certificazione di attività di servizio di almeno cinque anni con mansioni per cure palliative, espletata in reparti o servizi del Ssn, ovvero in servizi anche del circuito privato o privato sociale convenzionato, dedicati alle “cure palliative”, in cui sia documentabile analogo impegno lavorativo per almeno sette anni e la continuità del servizio prestato.

Articolo 4

1. L'Istituto superiore di Sanità istituisce un apposito comitato organizzatore con rappresentanti della direzione generale studi, documentazione sanitaria o comunicazione ai cittadini del ministero della Sanità e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano che ospitano il tirocinio e un comitato di progetto del corso con competenze di didattica in medicina palliativa e formazione dell'adulto. L'intera durata del corso di complessive 240 ore comprenderà valutazioni iniziali, in itinere e finali con certificazione conseguente all'esame finale.

Articolo 5

1. Il corpo docente, costituito da tutor, insegnanti ed esperti deve essere in possesso di particolari competenze nelle varie materie indicate nel curriculum essenziale di cui all'articolo 1, comma 2. Ai membri del comitato di progetto e del corpo docente per la parte teorica sono corrisposti i compensi stabiliti secondo quanto previsto dal Dm 1° febbraio 2000 (G.U. 11/4/2000) con imputazione di competenza sull'articolo 113 del bilancio di previsione dell'Istituto superiore di Sanità. Con i medesimi fondi si fa fronte alle altre spese connesse all'organizzazione della parte teorica del corso, ivi comprese le spese per rimborso delle spese di missione dei membri esterni. L'onerato presunto è di lire 300 milioni per le tre edizioni del corso.

CURE PALLIATIVE: IL LAZIO ALL'AVANGUARDIA?

In Italia si stima che ogni anno oltre 140 mila malati oncologici sono pazienti in fase terminale di cui 12 mila solo nel Lazio.

Se da una parte la legge recentemente approvata sull'utilizzo delle sostanze stupefacenti, faciliterà la somministrazione degli oppioidi per la terapia del dolore, dall'altra è fondamentale assistere anche globalmente il paziente in tutte le fasi evolutive della malattia, fornendogli quel supporto umanitario che lo aiuti a vivere, anche per poco tempo, ma con serenità e dignità. Di queste problematiche si è parlato a Roma, il 19 marzo scorso, in un seminario svoltosi alla Sala Lancisi dell'Ospedale S. Spirito in Sassia, dal titolo: "La Regione Lazio all'avanguardia nelle Cure Palliative. Nuove metodologie didattiche e tecnologiche a sostegno della progettualità assistenziale". I lavori, iniziati dopo un saluto inviato dal presidente della Regione Lazio Francesco Storace che si è impegnato nell'impegno di dare risposte pragmatiche ed efficaci, sono stati introdotti da Giuseppe Casale, oncologo e coordinatore sanitario dell'Associazione Antea, che insieme alla Regione ha promosso questa giornata di studio. "Le cure palliative, i cui esperimenti risalgono al 1987, anno di nascita della prima associazione, derivano il loro nome dal latino "Pallium", mantello, e stanno ad indicare proprio l'atto di prendersi cura della persona in toto", ha spiegato Casale. C'è quindi un mix di antico e di moderno nel concetto delle cure palliative, che alla tecnologia di oggi unisce l'umanità di sempre. Perché il malato oncologico terminale, fino a pochi anni fa considerato solo un caso disperato, merita di essere accolto e riparato da quel mantello che oggi la medicina moderna gli può offrire, per trascorrere il più serenamente possibile, anche gli ultimi istanti di vita". "Le cure palliative" ha proseguito Casale, "non accelerano nè ritarda-

no la morte, non sono nè accanimento terapeutico nè eutanasia, ma garantiscono una migliore qualità di vita al paziente terminale dal punto di vista fisico, psichico, sociale e spirituale. Le implicazioni di tutto ciò sono: una programmazione accurata, una attenta gestione dei costi, una puntuale formazione degli operatori oltre a ricerca, qualità e risultati.

"Di cure palliative la Regione Lazio ha iniziato ad occuparsene alla fine degli anni Novanta, con risultati che la pongono oggi all'avanguardia almeno nel nostro Paese", ha dichiarato Casale.

"Ma la vera novità che si è andata affermando nel Lazio è quella della tariffa unica sia per il ricovero in un hospice sia per l'assistenza domiciliare, un modo per non ghettizzare il paziente offrendogli la possibilità di scegliere. Altra novità tipicamente regionale", ha proseguito Casale, "è l'équipe unica hospice-casa, uno strumento veramente innovativo che garantisce la continuità assistenziale". Tutto ciò è stato possibile nel Lazio grazie a un mix pubblico-privato-non profit che è diventato un "welfare mix". Grazie anche al programma predisposto dalla Regione. "Si tratta di un programma attuativo di quello nazionale lanciato con il decreto legge 450 e la legge 39/99" ha spiegato Elda Melaragno, che dirige il Dipartimento Servizio Sanitario Regionale e che insieme a Marina Cerbo, responsabile dell'area pianificazione Sanità della Regione Lazio ha fatto il punto sulla progettualità della Regione. "Le stime prevedono un fabbisogno crescente di posti-residenza nei centri di cure palliative. Le prime realizzazioni, che dovrebbero essere fatte in base ai finanziamenti disponibili, riguardano in totale 103 posti residenza di cui 8 dedicati a malati terminali di Aids e gli altri rivolti alla fase terminale delle patologie neoplastiche.

Le localizzazioni dei centri di cure palliative", ha proseguito Melaragno,

“sono sia nella città di Roma, presso le Asl RmB e RmE, presso l’Ospedale Spallanzani e l’azienda ospedaliera S. Camillo Forlanini e in provincia a Rieti, nell’ex ospedale psichiatrico, a Frosinone presso l’Ospedale Isola Liri e Latina, nell’Ospedale di Terracina. Queste riconversioni di strutture preesistenti, che dovranno essere ristrutturare in base alle nuove esigenze, vanno ad integrare il programma per i malati terminali che la Regione Lazio ha iniziato nel ‘98 e per la cui realizzazione non dovrebbero passare più di due anni”.

L’obiettivo è quello di arrivare ad un hospice per ogni Asl considerato un bisogno di 10 posti ogni 100 mila abitanti. Si tratta di realizzare 540 posti in 3 anni, grazie a un finanziamento di complessivi 28 miliardi. Un hospice però inteso non come ghetto dove abbandonare pazienti inguaribili, e neanche come luogo di interesse diagnostico, ma al contrario come concetto di presa in carico completa sia della persona sia del nucleo familiare. L’hospice poi non escluderebbe punte di eccellenza ospedaliere ma deve essere comunque considerato come un anello di una rete territoriale.

Dove inserire quindi questa nuova realtà? “Sarei orientata a prevederlo come un presidio del distretto, che come competenze affidategli dalla legge 229/99 sembra essere il “luogo” più adatto dove collocare una simile struttura proprio per le caratteristiche di raccordo che deve avere con il territorio”, ha specificato Elda Melaragno.

L’obiettivo è quello di raggiungere qualità, flessibilità organizzativa e di garantire l’accesso a chi ne ha bisogno senza dover aspettare assurde e scandalose liste di attesa. “Sarà necessario un controllo ispettivo per verificare che l’accreditamento corrisponda ad effettivi canoni di qualità.

La formazione

Un ulteriore salto culturale va poi compiuto con la formazione degli operatori e la definizione degli indicatori di qualità”, ha concluso Melaragno, con due argomenti che sono stati affrontati successivamente da Alessandro Fabrizio Sabato, docente di anestesia e rianimazione all’Università degli Studi di Roma Tor Vergata, e Antonella Battilomo, dirigente

medico della Asl RmF.

“Il personale medico non ha ricevuto finora una preparazione sulla fase terminale della vita. Per questo Tor Vergata ha iniziato a proporre corsi ad hoc per medici e personale sanitario”, ha annunciato Sabato, “al fine di garantire al paziente la qualità delle prestazioni che riceve, che non deve essere solo qualcosa di meccanico, ma che al contrario trasmetta uno spessore che non si può improvvisare.

La formazione inoltre” ha proseguito Sabato “serve anche agli operatori stessi per evitare il cosiddetto fenomeno del burn out, che si verifica quando il peso della gestione dei malati terminali non è più sopportabile neanche dal medico o dallo psicologo che sono costretti a lasciare l’attività in hospice. Se realizzeremo degli hospice senza provvedere ad una adeguata preparazione delle équipe che dovranno lavorarci, li vedremo irrimediabilmente svuotarsi di personale che non regge a sopportare il peso del confronto quasi quotidiano con la morte”. La prima esperienza in Italia di formazione del personale è nata in seno all’Università di Torino, con la presenza del *non profit*.

Quest’anno il Master di Tor Vergata prevede la presenza di 30 docenti che si soffermeranno su tematiche delicate che riguardano sia l’impiego dei farmaci antidolorifici sia tutta una serie di patologie concomitanti alla neoplasia terminale sia gli aspetti psicologici connessi all’elaborazione del lutto.

E anche in questo caso è previsto un *audit* domiciliare, vale a dire un controllo sul campo della qualità dell’operatore.

Sul controllo qualità si è soffermata proprio la relazione di Antonella Battilomo, che ha riscontrato come valori delle cure palliative la persona, il servizio e la società. “Per quanto riguarda la persona deve essere assicurato il mantenimento della dignità, il diritto alla cura e il mantenimento dei legami affettivi”, ha affermato Battilomo. Questo implica la centralità della persona, una valutazione continua dell’operato dei sanitari, una progettualità dell’intervento che deve essere personalizzato, la condivisione dei principi e dei valori da parte di una équipe multiprofessionale. “Tutto ciò richiede organizzazione, valutazione globale e so-

luzioni assistenziali ad hoc”, ha insistito Battilomo, chiamando in causa degli indicatori di qualità che devono corrispondere a criteri condivisi da tutte le strutture e che garantiscano quindi gli standard dell’assistenza. “Ciò comporta”, ha concluso Battilomo, “non soltanto l’adozione di una modulistica comune, anche solo per il consenso informato, ma anche i criteri di formazione delle liste di attesa e la rapidità di accesso alle informazioni”. Altri nodi da risolvere emersi dal dibattito sono la necessità di un’educazione sanitaria ai familiari, che devono essere addestrati per supportare la famiglia nei vari momenti e il sostegno al lutto per i parenti. Un intervento quindi, quello della palliazione, che non si esaurisce con la somministrazione di farmaci contro il dolore, ma che ruota a 360 gradi intorno alla persona del paziente e della sua famiglia.

**L’intervento di Vincenzo Saraceni:
“La medicina, anche un fatto di solidarietà”**

Oltre a sottolineare l’impegno della Regione Lazio nel campo delle cure palliative, Vincenzo Maria Saraceni, assessore alle politiche sanitarie, ha parlato di sforzo importante per questo prossimo triennio. In particolare Saraceni ha voluto sottolineare due punti: “Innanzitutto il

valore della sussidiarietà, vale a dire la possibilità per i soggetti sociali di disegnare un servizio: è necessaria la fantasia per arrivare all’efficienza”.

Riferendosi poi alle iniziative spontaneamente sorte dal basso Saraceni ha detto che “bisogna liberare la società. Più società, infatti aiuta lo stato”.

In secondo luogo l’assessore alla Sanità della Regione Lazio ha evidenziato il valore del solidarismo, avvertendo però come pericoloso il tentativo di individuare bisogni sempre più parcellizzati di fronte ai quali strutturare i servizi. “Il bisogno della persona”, ha dichiarato Saraceni, “va al di là della parcellizzazione. Ritengo inoltre”, ha aggiunto, “di rifiutare culturalmente ogni situazione che cerchi di esorcizzare la morte.

Oggi infatti l’ideale della morte è stato medicalizzato”. Le esperienze del volontariato, invece, secondo Saraceni, “sottolineano la sacralità della morte, e non solo in senso religioso, ma anche profondamente legato alla identità umana. Il riconoscimento del proprio destino di fronte alla morte fa scattare il desiderio di solidarietà. Noi”, ha concluso Saraceni, “crediamo che la medicina possa essere anche un fatto di solidarietà”.

Paola Sarno

**Da Panorama della Sanità
N° 20 – Giugno 2001**

**Un numero verde
800.30.15.10
per i malati di tumore e per le loro famiglie**

Il Centro di Ascolto Oncologico del Comitato Nazionale Gigi Ghirotti ha attivato dall’inizio di maggio il numero verde 800.30.15.10 per potenziare ulteriormente i servizi di sostegno psicologico, orientamento e informazione già attivi dal 1999.

Psicologi e operatori qualificati rispondono, dal lunedì alla domenica, dalle 10.00 alle 24.00 con l’obiettivo di accogliere i bisogni dei pazienti oncologici e delle loro famiglie.

Affrontare il tumore è un impegno gravoso per i pazienti e i loro familiari. Le crisi si susseguono cumulando il loro carico di emozioni spiacevoli, di ansia e di angoscia. Il paziente, insieme ai suoi familiari, ha bisogno di gestire e orientarsi nel percorso di cura, risolvere problemi pratici, riorganizzare in breve tempo la propria vita. Il Centro di Ascolto Oncologico rappresenta però, a livello nazionale, una risorsa completa nella rete di assistenza e un aggiornato osservatorio dei bisogni di chi si trova a lottare contro la malattia oncologica.

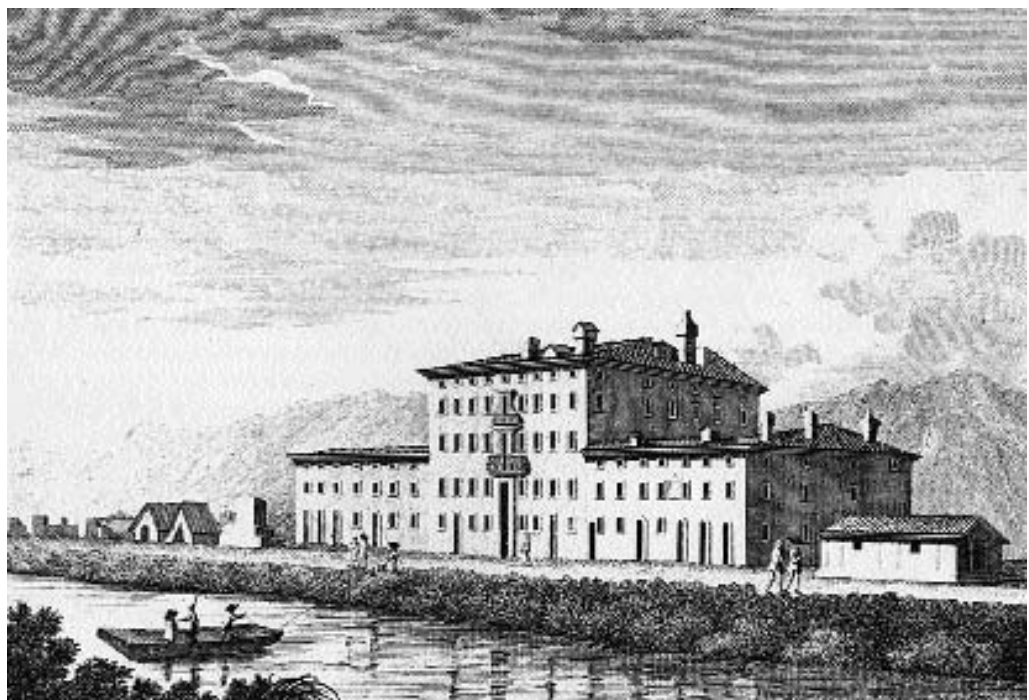
ANCHE I BAMBINI, PURTROPPO...

Pag.147 - Se il paziente è un bambino quale approccio relazionale
Paola Virdis

Pag.149 - Tutti in campo contro il dolore nei bimbi
Marica Eoli

Pag.151 - Le cure palliative nel bambino:
prospettive e proposte organizzative
Andrea Messeri

Mesa di Pontinia - *Veduta* - Carlo Antonini, fine XVIII sec.



SE IL PAZIENTE È UN BAMBINO QUALE APPROCCIO CLINICO RELAZIONALE

*Essenziale è la comunicazione:
coerente, credibile e adatta al tipo particolare di malato*

Curare le persone affette da malattia inguaribile, evolutiva e morale, “curare quando non si può guarire” è un’esigenza molto sentita a livello di popolazione ma percepita con ritardo o addirittura scotomizzata da medici e politici: solo recentemente il legislatore si è espresso in merito e molti sono ancora gli equivoci e i malintesi sull’argomento.

La medicina palliativa (palliative care) esiste come disciplina autonoma nell’ambito della medicina scientifica da oltre una ventina d’anni, ed è culturalmente di origine anglosassone; il termine “palliativo” deriva dal latino pallium = mantello e in inglese non dà origine all’equivoco di “inutile, che non va allo scopo” così comune nella nostra lingua: significa invece che circonda, mette al centro, figurativamente protegge (il malato). Anche to care ha un significato più pregnante del nostro curare: significa anche accudire, aver cura, prendere a cuore: cure palliative non vuol dire dunque “terapie inutili” ma **Cure che centralizzano il malato, non la malattia**; recentemente l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha utilizzato termini più orecchiabili come cure attive continue, cure di sostegno ecc.

Un altro equivoco (comunissimo purtroppo anche fra i colleghi) è l’errata equivalenza cure palliative = terapia del dolore: l’ambito delle cure palliative è più vasto di quello dell’algologia, intervengono infatti su qualsiasi sintomo disturbante (nausea, insonnia, anemia...), e anche sui problemi di comunicazione e sulle necessità emozionali degli individui coinvolti.

Altro pregiudizio è restringerne l’ambito al cancro, o magari addirittura agli ultimi giorni di vita del malato neoplastico: riguardano invece qualsiasi malattia a evoluzione fatale (SSM, SLA...) anche quando l’aspettativa di vita è relativamente lunga, e come tutte le terapie sono tanto più efficaci quanto più precoci.

Esempio: un bimbo è nato a Sassari cinque anni fa affetto da sindrome di Cornelia de Lange, cioè con gravi malformazioni e grave ritardo mentale: per lui l’approccio palliativo ha significato innanzitutto far accettare con realismo ai suoi familiari la gravità e ineluttabilità della situazione - risparmiandogli interventi eroici che avrebbero accresciuto la sua sofferenza - e sostenerli nel praticare a casa terapie relativamente complesse per ospedalizzarlo il meno possibile, trovando il modo di somministrare potenti farmaci senza pungerlo, fornendogli balocchi e presidi adatti a un bambino quasi cieco e con una sola manina; quando poi il suo scompenso cardiaco è divenuto incoercibile l’approccio palliativo è stato ancora non ospedalizzarlo onde permettergli di morire nella camera da letto dei genitori, addormentato nella sua culla da un’infusione rettale continua di sedativi oppiacei.

Altro esempio: è presente a questa conferenza una giovane donna talassemica che da circa quattro anni è costretta ad assumere quotidianamente dosi rilevanti di morfina per os a causa dei forti dolori ossei e viscerali che a volte accompagnano la fase avanzata della sua malattia: è venuta qui per dimostrarci che la morfina non stordisce, non rende tossicodipendenti né euforici, ma soprattutto che convivere con una malattia inguaribile non significa “non vivere”, e che liberarsi di sintomi insopportabili è condizione basale per attaccarsi alla vita.

Può sembrare strano e forse di cattivo gusto che mi serva di esempi così concreti,

di nostri piccoli concittadini, ma ne sono stata autorizzata dai loro genitori che, come me, pensano che essere ricordati per aver insegnato qualcosa di utile sia in fondo una forma di sopravvivenza.

Oltre alla centralità del paziente, uno degli elementi cardine della medicina palliativa è la **Comunicazione**: *c. verbale e non verbale, c. empatica, c. difficile* sono considerati argomenti degni di studio approfondito non meno della farmacologia o della semeiotica.

La comunicazione *verbale* è data dalle parole, ed è quella di cui siamo più facilmente coscienti; la comunicazione *non verbale* è inconscia ed è fatta di toni di voce, espressioni del viso, gesti, atteggiamenti della persona (o negli scritti da ciò che leggiamo “fra le righe”), che spesso possono contraddire le parole. Così spesso noi affermiamo qualcosa ma il nostro atteggiamento tradisce il contrario: ad esempio accompagniamo frasi rassicuranti con un atteggiamento preoccupato, e non veniamo creduti, o ci sforziamo di tacere una diagnosi infausta ma finiamo per comunicarla con gli occhi, i gesti, il tono falsamente allegro. Evitare questo tipo di errore non è facile: dobbiamo esercitarci al concetto di *punto di vista dell'altro* (difficilissimo, ahimé, anche nella vita di ogni giorno) e di *comunicazione cosciente*.

Esempio: vengo chiamata dalla mamma di una creatura di otto anni affetta da neuroblastoma e, sentendone i lamenti, mi offro di iniettare subito della morfina (cioè le propongo in buona fede ciò che vorrei fosse fatto a me). La piccola mi urla di rimando il suo punto di vista: “Ti sembra il caso di fare un’iniezione a una bambina che soffre già tanto?!”

Percepisco quanto è grande il suo terrore della puntura e mi affretto a offrirle una soluzione che non la spaventi (morfina per os + Plasil per accelerarne l’effetto). Con questo le comunico che la sua opinione è importantissima per me.

Difficile per eccellenza è la comunicazione delle cattive notizie (diagnosi inaccettabile, prognosi infausta): così difficile che spesso preferiamo tacere, più per salvarci da uno stress che per proteggere il malato; viceversa secondo la mentalità anglosassone la verità deve essere sempre freddamente comunicata al paziente, a costo di sconvolgerne l’equilibrio.

Da anni di discussioni e penosi errori sul campo è emersa una posizione “mediterranea”, più moderata: dire o non dire la verità non sono dogmi assoluti, è invece prioritario semplicemente **rispettare la persona**.

Se il malato è un bambino rispettiamo la sua infanzia: raccontiamogli una storia piena di peripezie ma a lieto fine, e rendiamola verosimile con molti agganci a quelle che sono le sue esperienze: sforziamoci di dargli una **comunicazione coerente, credibile, adatta** a un piccolo individuo in crescita che deve crescere anche nei suoi ultimi giorni di vita, non passare il tempo aspettando la fine.

Ricordiamoci che **la percezione dell'immediatezza della morte è netta**, innegabile, quasi fisica sia nei bambini che negli adulti, ma **può essere angosciata**: noi adulti difficilmente la tolleriamo e di solito dobbiamo essere sedati con farmaci, i bambini piccoli se adeguatamente assecondati possono credere che morire = addormentarsi e volare in cielo, e che si possa tornare.

Certe persone, soprattutto anziani, parlano anticipatamente con calma impressionante della propria fine, se gli si lascia l’occasione di farlo; non è facile starli a sentire ma è un loro diritto comunicare le proprie emozioni: sono più spesso angosciati dalla paura del dolore fisico o dell’agonia che dall’idea della propria scomparsa dal mondo, e si rinfrancano venendo a sapere che si può fare in modo che il trapasso avvenga nel sonno.

Rispettare la persona vuol dire anche sforzarsi di recepire e assecondare i meccanismi di difesa che ogni singolo paziente inconsciamente mette in atto per riuscire a sopportare un dolore morale (la perdita del proprio ruolo sociale, del controllo del corpo, della vita stessa) non meno straziante ma meno medicalizzabile di quello fisico. Il meccanismo di difesa che suscita in noi più rispetto è certo la **razionalizzazione**: siamo sempre istintivamente ammirati e timorosi di fronte a chi riesce a parlare con coraggio della propria morte vicina (forse perché gli siamo grati di non riversare su di

noi la sua angoscia). Ma dobbiamo rispettare che chi, sopraffatto dall'impotenza e dalla rabbia, si difende con una *regressione* imponente che lo riporta all'infanzia e rende accettabile la dipendenza completa da persone care e fidate: questi pazienti hanno diritto di veder assecondati i propri meccanismi di negazione e rimozione, diritto di essere trattati come bimbi, di ascoltare dalle nostre labbra la bella favola di una guarigione ancora lontana ma possibile, senza che ci sentiamo o li sentiamo umiliati. Alcuni hanno meccanismi di rimozione meno efficaci: sono coscientissimi della propria sorte ma non vogliono parlarne, e allora quel silenzio va rispettato come si rispetta la privacy, il credo religioso, la dignità, se è vero che "morire evoca il senso del pudore". Qualcuno per tentare di alleviare la tensione che avverte attorno a sé addirittura riesce a scherzare sulla propria sorte, e questo può metterci alla prova più della tradizionale menzogna o della brutale verità.

Viene spontaneo chiedersi qual è il coinvolgimento emotivo degli operatori palliativisti: medici, infermieri e quanti esercitano "professioni di aiuto" in situazioni critiche sanno bene quanto stanca aiutare gli altri, e lo dimostrano gli interminabili discorsi sul *burn out* che abbiamo ascoltato in questi anni. La risposta viene dallo **studio della relazione di aiuto**, che deve attuarsi attraverso canoni ben precisi: l'elemento "forte" non può identificarsi nei problemi del debole (verrebbe travolto dall'angoscia) né rifugiarsi nel così detto "lucido distacco" (che è una forma di fuga emotiva che gli permetterebbe di salvare se stesso decidendo ciò che secondo lui è il bene dell'altro, cioè rendendosi sordo alle esigenze del debole per proiettarvi sopra le proprie). Un corretto rapporto di aiuto passa attraverso l'applicazione del *counselling* = aiutare l'altro attivandone le risorse coscienti e inconscie. Questo approccio, se ben attuato, non solo recluta tutte le energie disponibili nella così detta "**alleanza terapeutica**" (risorse del malato + risorse del medico + risorse del gruppo) ma permette all'operatore di partecipare umanamente ed emotivamente senza farsi travolgere. Se vogliamo esprimerci per immagini vale l'esempio del pompiere che non può pensare di salvare qualcuno da un incendio senza mettere in conto di affumicarsi e bruciarsi un po', e anche di aver paura o assistere a scene tristi, ma non si immola nel fuoco né resta inerte a guardarlo.

Paola Viridis

*Istituto Anestesia e Rianimazione
Università degli Studi di Sassari*



Da **IL SOLE 24ORE MEDICINAE**
Ottobre 2001

L'appello dell'Accademia Americana di Pediatria

TUTTI IN CAMPO CONTRO IL DOLORE NEI BIMBI

*Le linee guida per vincere la sofferenza dei piccoli
pazienti troppo spesso sono disattese*

C'è un pianto che i pediatri non vorrebbero sentire più. È il dolore dei bambini sottoposti a iniezioni ed esami inva-

sivi, interventi chirurgici banali e importanti, è la sofferenza che accompagna le malattie acute, quelle croniche e i traumi.

Studi e linee guida per trattare il dolore nei bambini non mancano, ma nella pratica clinica quotidiana le terapie analgesiche e le strategie che possono ridurre la sofferenza vengono utilizzate poco e male.

Per questo motivo l'Accademia di pediatria e la Società per il trattamento del dolore americane hanno deciso di lanciare un appello: "Alcune false convinzioni, purtroppo molto diffuse, condizionano il comportamento dei medici e degli infermieri di fronte alla sofferenza fisica e psichica dei più piccoli", spiega Michael Ashburn, presidente dell'American Academy of Pediatrics (Aap) e responsabile di un programma di ricerca sull'analgia all'Università dello Utah. "Molti sono convinti che i bambini avvertano meno il dolore rispetto agli adulti, altri sostengono che il dolore fisico tempri il carattere e quindi non vada totalmente eliminato. La maggior parte dei pediatri, comunque, non sa stimare correttamente l'entità della sofferenza".

Secondo l'Accademia di pediatria statunitense, i questionari di autovalutazione rappresentano il mezzo migliore per valutare l'intensità del dolore in quanto la sofferenza è in primo luogo un'esperienza soggettiva. Il loro esito dovrebbe poi essere a disposizione di tutto il personale, sugli stessi fogli su cui vengono trascritti i parametri vitali, in modo da facilitare un intervento tempestivo.

Tuttavia i questionari non servono quando il bambino è in età prescolare oppure ha disturbi cognitivi o psichici e non riesce a comunicare correttamente la propria sofferenza. In questi casi bisogna basarsi su quanto riferisce chi sta accanto al piccolo e saperne interpretare il comportamento in modo da non sottostimare la sua sofferenza. Ma in età pediatrica il dolore andrebbe soprattutto prevenuto: "I medici devono riconsiderare le abitudini per cui di solito si cerca di rassicurare il paziente quando si sta per pungerlo con un ago. Allora è troppo tardi. Prima di ogni atto terapeutico, bisogna spiegare al piccino e ai suoi familiari che cosa si ha intenzione di fare e fornirgli elementi che possano ridurre la tensione emotiva. Con

i bambini le strategie di rassicurazione e le terapie cognitive sono altrettanto importanti dei farmaci", sottolinea Ashburn.

Nell'approccio multimodale alla sofferenza è di grande rilievo il ruolo dei genitori. "Diverse ricerche hanno dimostrato che il modo in cui i piccini vivono la sofferenza fisica e psichica è condizionato dall'atteggiamento che i loro genitori assumono di fronte al dolore. Non basta però permettere alla mamma e al papà di stare accanto al proprio figlio. I genitori devono essere istruiti a controllare le proprie reazioni emotive e trasmettere serenità e tranquillità ai figli". I mezzi oggi a disposizione per combattere la sofferenza fisica sono molto numerosi. Esistono lecca lecca che rilasciano anestetici e pomate analgesiche, e molte ferite non richiedono più di essere ricucite perché basta applicarvi strisce adesive che ne tengono uniti i lembi.

Eppure le più semplici procedure, come una puntura venosa o la circoncisione, vengono spesso eseguite senza praticare l'anestesia locale.

Inoltre, denunciano i pediatri americani, si aspetta troppo tempo prima di somministrare gli analgesici, oppure si somministrano i farmaci solo quando il malato lo richiede. La somministrazione di ansiolitici o sedativi, di solito utilizzati durante le procedure più dolorose come la biopsia ossea, andrebbe invece effettuata da personale esperto e in situazioni in cui è possibile controllare attentamente gli effetti dei farmaci.

Gli ansiolitici e i sedativi, infatti, non eliminano il dolore, ma impediscono al piccino di esprimere la propria sofferenza e mancano studi che valutino gli effetti a breve e a lungo termine di questi trattamenti. Infine, la Food and Drug Administration non ha ancora approvato l'uso in età pediatrica di alcune nuove molecole antalgiche molto potenti, perché mancano dati di efficacia e tollerabilità su malati di questa fascia di età, spesso trascurati nelle sperimentazioni farmacologiche.

Marica Eoli

La voce del Meyer

LE CURE PALLIATIVE NEL BAMBINO: PROSPETTIVE E PROPOSTE ORGANIZZATIVE

Con l'istituzione del Servizio di Terapia del Dolore all'Ospedale A. Meyer, avvenuta nell'aprile dell'anno scorso, come operatori sanitari coinvolti nella cura del dolore, abbiamo incontrato il "problema" del bambino e dell'adolescente in fase terminale di malattia.

Parliamo di "problema" perché ci siamo resi conto che quello delle *Cure Palliative* è un argomento ancora poco conosciuto specialmente in ambito pediatrico.

Prendersi cura del bambino in fase terminale non significa solamente curare il dolore e gli altri sintomi, ma avvicinarsi a lui e alla sua famiglia con un approccio globale in cui l'obiettivo non è più curare la malattia, ma diventa quello di garantire la migliore qualità di vita possibile a tutto il nucleo familiare. Ci sono ancora molti dubbi e incertezze sul tema, sia da parte del settore medico, che infermieristico e c'è anche una scarsa conoscenza su quello che possa essere l'intervento psico-sociale più adeguato.

Per aprire una discussione su questo delicato argomento il Servizio di Terapia del Dolore e l'Unità Operativa di Oncoematologia dell'Ospedale Meyer hanno organizzato un incontro dal tema "LE CURE PALLIATIVE NEL BAMBINO - Prospettive e proposte organizzative" che si è svolto nel febbraio scorso presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze. Anche la scelta del luogo dove svolgere l'incontro testimonia l'importanza del ruolo dei pediatri di base nelle Cure Palliative, come parte integrante della équipe che si muove intorno al bambino. Il pediatra infatti riveste la funzione di collegamento e raccordo tra l'ospedale e la famiglia, conoscendo a fondo i bisogni e le necessità di questa ultima.

A questo incontro ha partecipato anche la dott. **Leora Kuttner**, psicologa clinica della Università della British Columbia di Vancouver, che da anni si occupa del dolore dei bambini ed ha una vastissima esperienza in questo settore.

La partecipazione di alcuni testimoni della realtà Toscana ha poi permesso di discutere il problema da diversi punti di vista.

Andrea Messeri, medico, responsabile del Servizio di Terapia del Dolore dell'Ospedale Meyer, ha introdotto il tema illustrando le linee-guida della Regione Toscana sulle Cure Palliative, in cui si sottolinea che le Cure Palliative hanno lo scopo di sostenere la vita e *"considerano la morte un processo naturale che non deve essere né affrettato né posticipato ... offrendo al malato un sostegno per vivere, preferibilmente al proprio domicilio,...aiutano la famiglia ad affrontare la prima fase del lutto. I destinatari... sono persone affette da malattia evolutiva ed irreversibile per la quale non ha più indicazione la terapia specifica... Il passaggio alle cure palliative è preceduto da una valutazione tecnica collegiale coordinata dal medico che ha in cura il paziente..."*.

La realtà dei fatti si discosta spesso da questi principi, come è stato rilevato da una ricerca pubblicata sul *New England Journal of Medicine* (Feb. 3, 2000 - vol. 342 No. 5). Gli Autori hanno rilevato che spesso *"i bambini che muoiono sono sottoposti a trattamenti aggressivi fino alla fine della vita. Molti di loro incontrano periodi di sofferenza nell'ultimo mese di vita ed i tentativi di controllare i loro sintomi sono spesso senza successo. Maggiore attenzione deve essere data alle cure palliative per i bambini."*

Di seguito è intervenuto **Mauro Fallai**, medico responsabile della zona Nord Ovest della Unità Cure Continue, ASL 10 - Firenze, che ha riportato l'esperienza di 10 an-

ni di attività a Firenze nelle Cure Palliative nell'adulto. L'attività prevede l'assistenza domiciliare rivolta ai malati oncologici in fase avanzata di malattia tumorale e fornisce assistenza medica, infermieristica, presenza del volontariato e supporto psicologico e sociale.

Il dr. Fallai ha sottolineato l'importanza del lavoro in équipe "allargata", che preveda quindi una continua integrazione tra medico generico, medico specialista in cure palliative, infermieri del distretto, infermieri del servizio di Cure Palliative, psicologo, assistente sociale e volontari. In questo ambito è fondamentale anche una progettualità di assistenza integrata tra Ospedale e Servizi del Territorio.

La Prof. **Gabriella Bernini** - responsabile reparto di Oncoematologia dell'Ospedale Meyer ha parlato delle specificità delle Cure Palliative nel settore pediatrico, portando alcune considerazioni sulla complessità di un intervento globale. Quando si parla di fase terminale del bambino o dell'adolescente è fondamentale prendersi cura dei bisogni peculiari e specifici del piccolo paziente e della famiglia, prevedendo un intervento che permetta di trascorrere la fase finale all'interno di una vita il più possibile "normale" circondato da parenti e amici, svolgendo nei limiti del possibile le attività scolastiche, ludiche e ricreative a lui congeniali. La famiglia va aiutata nella gestione del bambino, nelle decisioni da prendere nel percorso di cura, nella scelta sul luogo dove trascorrere la fase terminale (casa o ospedale).

Per questo è opportuno prevedere un supporto continuo con l'assistenza medica, infermieristica, psicologica, sociale e dei volontari.

La dott. Leora Kuttner ha concluso l'incontro con un toccante discorso che aiuta a riflettere sulla profonda e complessa esperienza della morte, vista non tanto come sconfitta della vita, ma piuttosto come un momento di passaggio, un processo che fa parte della vita stessa. La dott. Kuttner offre agli operatori sanitari alcuni spunti per affrontare l'assistenza al bambino morente.

Andrea Messeri
U.O. Rianimazione
Azienda Ospedaliera Meyer - Firenze

ALCUNI SPUNTI LEGISLATIVI

Pag. **154** - Una rivoluzione silenziosa. Il percorso legislativo delle cure palliative in Italia

Laura Canavacci

Pag. **166** - Programma regionale per la realizzazione di strutture residenziali per malati terminali "Hospice" ai sensi dell'art. 1 della legge 39 del 26.02.1999

Bollettino Ufficiale della Regione Lazio

Pag. **169** - Legge 8 febbraio 2001, n. 12 - Farmaci oppiacei nella terapia del dolore

Priverno - *Abbazia di Fossanova* - Edward Lear, 1846



UNA RIVOLUZIONE SILENZIOSA. IL PERCORSO LEGISLATIVO DELLE CURE PALLIATIVE IN ITALIA

Il “caso Di Bella”, che per alcuni anni ha occupato le prime pagine dei quotidiani italiani, ha avuto certamente un merito: per la prima volta, infatti, il dibattito pubblico si è occupato di un problema da sempre sottaciuto della politica sanitaria e del sistema assistenziale italiani, quello appunto dell’assistenza ai malati terminali. Il caso in questione era estremamente controverso e, nelle sue implicazioni, poteva essere letto e interpretato sotto diversi aspetti: la libertà di cura, la questione scientifica della terapia per i tumori, il problema dei criteri epistemologici della ricerca scientifica, la relazione medico-paziente, la questione giudiziaria e dei rapporti tra ricerca scientifica e diritto-magistratura e quella della giusta allocazione delle risorse per la sanità. Quello dell’assistenza ai morenti, tuttavia, è stato a mio parere il problema che con più chiarezza e con maggiori risultati è emerso da quel vivace dibattito (1) e dalla mobilitazione popolare che, per la prima volta in maniera così significativa, il caso Di Bella è riuscito a provocare in materia di politica sanitaria.

Non è certamente mia intenzione provare a riscrivere questa storia, poiché, vista la complessità delle questioni sollevate, sarebbe necessario uno studio ben più lungo e approfondito: mi sembra invece sia oggi possibile tirare le somme su quanto è stato fatto con un collegamento diretto a quel caso, proprio a riguardo dell’assistenza ai malati terminali e soprattutto dal punto di vista legislativo.

Il presupposto da cui è forse necessario prendere le mosse, è l’incapacità della medicina tradizionale di prendersi cura del malato terminale e che è stata svelata con rabbia nell’occasione Di Bella. Le ragioni di tale incapacità possono brevemente essere ricostruite pensando a quelli che sono tradizionalmente riconosciuti essere i compiti della medicina scientifica: curare la malattia, intesa come evento biologico dotato di una realtà indipendente dalla persona malata, e sedare il dolore che la malattia comporta. Da questo ultimo punto di vista l’atteggiamento medico è quello di riconoscere le cause della malattia e rimuoverle, al fine di sollevare il paziente dal dolore curandolo dalla malattia da cui è affetto. In questa prospettiva il malato incurabile è divenuto un soggetto quasi estraneo alla stessa pratica medica: compito primo della medicina è infatti curare e la morte, inevitabile per questi pazienti, non è più sentita un dominio medico, poiché da essa non si può guarire. Non a caso, infatti, nell’iter formativo del medico sono del tutto assenti informazioni sui dati empirici riguardanti la morte e sui modi in cui essa deve e può essere assistita.

Ciò non deve sorprendere: come più volte è stato notato, la morte è sistematicamente rimossa nella nostra cultura, tanto a livello individuale che collettivo. Tuttavia il problema esiste, ed è un problema di assistenza sanitaria. La morte infatti “non è solo una linea estrema da superare, ma un territorio ampio da attraversare, tanto sconosciuto che nessuno, neanche il medico, sa prevedere quanto sia lontano il confine” (2): in questo cammino il paziente è ancora vivo, soffre, esperisce emozioni e paure, ha bisogni reali, materiali, relazionali e spirituali. Quasi sempre, nella nostra società, è ospedalizzato e dunque fa riferimento al sistema assistenziale sanitario, nella speranza di trovare in esso un aiuto per il soddisfacimento dei suoi bisogni estremi e per quelli del nucleo familiare che gli sta intorno, che lo accudisce e che con lui soffre.

Quello evidenziato nel caso Di Bella, abbiamo detto, era un problema di politica sanitaria. Le risposte alle esigenze che i cittadini manifestavano nelle piazze dovevano dunque essere trovate su questo stesso piano e il compito era urgente: il numero dei pazienti affetti da malattie cronico-enerative ad esito infausto è infatti molto alto e

crece proporzionalmente con l'aumentare della speranza di vita media, e dunque con l'aumentare del numero degli anziani nella popolazione. Le persone vivono di più ma, almeno negli ultimi anni di vita, non vivono meglio: le loro esigenze sanitarie e assistenziali sono molto alte, determinate spesso da un complesso di più malattie, e ricadono inevitabilmente sulla spesa (enorme) e sull'organizzazione del sistema sanitario nazionale.

Il clamore suscitato dal caso Di Bella ha svolto dunque una funzione motrice affinché i politici si assumessero la responsabilità di tale bisogno assistenziale della cittadinanza e, dal 1998 in poi, si è assistito ad un processo legislativo tutto improntato a fornire risposte ritenute efficaci a questo problema.

Per ben comprendere il fenomeno che oggi è in corso relativamente all'assistenza dei malati terminali è necessario tuttavia ricordare che l'impulso dato dalla cronaca di quegli anni alle decisioni politiche ha trovato in Italia un terreno fertile di riferimento: infatti, già dalla fine degli anni '70 alcune persone, in particolare medici, dotati di spiccata sensibilità e di spirito pionieristico, lavoravano affinché il "movimento delle cure palliative" trovasse una sua realizzazione anche nel nostro Paese. Il movimento delle cure palliative ha le sue origini nel mondo anglosassone ed è nato all'interno del campo medico, sebbene in ambienti estranei alla medicina accademica: la sua filosofia è quella di una medicina che affronti la cura del malato a partire dall'accettazione della sua morte, e il cui scopo primo sia quello di restituire dignità alla morte mediante uno sforzo interdisciplinare di migliorare per quanto possibile la qualità della vita del malato terminale e della sua famiglia.

L'approccio caritatevole e "cristiano" di tale assistenza al morente si può riassumere nell'imperativo del prendersi cura del malato anche quando la sua malattia non è più curabile, restituire dignità e serenità alla sua vita residua mediante un intervento medico che, sottoposto a verifica empirica come qualsivoglia trattamento medico, sia in grado, in primo luogo, di lenire efficacemente il dolore terminale e soddisfare inoltre la globalità dei bisogni psicologici, relazionali e sociali del morente e della sua famiglia. La proposta giunta dal movimento delle cure palliative è una rete integrata di assistenza multidimensionale al morente, praticata per mezzo del lavoro di apposite équipe interdisciplinari, e strutturata prioritariamente sull'assistenza domiciliare del malato e della sua famiglia e, quando tale assistenza non è possibile, sul ricovero in appositi luoghi di cura, gli hospice (3) dotati di un'organizzazione a bassa tecnologia ma ad altissimo livello di prestazioni assistenziali.

La prima esperienza italiana in questo campo risale al 1980 quando Vittorio Ventafridda, padre della terapia antalgica oncologica in Italia e allora Direttore del Servizio di terapia del dolore e riabilitazione dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano, entrando in un rapporto di fruttuosa collaborazione con la Fondazione Floriani, dette vita alla prima unità di cure palliative. Nacque così il "modello Floriani" che, negli anni, è stato riprodotto e sviluppato in diverse realtà italiane, grazie all'attività sinergica di associazioni private no-profit e gruppi di lavoro collocati all'interno di strutture del Servizio sanitario nazionale (ospedali e USL): si conta che già nel 1995 fossero attivi 170 unità di cure palliative e oltre 100 associazioni attive nel settore (4).

Nel corso degli anni la "filosofia" delle cure palliative ha costituito il punto di raccordo teorico nel quale sono confluite istanze differenti, tutte impegnate nel rivendicare il diritto di ciascuno a morire con dignità: la questione medica delle cure palliative si è così intrecciata, nel dibattito pubblico, alle principali questioni bioetiche sulle implicazioni etiche relative alla fine della vita (dire la "verità" al morente, la relazione medico-paziente terminale, l'autonomia e le decisioni di fine vita, le direttive anticipate, il rifiuto di cure, l'accanimento terapeutico, la sospensione dei trattamenti vitali, l'eutanasia e il suicidio assistito), rappresentando per molti versi "il tentativo più recente di rimanere in equilibrio tra le opposte tentazioni dell'accanimento terapeutico e dell'eutanasia" (5).

La centralità che il paziente assume all'interno delle cure palliative (centralità derivante dall'impossibilità di determinare a priori o per mezzo di parametri oggettivi la qualità della vita residua, fine ultimo dell'intervento palliativo) fa sì, poi, che a questo



movimento si faccia riferimento anche in un'ottica più generale, come centro propulsore di un rinnovamento deontologico e comportamentale, oramai datato nella letteratura specifica, ma ancora lontano dall'essere raggiunto nella pratica medica. Basti semplicemente pensare che i dati approssimativi raccolti sull'argomento dimostrano che ancora quasi la metà dei malati oncologici non viene informata sulla esatta diagnosi e prognosi, e ciò risulta oggi ancora più grave, poiché recentemente il Governo italiano ha recepito, con la Legge 28 marzo 2001, n. 145, la Convenzione Europea di bioetica, la quale prevede che le volontà precedentemente espresse dal malato debbano essere rispettate anche quando questi si venga a trovare, a causa della sua malattia, in uno stato di incapacità o incoscienza.

Dicevamo dunque di come il caso Di Bella avesse segnato una svolta decisiva per le cure palliative in Italia, per le conseguenze legislative e i finanziamenti stanziati sull'onda del clamore suscitato. Tuttavia i presupposti di tali iniziative legislative possono essere rintracciati già nella versione, del 1998, del Codice di deontologia medica: in tale documento si trovano infatti delle importanti indicazioni per i medici proprio relativamente al trattamento dei morenti.

All'art. 14 *Accanimento terapeutico*, si legge infatti: "Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della sua vita". E ancora all'art. 20 *Continuità delle cure*: "Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenire la sofferenza fisica e psichica". Bisogna poi ricordare che il codice, all'art. 15 ammette che "i trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza vitale possono essere effettuati al fine di procurare un vantaggio al paziente e alleviarne le sofferenze". Quanto all'informazione dovuta al paziente affetto da malattia ad esito infausto, il codice specifica il dovere di informazione, sottolineando tuttavia la necessità di fornire una comunicazione prudente, "usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza" (art. 30 *Informazione al cittadino*). Allo stesso tempo il codice specifica che tali informazioni possono essere rivelate a terzi "solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente", condannando dunque all'illegittimità la pratica diffusissima che vede i familiari e i congiunti del paziente essere informati in sua vece e divenire quindi i decisori sostitutivi all'insaputa del diretto interessato. Nel capo V del codice, dedicato *all'Assistenza ai malati inguaribili*, pur condannando ancora con fermezza ogni sorta di pratica eutanasi (art. 36 *Eutanasia*), tuttavia viene specificato, all'art. 37, che "in caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile" (6).

La presentazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, *Un patto di solidarietà per la salute*, ha costituito un passo fondamentale per il riconoscimento ufficiale delle

cure palliative in Italia, nonché il presupposto per ogni futuro sviluppo di questo settore. L'obiettivo IV del PSN, *Rafforzare la tutela dei soggetti deboli*, prevedeva infatti uno specifico paragrafo dedicato *all'Assistenza alla persona nella fase finale della vita*. Per l'importanza e la novità dei contenuti di questo paragrafo è forse opportuno citarlo integralmente:

“Le persone affette da patologie evolutive irreversibili per le quali non esistono trattamenti risolutivi necessitano di un'assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicosociale.

Oltre al paziente, l'attenzione deve essere dedicata ai familiari, prima e dopo il decesso del malato. In questi casi, un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere l'ultima parte della vita in famiglia, o, quando questo non è possibile, in strutture di ricovero adeguate alla natura dei problemi.

Obiettivo del Piano sanitario nazionale 1998-2000 è migliorare l'assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita.

A tal fine sono da privilegiare le azioni volte:

- al potenziamento dell'assistenza medica e infermieristica a domicilio;
- all'erogazione dell'assistenza farmaceutica a domicilio tramite le farmacie ospedaliere;
- *al potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica;*
- al sostegno psicosociale al malato e ai suoi familiari;
- alla promozione e al coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali;
- alla realizzazione di strutture residenziali e diurne (hospice) autorizzate e accreditate” (7).

Questi gli esordi ufficiali delle cure palliative nel sistema sanitario italiano: da allora, in questi quattro anni trascorsi, diversi altri pronunciamenti del legislatore hanno segnato il cammino di questa silenziosa rivoluzione, che avendo avuto inizio venti anni fa, solo ora giunge a compimento. Qui di seguito fornirò una breve descrizione dei passi legislativi compiuti dallo Stato italiano nella realizzazione del programma di attuazione delle cure palliative, quale garanzia per un'assistenza efficace dei malati terminali e delle loro famiglie.

Legge 26 febbraio 1999, n. 39, “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000” (8)

Il decreto 28 dicembre 1998, poi convertito con modifiche dalla legge qui in oggetto, istituiva anche in Italia gli hospice: questi istituti rappresentano un presidio innovativo per migliorare l'assistenza ai malati terminali e lo strumento prioritario per la realizzazione di un sistema di assistenza basato sulle cure palliative. Il Ministro della sanità, dunque, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni (ritenendo quello in favore delle persone che affrontano le fasi finali della vita un intervento urgente di attuazione del Piano sanitario nazionale), ha adottato con questa legge “un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario nazionale, di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari” (art. 1, comma 1). Alle regioni e alle province autonome viene affidato dal Ministero il compito di redigere appositi progetti per la realizzazione e l'attivazione di tali strutture, “tali da assicurare l'integrazione delle nuove strutture e dell'assistenza domiciliare con le altre attività di assistenza sanitaria erogate nell'ambito della regione e della provincia” (art. 1, comma 3). La legge prevede un congruo finanziamento per la realizzazione del programma, consistente in non più di “lire 155.895 milioni per l'anno 1998, di lire

100.616 milioni per l'anno 1999 e di lire 53.532 milioni per l'anno 2000" (art. 1, comma 3). Al Ministero è riservato il compito di valutare i progetti presentati dalle regioni, e i relativi piani di integrazione con le altre attività di assistenza ad essi allegati.

Decreto ministeriale 28 settembre 1999, "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" (9)

Con questo decreto il Ministero della sanità ha fornito alle regioni e alle province autonome le indicazioni necessarie per la realizzazione del programma nazionale per le cure palliative, precedentemente adottato con la Legge 39/1999. Come già previsto nella Legge, il decreto stabilisce che i centri residenziali di cure palliative - hospice siano realizzati mediante "l'adeguamento e la riconversione di strutture, di proprietà di aziende unità sanitarie locali o di aziende ospedaliere, inutilizzate anche parzialmente, ovvero di strutture che si siano rese disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera secondo i criteri stabiliti dall'art. 2, comma 5, della Legge 28 dicembre 1995, n. 549 e successive modificazioni e integrazioni" (art. 3, comma 3). Nel decreto è inoltre specificato che il Ministero, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, determini degli specifici indicatori per la verifica dei risultati ottenuti e per la valutazione della qualità delle prestazioni erogate, stabilendo inoltre, in tre anni dalla pubblicazione del decreto stesso, il tempo previsto per la prima verifica: lo stesso articolo affida alle aziende sanitarie locali e a quelle ospedaliere il compito della valutazione sistematica e continuativa della soddisfazione del servizio da parte dei pazienti e dei loro familiari (art. 4, commi 1, 2 e 3). È affidato inoltre alle regioni e alle province autonome il compito di attivare specifici programmi di comunicazione finalizzati ad informare i propri cittadini sull'"istituzione, la localizzazione, le finalità, le caratteristiche e le modalità di accesso alle strutture dedicate alle cure palliative e alla rete integrata delle attività di assistenza presenti sul territorio", nonché di verificarne l'efficacia e istituire e promuovere programmi di formazione del personale sanitario impiegato nella rete di assistenza (art. 5, commi 1 e 2).

Il decreto è integrato da un allegato nel quale sono contenute le *Modalità di integrazione delle attività della rete di cure palliative* (Allegato 1, parte I) e le *Linee attuative per la realizzazione della rete di cure palliative* (Allegato 1, parte II). Gli obiettivi generali di tale programma, indicati nella prima parte dell'allegato, chiariscono la necessità, per una corretta gestione dei pazienti terminali che necessitano di cure palliative, dell'attuazione di una "ricomposizione organizzativa di funzioni ospedaliere e territoriali, che permetta una presa in carico globale del paziente attraverso una rete di attività e servizi strettamente coordinati ed interconnessi": a tal fine le regioni e le province autonome devono assicurare l'integrazione e il coordinamento delle strutture per i pazienti terminali (hospice) e le attività di assistenza domiciliare, con le altre attività sanitarie presenti sul territorio.

Il fine ultimo delle indicazioni contenute in questo allegato è dunque quello di strutturare una rete di assistenza ai malati terminali tale da garantire il *continuum* di cure nelle varie fasi assistenziali necessarie per tali malati. "La rete di assistenza ai pazienti terminali è costituita da un'aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, che opera in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel contesto territoriale, nel rispetto dell'autonomia clinico assistenziale dei rispettivi componenti": tale rete è articolata in differenti linee organizzative, ciascuna dotata di particolari strutture per la realizzazione delle cure palliative, ovvero:

- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare integrata;
- assistenza domiciliare specialistica;
- ricovero ospedaliero in regime ordinario o day hospital;
- assistenza residenziale nei centri residenziali di cure palliative-hospice.

"La rete di assistenza ai pazienti terminali è coordinata da un dirigente medico, in-

individuato tra quelli che già operano nei servizi coinvolti nella rete di assistenza ai pazienti terminali. Accedono alla rete i pazienti affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile né appropriata. L'organizzazione della rete di assistenza ai pazienti terminali deve prevedere una specifica fase operativa preposta alla valutazione e presa in carico del paziente e alla formulazione del piano terapeutico individualizzato. In tale fase operativa va previsto il coinvolgimento del medico di famiglia del paziente, del medico della divisione ospedaliera cui afferrisce il paziente e/o lo specialista territoriale, del medico esperto in cure palliative, del responsabile dell'assistenza domiciliare integrata, di uno psicologo, di un infermiere, di un assistente sociale nonché di altre figure professionali il cui apporto sia ritenuto utile. Per ogni paziente è formulato un programma individualizzato e multiprofessionale per la cura globale, improntato ai criteri di qualità, tempestività, flessibilità, con criteri e indicatori per la verifica periodica, anche della qualità delle prestazioni erogate e viene predisposta una cartella clinica, che segue il paziente nei vari momenti assistenziali. In considerazione del livello elevato di impegno psico-emozionale richiesto al personale che opera nella rete, l'azienda sanitaria locale provvede a realizzare adeguate forme di supporto psicologico e di formazione permanente del personale" (Allegato 1, parte I) (10).

Per quanto concerne invece gli obiettivi specifici del programma nazionale per l'organizzazione della rete di cure palliative l'Allegato detta i seguenti indirizzi:

- assicurare ai pazienti una forma di assistenza finalizzata al controllo del dolore e degli altri sintomi, improntata al rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali di ciascuno di essi e al sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi familiari
- agevolare la permanenza dei pazienti presso il proprio domicilio garantendo ad essi e alle loro famiglie la più alta qualità di vita possibile;
- ottenere una riduzione significativa e programmata dei ricoveri impropri in ospedale (Allegato 1, parte I).

Tali obiettivi devono essere realizzati dalle regioni e dalle province autonome favorendo e promuovendo la collaborazione tra le strutture preposte, le organizzazioni non lucrative di utilità sociale e le organizzazioni di volontariato operanti nel settore specifico delle cure palliative presenti nel territorio.

La seconda parte dell'Allegato al decreto fornisce invece le linee attuative per la realizzazione della rete di cure palliative, prioritariamente, ma non esclusivamente, destinate ai pazienti affetti da patologia neoplastica terminale: esse si concretizzano nell'istituzione dei centri residenziali di cure palliative-hospice, i quali devono essere efficacemente integrati nella rete di assistenza prima descritta per la presa in carico dei pazienti terminali. Le principali funzioni dei centri residenziali di cure palliative - hospice sono:

- ricovero temporaneo per i pazienti per i quali non sussistono le condizioni necessarie per l'assistenza domiciliare o l'assistenza domiciliare specialistica o il rico-



- vero ospedaliero per acuti;
- ricovero temporaneo come supporto alle famiglie per alleviarle della cura del proprio congiunto;
- attività assistenziale in regime diurno;
- valutazione e monitoraggio delle terapie palliative per il controllo dei sintomi;
- punto di informazione e supporto per gli utenti;
- aggiornamento e formazione del personale.

Gli interventi sanitari erogati sono ad alta intensità assistenziale, a limitata tecnologia e, dove possibile, a scarsa invasività” (Allegato 1 parte II). Quanto poi alle modalità organizzative, il decreto specifica che l’hospice deve garantire “il benessere psicologico e ambientale del paziente e dei suoi familiari, il comfort ambientale, la sicurezza nell’utilizzo degli spazi e la tutela della privacy” (Allegato I parte II): essendo parte fondante della filosofia delle cure palliative il loro essere rivolte non solo al paziente ma anche alla famiglia di questi (come già rivelato dall’attenzione ad essa rivolta in tutto il testo del decreto), l’organizzazione dell’hospice deve prevedere la presenza e la partecipazione della famiglia stessa a tutta l’assistenza del malato, senza limiti di orario per il suo accesso alla struttura. L’hospice deve poi corrispondere a criteri di accessibilità per l’utenza territoriale e la sua organizzazione deve provvedere ad un’adeguata informazione della cittadinanza, per tutto ciò che riguarda i servizi erogati all’interno della struttura, mediante appositi servizi.

L’allegato del decreto si chiude con le indicazioni relative al piano operativo e ad esso viene fatto seguire un Allegato 2 contenente i dati sul *Finanziamento per le strutture per le cure palliative*, differenziato per le singole regioni e province autonome per il biennio 1998-99: il criterio utilizzato per la suddivisione dei fondi (in totale lire 256.511.000.000) è basato sul tasso di mortalità regionale per neoplasie e sul tasso di mortalità generale, in modo comunque da consentire un finanziamento sufficiente perché tutte le regioni e le province autonome siano dotate di almeno un centro residenziale di cure palliative-hospice e della rete di cure palliative di cui il centro è parte integrante

Appare con evidenza, già a una prima lettura di questa legge, il suo portato rivoluzionario, non solo per l’innovazione del sistema assistenziale proposto, ma soprattutto perché rende concreti e operativi molti dei principi elaborati e discussi a livello teorico in tanta letteratura bioetica, ma scarsamente riscontrabili nella “normale” pratica assistenziale: la centralità del paziente; la personalizzazione dell’assistenza; il coinvolgimento del paziente e della sua rete di affetti nei processi decisionali; la necessità di un approccio multidimensionale alla salute e alla malattia; la necessità di prendere seriamente in considerazione e osteggiare non solo la malattia, ma anche, soprattutto quando essa non è più curabile, i suoi sintomi, provvedendo così a garantire il proseguimento e la continuità delle cure alla persona morente; il dovere professionale di sollevare dal dolore i pazienti; la necessità di un supporto formativo tecnico, etico e psicologico rivolto al personale sanitario coinvolto nell’assistenza; l’opportunità di un’organizzazione dei servizi sanitari improntata ad un’equa distribuzione delle risorse sanitarie e al superamento dell’uso improprio dei presidi e delle modalità terapeutiche riservati all’assistenza dei pazienti affetti dai fenomeni acuti di una patologia, anche per i pazienti cronici e oramai giunti nella fase terminale della loro malattia; l’imperativo etico che detta il rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali del malato, anche morente, e dunque, in ultima istanza il rispetto della sua autonomia.

Un ulteriore passo nella direzione della realizzazione di un’efficace rete di assistenza finalizzata alle cure palliative è stato rappresentato dall’istituzione, con decreto ministeriale 4 ottobre 1999, di un Comitato per lo studio delle problematiche relative all’erogazione delle cure palliative, al quale è stato assegnato il compito di definire un progetto di formazione degli operatori impegnati nel programma.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000 “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative” (11)



Il decreto segue logicamente all'istituzione degli hospice, dettando i requisiti minimi che tali centri residenziali per le cure palliative devono possedere dal punto di vista strutturale, tecnologico e organizzativo: l'accertamento e la verifica dei requisiti minimi è demandata alle regioni e alle province autonome, con una periodicità della verifica almeno quinquennale, mentre si indica una periodicità annuale per la verifica da parte di questi enti (sotto l'alta vigilanza del Ministero della sanità) della qualità delle prestazioni erogate e i risultati ottenuti.

I requisiti minimi richiesti per le strutture sono elencati nell'Allegato al decreto e suddivisi in tre sezioni dedicate appunto alle caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative degli hospice.

Rimandando al testo del decreto per la specificazione di tali caratteristiche, è comunque importante sottolineare come queste siano particolarmente mirate a favorire determinati aspetti: in primo luogo la possibilità della personalizzazione della cura a ogni singolo paziente, cura che non si caratterizza per l'alta tecnologia bensì per il livello altissimo di assistenza. Alla personalizzazione si aggiunge un secondo indirizzo agevolato dai requisiti richiesti, e cioè il coinvolgimento della rete familiare del paziente nella sua assistenza: la famiglia dunque viene considerata tanto un soggetto a cui deve essere rivolta assistenza da parte delle strutture preposte alle cure palliative, quanto un elemento insostituibile per la stessa assistenza del malato terminale. Fondamentale per la strutturazione e per l'organizzazione degli hospice è anche la considerazione riguardante il tipo di assistenza offerta per mezzo del lavoro integrato di apposite équipes multiprofessionali, le quali, coordinando i singoli interventi sul paziente, necessitano di spazi e di supporti per tale lavoro interdisciplinare (che prevede dunque non solo l'assistenza medica, ma anche quella psicosociale e spirituale). Egualmente rilevanti sono le indicazioni fornite dal decreto in materia di integrazione dello sforzo assistenziale della struttura con l'attività e il supporto che ad essa può giungere dalle associazioni di volontariato, la cui presenza deve essere prevista e promossa nell'organizzazione dell'hospice.

Legge 8 febbraio 2001, n. 12, "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" (12)

La Legge in oggetto ha apportato significative modificazioni e integrazioni al testo unico delle leggi in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope, approvato con decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990. La sua rilevanza per l'efficacia dell'organizzazione della rete di assistenza per le cure palliative è evidente già dal titolo stesso della Legge, che specifica le finalità per le quali il legislatore ha ritenuto opportune tali modifiche e integrazioni, e cioè agevolare l'impiego degli analgesici oppiacei nella terapia del dolore dei pazienti affetti da patologia neoplastica o degenerativa. Dal punto di vista tecnico la Legge modifica, facilitandole, le modalità burocratiche da seguire per l'uso di tali sostanze analgesiche, in particolare apportando innovazioni agli artt. 41, 43 e 45 del testo precedente: vengono dunque facilitate le

procedure per la prescrizione, l'approvvigionamento e il trasporto dei farmaci oppiacei, al fine di rendere possibile un'efficace assistenza domiciliare (operata dai medici responsabili ma anche da altri operatori sanitari incaricati) dei malati affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa. La legge tende a incentivare la qualità dei servizi offerti dal sistema sanitario per la terapia del dolore e segna in Italia un passo molto importante: il nostro Paese si è infatti segnalato tra quelli a più basso consumo di morfina e di analgesici oppioidi a fini terapeutici (di poco superiore a quello delle isole Seychelles), cosa questa estremamente grave se si considera che già dalla fine degli anni '80 l'Organizzazione mondiale della sanità considera tale consumo un indicatore importante per valutare l'efficacia dei programmi di controllo del dolore da cancro e, più in generale, un indicatore di qualità di un sistema sanitario nazionale. Le persistenti resistenze dimostrate dai medici italiani all'utilizzo di tali sostanze chimiche per la lotta contro il dolore severo, non possono che essere ricondotte ad un atteggiamento culturalmente ostile a tali strumenti, in considerazione anche del fatto che, per i pazienti in questione, non si pongono certo i problemi derivanti da una possibile tossicodipendenza indotta: in primo luogo perché la dipendenza fisica (diversa dalla dipendenza psicologica propria di tutte le tossicodipendenze) può essere efficacemente affrontata mediante una riduzione graduale del farmaco, ma soprattutto perché nei malati terminali "il controllo del dolore, e quindi l'assunzione di morfina, deve essere continuata indefinitamente per tutta la durata, anche se breve, della vita" (13).

La legge sugli oppioidi nella terapia del dolore può dunque a buon diritto essere valutata come uno strumento operativo, la cui disponibilità era da ritenersi assolutamente necessaria al fine di rendere attuabili le indicazioni previste nel programma nazionale per la rete di attività di cure palliative (14).

Conferenza unificata (ex art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281), Accordo 19 aprile 2001, "Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative" (15).

L'Accordo stipulato dalla Conferenza fornisce, in allegato, le Linee guida sulla realizzazione delle attività assistenziali concernenti le cure palliative. È bene ricordare che molte indicazioni in materia erano state già fornite da questo stesso organismo nel mese marzo e precisamente nelle Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia (16): in questo documento, infatti si faceva riferimento esplicito e preciso all'assistenza e alle cure palliative rivolte però ai soli pazienti affetti da patologia neoplastica. Queste seconde linee guida, invece, hanno in oggetto le at-



tività assistenziali concernenti le cure palliative, e rendono disponibili importanti informazioni, utili anche a chiarificare e ampliare il contenuto del programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (decreto del ministero della Sanità 28 settembre 1999). Ad una premessa di carattere definitorio, nella quale sono indicate le definizioni generali e specifiche relative alle cure palliative, segue un'interessante analisi epidemiologica che si riferisce ai malati di tumori, Aids e patologie non neoplastiche ad andamento progressivo e ai loro bisogni assistenziali. Le linee guida forniscono poi indicazioni sui percorsi assistenziali e sulla formazione specifica per accedere alla dirigenza delle strutture della rete delle cure palliative: in questo specifico campo, poiché la "medicina palliativa" o le "cure palliative" non sono al momento riconosciute come specializzazioni (solo nel Regno Unito e in Irlanda è stata attivata la specializzazione in Medicina/Cure palliative, ed è in corso di attivazione in Spagna e Francia: dunque non è possibile un riconoscimento europeo del titolo, essendo necessaria a questo fine la presenza di una scuola in almeno quattro Stati membri) il documento demanda ad un successivo provvedimento per la definizione dei criteri per l'accesso alla dirigenza, suggerendo tuttavia che possano essere presi in considerazione tre fattori specifici: il possesso di un diploma di partecipazione a un corso in medicina o cure palliative di almeno 80 ore; il possesso di una specializzazione dell'area medico-chirurgica; l'aver svolto per almeno 3 anni attività nel settore delle cure palliative, espletata in reparti o servizi del Servizio sanitario nazionale, ovvero un'analoga attività documentata di almeno 5 anni in servizi del circuito privato-profit e no-profit accreditati, dedicati alle cure palliative. È inoltre fatto riferimento alla formazione degli operatori sanitari attivi nel campo delle cure palliative e in particolare viene esplicitata la necessità che anche nei curricula dei medici di medicina generale siano inseriti contenuti formativi in tema di cure palliative, sia nei programmi di formazione specifica (sia durante le attività di formazione continua). A conclusione del documento la Conferenza esprime la necessità che le informazioni riguardanti i servizi che erogano cure palliative siano inserite nella Carta dei servizi delle Aziende sanitarie, e che queste ultime ricerchino la collaborazione con i comuni eroganti prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (sottoscrivendo protocolli d'intesa e/o convenzioni e/o accordi), al fine di migliorare l'assistenza dei malati assunti in cura e di fornire un adeguato sostegno alle famiglie prima e dopo il decesso del malato.

Decreto del Ministro della Sanità 27 aprile 2001, "Istituzione del corso *pilota* a carattere nazionale, di alta qualificazione teorico - pratica in cure palliative" (17).

L'ultimo passo compiuto nella realizzazione del programma nazionale di cure palliative, per altro annunciato già nelle linee guida della Conferenza Stato-regioni, è l'istituzione di un corso di formazione per i dirigenti con responsabilità di direzione delle strutture di cura palliative: il decreto prevede e finanzia per il 2001, tre edizioni del corso della durata di 160 ore (80 ore di teoria e 80 ore di pratica), aperte ciascuna a 30 iscritti. I corsi sono rivolti ai dirigenti con responsabilità di direzione di strutture complesse di cure palliative e a tutti i medici in possesso del diploma di laurea che soddisfino tre requisiti: specializzazione nell'area medico-chirurgica; attestato di partecipazione a corsi specifici di almeno 80 ore; certificazione di attività di servizio, di almeno 3 anni con mansioni prevalenti per le cure palliative, espletata in reparti o servizi del Servizio sanitario nazionale, ovvero in servizi anche del circuito privato e privato sociale convenzionato, dedicati alle cure palliative, in cui sia documentabile analogo impegno lavorativo prestato continuativamente per almeno 5 anni. Il corso è organizzato e realizzato dall'Istituto superiore di sanità di concerto con la Direzione generale studi, documentazione sanitaria e comunicazione ai cittadini del Ministero della sanità: in allegato al decreto è posto il *Curriculum essenziale italiano per le cure palliative*.

La situazione attuale

Per continuare ad usare l'immagine della rivoluzione silenziosa nell'assistenza al malato morente, di cui brevemente abbiamo ricordato sin qui le tappe principali, possiamo dire che, nella situazione attuale, sono stati caricati i fucili, ma che la battaglia sul campo ha inizio proprio ora. Essa si svolgerà su diversi fronti: il cambiamento etico e deontologico da attuarsi nella mentalità medica prevalente; l'adeguata formazione e informazione, tanto del personale preposto alle cure palliative, quanto ancora della stessa cittadinanza; la predisposizione effettiva dei servizi e delle strutture necessari per la realizzazione del programma nazionale per le cure palliative; l'impegno affinché tale programma, decentrato dal Ministero alle regioni, possa soddisfare il requisito dell'equità, evitando così di creare, anche per i morenti, un'assistenza differenziata rispetto alla qualità; la risoluzione dei problemi che, inevitabilmente, si verranno a creare nell'attuazione del programma (da molte parti, ad esempio, si stanno levando critiche, anche sensate, rivolte all'adozione della struttura hospice). Una cosa certamente è da notare: giunti oramai a questo punto, non dovrà essere più possibile tornare indietro. L'attivazione dei servizi e delle strutture di cure palliative è infatti inserita all'interno di un più ampio movimento di sensibilizzazione relativo ai bisogni e ai diritti delle persone il cui destino è quello di non poter sopravvivere al loro male (18), ed è inoltre strettamente connessa alla consapevolezza che si è creata, all'interno e all'esterno del mondo medico, della necessità per la medicina scientifica di corrispondere al dovere fondamentale di fronteggiare il dolore, tanto dal punto fisico (terapia del dolore), quanto ancora a livello psico-sociale (supporto globale al paziente) (19).

Le cure palliative, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, costituiscono una serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla "cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più ai trattamenti specifici. Fondamentalmente è il controllo del dolore e degli altri sintomi, e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i malati e le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia".

Le cure palliative si caratterizzano per: la globalità dell'intervento terapeutico che, avendo per obiettivo la qualità della vita residua, non si limita al controllo dei sintomi fisici, ma si estende al supporto psicologico, sociale e spirituale; la valorizzazione delle risorse del paziente e della sua famiglia oltre che del tessuto sociale in cui sono inseriti; la molteplicità delle figure professionali e non professionali che sono coinvolte nel piano di cura; il pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona malata; il pieno inserimento e la forte integrazione nella rete dei servizi sanitari e sociali; l'intensità dell'assistenza globale che deve essere in grado di dare risposte specifiche, tempestive, efficaci ed adeguate al mutare dei bisogni del malato; la continuità della cura fino all'ultimo istante di vita; la qualità delle prestazioni erogate.

(Dall'Accordo tra il Ministro della Sanità, le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane, sul documento di iniziative per l'organizzazione della rete dei servizi delle cure palliative - Accordo 19 Aprile 2001).

- 1) Moltissimo è stato scritto sul caso Di Bella dal 1998 ad oggi: tra i molti saggi e articoli che potrebbero qui essere citati per ricostruire la storia di quei giorni, mi limito a ricordare il fascicolo della rivista 'Bioetica. Rivista interdisciplinare', Anno VI, n. 2 1998, in gran parte dedicato proprio al caso Di Bella, il volume di R. Prodomo, *Il male oscuro della medicina. Cronaca di una crisi annunciata tra medico e paziente*, Pagano, Tolmino Editrice, Napoli 1998; nonché, a titolo di cronaca, l'intervista rilasciata a Bruno Vespa dallo stesso Di Bella: L. Di Bella *Si può guarire? La mia vita, il mio metodo, la mia verità*, Mondadori, Milano 1998.
- 2) M. Gallucci. Migliorare la competenza di chi assiste un morente, in A. De Santi, M. Gal-

- lucchi, P. Rigliano (a cura di) *Il dolce morire. La relazione di aiuto al morente nelle cure palliative*, Carocci, Roma, 1999 p. 88.
- 3) In Inghilterra erano chiamati hospice quelle “stazioni di passaggio” che nel Medioevo si occupavano dell’assistenza dei pellegrini in cammino per i luoghi di culto religioso: in essi molto spesso i viandanti trovavano la morte. Il termine è stato ripreso nella seconda metà del novecento, per indicare le strutture residenziali di assistenza e cura dei malati terminali, improntate alla tutela della dignità del morire: il primo hospice così inteso fu il St. Christopher’s Hospice, aperto a Londra nel 1967 da Cicely Saunders, leader del cosiddetto “hospice movement” per le cure palliative ai malati terminali.
 - 4) Si veda in proposito V. Ventafridda, *Il modello dell’istituto Nazionale dei Tumori di Milano*, in O. Corli (a cura di) *Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia*. Città Nuova, Roma 1988, pp. 165-172; Oscar Corli, *Malattie terminali e cure palliative. Una sfida aperta*. in L. Sandrin (a cura di), *Malati in fase terminale*, Caritas, Piemme, Milano, 1997, pp. 30-48.
 - 5) M. Gallucci. *Decisione, condivisione*, in A. Vitelli. *Terapie palliative: significato e finalità. Decisioni critiche al limite della vita*, “Politeia. Centro per la ricerca e la formazione in politica ed etica”, n. 68 (1999), p. 5.
 - 6) Questo articolo del codice ha sollevato diverse critiche perché, in una sua prima versione, poi corretta, conteneva un ulteriore comma, nel quale contraddittoriamente veniva sostenuto che “il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo”. In realtà tale specificazione è stata poi spostata nella sua sede naturale, e cioè nel capitolo successivo riguardante i trapianti. Si veda in proposito L. Orsi, D. Mazzon. *Il Codice di Deontologia Medica e le questioni etiche di fine vita. Un contributo alla chiarezza da parte degli Anestesisti - Rianimatori*, in “Minerva Anestesiologica”, n. 66 (2000), pp. 73-78.
 - 7) Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998, “Piano sanitario nazionale 1998-2000 Un patto di solidarietà per la salute”. Obiettivo IV, *Rafforzare la tutela dei soggetti deboli, Assistenza alle persone nella fase terminale della vita*. pp. 43-44 (corsivo mio): pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998.
 - 8) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27 febbraio 1999.
 - 9) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 7 marzo 2000.
 - 10) È degno di nota come, per la prima volta, per le cure palliative si faccia esplicito riferimento all’emotività, tanto a quella dei malati e dei loro congiunti, quanto ancora a quella del personale sanitario. Questo riferimento non è assolutamente comune nelle questioni mediche, che, quasi sempre, fanno ricorso all’appello ad una ragione fredda e distaccata quale presupposto di qualsivoglia intervento sanitario che sia di elevata qualità. Non si può dunque che salutare con soddisfazione questa innovativa concessione alle emozioni, convinti, come chi scrive, che solo a partire da una seria presa in considerazione proprio del terreno emotivo sia praticabile quel rinnovamento etico e deontologico della professione medica, tanto auspicato nella letteratura bioetica.
 - 11) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 67 del 21 marzo 2000.
 - 12) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19 febbraio 2001.
 - 13) Comitato etico presso la Fondazione Floriani. Alcune precisazioni dovute a proposito di consenso informato e cure palliative (Corriere Medico del 23 marzo 2000), “Bioetica. Rivista interdisciplinare”, Anno VIII, n. 2 (2000). p. 358: in questo fascicolo della rivista sono riportati diversi documenti sulle cure palliative e, tra l’altro, un interessante dibattito sul consenso informato nelle cure palliative, che ha preso le mosse da un articolo del giudice Alfonso Marra sul Corriere Medico del 20 gennaio 2000 e al quale l’articolo qui citato della Fondazione Floriani fornisce una replica.
 - 14) L’emanazione della Legge 12/2001 sugli oppioidi ha ingenerato una certa confusione in merito all’ambito della sua applicabilità: in riferimento alle numerose richieste di chiarimenti, in particolare avanzate da parte di professionisti impegnati nel campo delle tossicodipendenze, il Ministero della sanità ha diffuso una circolare (8 giugno 2001, n 9) nella quale definisce i criteri interpretativi delle indicazioni contenute nella legge in oggetto. In particolare la circolare specifica che “le modalità prescrittive indicate nell’art. 43 commi 2-bis e 3-bis sono applicabili ai soli fini del trattamento del dolore severo in pazienti affetti

da patologia neoplastica o degenerativa, e che la prescrizione di cui all'art. 43 comma 3-bis non è comunque utilizzabile per i trattamenti sostitutivi in pazienti tossicodipendenti da oppiacei”.

- 15) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 110 del 14 maggio 2001.
- 16) Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni, le province autonome di Trento e Bolzano e le province, i comuni e le comunità montane sulle Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia, 8 marzo 2001 (rep. Atti n. 1179).
- 17) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 114, del 18 maggio 2001, Serie generale.
- 18) Di tale sensibilizzazione sono testimonianza ad esempio la *Carta dei diritti dei morenti* del Comitato etico della Fondazione Floriani (può essere richiesto alla stessa Fondazione Floriani, Piazza Castello, 4 20121 – Milano tel. 02/86460404; fax 02/72022493) o la recente *Carta dell'autonomia fino alla fine della vita* della Consulta di bioetica (in “Bioetica. Rivista interdisciplinare”, anno VIII, n. 2 (2000), p. 349).
- 19) Per quanto riguarda questo ultimo aspetto si consideri il Provvedimento 24 maggio 2001, Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee - guida inerente il progetto “Ospedale senza dolore” (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001) nel quale si forniscono indicazioni alle regioni per realizzare progetti indirizzati al miglioramento del processo assistenziale specificatamente rivolto al controllo del dolore di qualsiasi origine. A tal fine viene suggerita la creazione, presso ciascuna struttura sanitaria, di un apposito Comitato per l'ospedale senza dolore, e raccomandata l'istituzione di strutture specialistiche per la terapia del dolore e le cure palliative.

In questo stesso ambito si legga il recente documento del Comitato nazionale per la bioetica, *La terapia del dolore: orientamenti di bioetica*, approvato il 30 marzo 2001, nel quale il problema etico del dolore viene affrontato, in un'ottica deontologica, giuridica e scientifica, ad un livello generale e non solo per ciò che concerne il dolore nella malattia terminale.

Laura Canavacci

*Dottore di Ricerca in Deontologia ed Etica Medica
Università degli Studi di Siena*



Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio
9 gennaio 2001, n. 37

**PROGRAMMA REGIONALE PER LA
REALIZZAZIONE DI STRUTTURE RESIDENZIALI
PER MALATI TERMINALI “HOSPICE”
AI SENSI DELL’ARTICOLO 1 DELLA LEGGE 39
DEL 26 FEBBRAIO 1999.**

LA GIUNTA REGIONALE

SU proposta dell’Assessore per le Politiche della Sanità;

VISTO il D.Lgs n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la legge regionale 28 giugno 1993 n.29 concernente “Disciplina dell’attività di volontariato nella Regione Lazio” e successive modificazioni e integrazioni;

VISTE le Linee Guida del 20.2.1996 Ministero della Sanità concernenti “l’organizzazione della prevenzione e dell’assistenza in oncologia”, con le quali viene indicato l’iter diagnostico razionale ed il trattamento multidisciplinare a favore dei malati neoplastici in tutte le fasi della malattia;

VISTO il D.P.R. 23 luglio 1998 recante il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 pubblicato sul supplemento ordinario della G.U. n.288 del 10.12.1998 che all’Obiettivo IV prevede, tra l’altro di migliorare l’assistenza erogata alle persone che affrontano la fase terminale della vita privilegiando le azioni volte:

- al potenziamento dell’assistenza medica e infermieristica a domicilio;
- all’erogazione dell’assistenza farmaceutica a domicilio tramite le farmacie ospedaliere;
- al potenziamento degli interventi di terapia palliativa ed antalgica;
- al sostegno psico-sociale al malato e ai suoi familiari;
- alla promozione e al coordinamento del volontariato di assistenza ai malati terminali;
- alla realizzazione di strutture residenziali e diurne (hospice), autorizzate e accreditate;

VISTO il Decreto Legge 28.12.1998 n. 450 concernente “Disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998/2000”, convertito nella legge 26 febbraio 1999 n.39;

VISTO in particolare, l’art. 1 di detta legge che prevede un programma per la realizzazione in ciascuna regione di una o più strutture, ubicate nel territorio in modo da consentire una agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie dedicate all’assistenza palliativa e di supporto prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di cure finalizzate ad assicurare una migliore qualità della loro vita e di quella dei loro familiari. Le suddette strutture dovranno essere realizzate prioritariamente attraverso l’adeguamento e la riconversione di strutture, di proprietà di aziende sanitarie locali o di aziende ospedaliere, inutilizzate anche parzialmente, ovvero di strutture che si sono rese disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera di cui all’art.2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n.549, e successive modificazioni;

VISTO il Decreto Ministeriale del 28 settembre 1999, pubblicato in G.U. n. 55 del

7.3.2000 denominato “Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative” nel quale si prevede la realizzazione in ciascuna Regione e provincia autonoma, di una o più strutture dedicate all’assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per pazienti affetti da patologia neoplastica terminale. Tali strutture sono da considerarsi parte integrante della rete assistenziale ai pazienti terminali, costituita da servizi e attività territoriali ospedaliere finalizzate all’erogazione delle cure palliative;

VISTO il DPCM del 20 gennaio 2000, pubblicato in G.U. n.67 del 21.03.2000 denominato “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative” nel quale vengono stabiliti i requisiti cui si dovranno uniformare le strutture previste dal sunnominato decreto ministeriale;

CONSIDERATO che per la realizzazione di detto programma sono state assegnate alla regione Lazio risorse finanziarie ammontanti a £. 21 miliardi;

CONSIDERATO, altresì, che con nota del 26.04.2000 prot. 100/SCPS/6.6515 il Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità ha comunicato che l’erogazione del finanziamento era subordinata alla presentazione, da parte di ciascuna e provincia autonoma, entro 180 giorni dall’entrata in vigore del decreto sui requisiti minimi, di programmi per l’attuazione della rete di cure palliative e delle strutture denominate Centri di cure palliative, nonché di piani di informazione ai cittadini, coerentemente con le specifiche modalità di organizzazione territoriale e distrettuale individuate dalla programmazione regionale e con le peculiarità delle situazioni esistenti sul territorio;

PRESO ATTO che la Regione Lazio con D.G.R. 12 giugno 1998 n.2446 ha ritenuto di avviare un programma di interventi innovativi, a carattere sperimentale, allo scopo di garantire adeguata assistenza a soggetti affetti da patologie fortemente invalidanti e terminali, ad integrazione degli interventi previsti in regime di assistenza domiciliare, anche promuovendo la riconversione di strutture di ricovero già accreditate per lungodegenza in strutture residenziali per tipologie di malati (hospice);

PRESO ATTO che a seguito del sopracitato provvedimento l’assistenza palliativa e di supporto per i pazienti oncologici terminali in strutture dedicate “hospice” è attualmente assicurata presso cinque Centri residenziali, avviati secondo progetti sperimentali approvati dalla Regione: quattro situati nella città di Roma ed uno nella provincia di Viterbo, per una complessiva offerta di 130 pp.rr.;

PRESO ATTO che tale assistenza è espletata secondo un modello innovativo sul piano organizzativo e metodologico, realizzato in un contesto dimensionale, strutturale e funzionale specifico, collocato a livello intermedio nell’ambito della rete dei servizi costituita dall’assistenza ospedaliera e dall’assistenza domiciliare specialistica, valorizzando la presa in carico della persona e la fruizione, da parte della stessa, di prestazioni residenziali e domiciliari in relazione allo stato della malattia, che risulta rispondente a quello individuato nei provvedimenti ministeriali sopra riportati;

RITENUTO, sulla base dei dati di mortalità per tumore e per AIDS della popolazione assistita, di dover incrementare l’offerta di servizi nell’area delle cure palliative e di supporto per i pazienti terminali, anche allo scopo di ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero improprio, stimando il fabbisogno di pp.rr. per malati terminali residenti nella Regione Lazio in n. 10 posti residenza ogni 100.000 residenti al fine di assicurare tendenzialmente almeno un hospice per ogni Azienda USL e comunque fino a 540 pp.rr. complessivi nel triennio 2000-2003;

CONSIDERATO che al soddisfacimento del suddetto fabbisogno si provvederà mediante la riconversione di posti letto ospedalieri eccedenti sia pubblici che privati accreditati e l’adeguamento e la riconversione di strutture, di proprietà di aziende sanitarie locali o di aziende ospedaliere, inutilizzate anche parzialmente, ovvero di strutture che si rendono disponibili in conseguenza della ristrutturazione della rete ospedaliera;

VISTO il “Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all’interno della rete di assistenza ai malati terminali” elaborato dal Dipartimento del

S.S.R. nell'ambito del quale sono state riportate le tipologie dei singoli progetti presentati dalle aziende e trasmesso al Ministero della Sanità con nota del 29.9.2000 prot.2266/2984;

VISTI i progetti preliminari per la realizzazione di Centri di cure palliative per complessivi 103 pp.rr. derivanti dalla riconversione di strutture pubbliche preesistenti e presentati, per la città di Roma:

- dall'Azienda USL RM B : ristrutturazione immobile di proprietà (ex condotta medica) per la realizzazione di pp.rr. n.20, importo del finanziamento richiesto £. 4.794.059.000;
- dall'Azienda USL RM E : riconversione Istituto Materno Regina Elena, per la realizzazione di pp.rr. n.14, importo del finanziamento richiesto £. 5.743.000.000;
- dall'Istituto Nazionale delle Malattie Infettive IRCCS L.Spallanzani, ristrutturazione immobile di proprietà, per la realizzazione di pp.rr. n.8, per malati terminali di AIDS, importo del finanziamento richiesto £. 2.000.000.000;
- dall'Azienda S. Camillo Forlanini ristrutturazione di 1 piano di edificio ospedaliero (ex ortopedia) per la realizzazione di pp.rr. n.20 (bacino della Azienda USL RMD), importo del finanziamento richiesto £. 5.000.000.000;

e per le Province

- dall'Azienda USL di Rieti : riconversione del 4° pad.bl.7 ex-ospedale psichiatrico per la realizzazione di pp.rr. n.8, importo del finanziamento richiesto £. 4.200.000.000;
- dall'Azienda USL di Latina, riconversione dell'Ospedale vecchio di Terracina per la realizzazione di pp.rr. n. 15, importo del finanziamento richiesto £. 4.913.000.000;
- dall'Azienda USL di Frosinone: riconversione ospedale "Isola Liri" per la realizzazione di pp.rr. n.18, importo del finanziamento richiesto £. 4.730.000.000.

PRESO ATTO che la realizzazione di complessivi 103 pp.rr. prevista da tali progetti per l'importo complessivo di £.31.380.059.000 risulta coerente con la programmazione regionale dell'offerta di

servizi nell'area delle cure palliative e di supporto per i pazienti terminali;

PRESO ATTO che detti progetti preliminari in data 13 dicembre 2000 sono stati esaminati dal Nucleo di Valutazione con esito favorevole;

RITENUTO che i contenuti del "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali", integrato e modificato in relazione ai progetti pervenuti, gli obiettivi individuati, la localizzazione delle strutture da attivare, le modalità di integrazione nella rete dei servizi, gli strumenti di formazione e di coinvolgimento del personale, i risultati attesi risultano coerenti con la programmazione regionale dell'assistenza palliativa e di supporto ai malati terminali nonché con gli interventi già attivati in via sperimentale;

RITENUTO, per le motivazioni di cui sopra di approvare il "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali", integrato e modificato in relazione ai progetti pervenuti, ai sensi dell'art. 1 della Legge 39 del 26 febbraio, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

VISTA la legge 15 maggio 1997, n.127;

all'unanimità

DELIBERA

Per le motivazioni di cui in premessa, che integralmente si richiamano;

1. di definire il fabbisogno di pp.rr. in Centri per malati terminali residenti nella Regione Lazio, nell'ambito degli interventi volti a garantire adeguata assistenza a soggetti affetti da patologie fortemente invalidanti e terminali, ad integrazione degli interventi previsti in regime di assistenza domiciliare, in n. 10 posti ogni 100.000 residenti al fine di assicurare tendenzialmente almeno un hospice per ogni Azienda USL e comunque fino a 540 pp.rr. complessivi nel triennio 2000-2003, al cui completamento si provvederà mediante la riconversione di posti letto ospedalieri eccedenti sia pubblici che privati accreditati;

2. di approvare il "Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di as-

sistenza ai malati terminali” corredato dei relativi progetti, ai sensi dell’art. 1 della legge 39 del 26 febbraio 1999, che costituisce parte integrante della presente deliberazione, in quanto i contenuti dello stesso, gli obiettivi individuati, la localizzazione delle strutture da attivare, le modalità di integrazione nella rete dei servizi, gli strumenti di formazione e di coinvolgimento del personale, i risultati attesi risultano coerenti con la programmazione regionale delle cure palliative e di supporto ai malati terminali nonché con gli interventi già attivati in via sperimentale;

3. di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione ai fini dell’ammissione al finanziamento dei progetti stessi per un ammontare complessivo di £.31.380.059.000;

Il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della legge 127 del 15 maggio 1997, articolo 17 comma 32.



LEGGE 8 FEBBRAIO 2001, N. 12 Farmaci oppiacei nella terapia del dolore

Come preannunciato nel numero di febbraio 2001 di QUI ORDINE, nelle pagine seguenti viene esaminato dettagliatamente quanto disposto dalla Legge 8 febbraio 2001, n. 12 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore".

Entrata in vigore il 6 marzo 2001, la legge apporta significative modifiche al "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope prevenzione e cura dei relativi stati di tossicodipendenza" approvato con il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990, e successive modificazioni.

Sono state introdotte anche modifiche al Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 539.

Più avanti pubblichiamo il testo degli articoli del D.P.R. 309/90 "coordinato" con le modifiche apportate alla Legge 12/2001: le parti in neretto sono le variazioni operate dalla nuova legge.

Naturalmente, tutti gli articoli non citati sono rimasti invariati.

Riportiamo, inoltre le informazioni di natura normativa e pratica utili alla corretta applicazione di queste nuove disposizioni.

D.P.R. 9/10/1990, N. 309

COME MODIFICATO

DALLA LEGGE 8/2/2001, N. 12

Al testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309,

**è aggiunto il seguente allegato:
Allegato n. III - bis (articoli 41 e 43)**

FARMACI CHE USUFRUISCONO DELLE MODALITA' PRESCRITTI- VE SEMPLIFICATE

**Buprenorfina
Codeina
Diidrocodeina**

**Fentanyl
Idrocodone
Idromorfone
Metadone
Morfina
Ossicodone
Ossimorfone**

ANALGESIA

Ecco i farmaci per la terapia del dolore

Tra gli obiettivi che il "Gruppo di lavoro sul dolore" si era proposto di affrontare, allo scopo di aumentare la capacità di risposta al dolore e alla sofferenza di coloro che sono colpiti da patologie oncologiche e degenerative in fase terminale, vi era quello di rendere disponibili per i malati tutti i farmaci ritenuti indispensabili per il trattamento del dolore severo.

La minuziosa indagine sui principi attivi disponibili sul mercato italiano ha, inizialmente, evidenziato gravi lacune: particolarmente eclatante l'assenza della morfina a rapido rilascio, ritenuta in tutte le linee guida nelle cure palliative uno strumento essenziale. Grazie all'opera del "Gruppo di lavoro" il farmaco è stato registrato lo scorso autunno e ora è disponibile per tutti i malati lo sciroppo di morfina (precedentemente disponibile solo sotto forma di preparazione estemporanea) confezionato industrialmente.

Il suggerimento, sempre da parte del "Gruppo di lavoro", di inserire in fascia A il fentanyl per via transdermica è stato accolto lo scorso inverno: il cerotto "antidolore" è quindi, finalmente a carico del Servizio sanitario nazionale.

È in corso uno studio di fattibilità per la registrazione di forme farmaceutiche a base di ossicodone, ossimorfone e idromorfone: per ora questi principi attivi sono disponibili solo sotto forma di preparazioni galeniche magistrali.

Articolo 41

MODALITÀ DI CONSEGNA

1. La consegna di sostanze sottoposte a controllo da parte degli enti o delle imprese autorizzati a commerciarle deve essere fatta:

- a) personalmente all'intestatario dell'autorizzazione al commercio o al farmacista, previo accertamento della sua identità, qualora la consegna sia effettuata presso la sede dell'ente o dell'impresa, e annotando i dati del documento di riconoscimento in calce al buono acquisto;
- b) a mezzo di un qualunque dipendente dell'ente o dell'impresa, debitamente autorizzato, direttamente al domicilio dell'acquirente, previo accertamento della identità di quest'ultimo e annotando i dati del documento di riconoscimento in calce al buono di acquisto;
- c) a mezzo pacco postale assicurato
- d) mediante agenzia di trasporto o corriere privato. In questo caso, ove si tratti di sostanze stupefacenti o psicotrope indicate nelle tabelle I e II previste dall'articolo 14 e il cui quantitativo sia superiore ai cento grammi, il trasporto deve essere effettuato previa comunicazione, a cura del mittente, al più vicino ufficio di Polizia di Stato o comando dei Carabinieri o della Guardia di Finanza.

1 - bis. In deroga alle disposizioni di cui al comma 1, la consegna di sostanze sottoposte a controllo può essere fatta anche da parte di operatori sanitari, per quantità terapeutiche di farmaci di cui all'allegato III - bis, accompagnate da dichiarazione sottoscritta dal medico di medicina generale, di continuità assistenziale o dal medico ospedaliero che ha in cura il paziente, che ne prescrive l'utilizzazione anche nell'assistenza domiciliare di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei.

2. La comunicazione, di cui al comma 1, lettera d), compilata in triplice copia, deve indicare il mittente ed il destinatario, il giorno in cui si effettua il trasporto, la natura e la quantità degli stupefacenti trasportati. Una delle copie è trattenuta dall'ufficio o comando predetti; la seconda è

da questo inviata al corrispondente ufficio o comando della giurisdizione del destinatario, per la opportuna azione di vigilanza; la terza, timbrata e vistata dall'ufficio o comando di cui sopra, deve accompagnare la merce ed essere restituita dal destinatario al mittente.

3. Chiunque consegna o trasporti sostanze stupefacenti o psicotrope non ottemperando alle disposizioni del presente articolo è punito con l'arresto fino ad un anno e con l'ammenda da lire un milione a lire venti milioni.

4. Chi vende o cede sostanze sottoposte a controllo, deve conservare la copia della fattura, il relativo buono acquisto, nonché, ove la consegna avvenga a mezzo posta o corriere, la ricevuta postale o dell'agenzia di trasporto o del corriere privato, relativa alla spedizione della merce. L'inosservanza delle disposizioni del presente comma è punita con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma fino a lire un milione.

CURE PALLIATIVE

Ospedali senza dolore

La modifica del D.P.R. 309/90 è il primo passo verso la realizzazione del progetto "Ospedale senza dolore", fortemente sostenuto dal Ministro Umberto Veronesi e che rappresenta uno dei cardini del Piano Sanitario Nazionale 2001-2003. Lo scorso anno si è costituita, presso il Ministero della Sanità, la cosiddetta "Commissione Piano": il gruppo di studio ha elaborato un decalogo che definisce i principi ispiratori della modernizzazione del sistema ospedaliero italiano.

Tra i capisaldi del progetto c'è l'umanizzazione degli ospedali. Viene sottolineata la centralità della persona: il paziente deve essere considerato nella sua complessità psicofisica e l'ospedale deve essere il luogo dell'accoglienza, della speranza, dell'attenzione, della lotta al dolore e alla sofferenza.

Anche l'Oms ha indicato tra le sei grandi priorità in campo sanitario "il controllo del dolore, la riduzione della sofferenza e la disponibilità delle cure palliative per chi non può essere curato", ritenendole l'unica risposta congruente ai problemi delle patologie in fase terminale.

Secondo gli ultimi dati diffusi dalla Società italiana di cure palliative, in Italia

sono 150mila i malati che, ogni anno, si trovano in fase terminale e questo primo passo permetterà di incrementare il ristretto 20 per cento che rappresenta la percentuale di pazienti che attualmente riesce a usufruire di una adeguata terapia antalgica.

Articolo 43 OBBLIGHI DEI MEDICI CHIRURGI E DEI MEDICI VETERINARI

1. I medici chirurghi ed i medici veterinari, che prescrivono preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14, debbono indicare chiaramente nelle ricette previste dal comma 2, che devono essere scritte con mezzo indelebile, il cognome, il nome e la residenza dell'ammalato al quale le rilasciano ovvero del proprietario dell'animale ammalato; segnarvi in tutte le lettere la dose prescritta e l'indicazione del modo e dei tempi di somministrazione; apporre sulla prescrizione stessa la data e la firma.

2. Le ricette per le prescrizioni delle preparazioni indicate nel comma 1 debbono essere staccate da un ricettario a madre-figlia e di tipo unico predisposto dal Ministero della sanità e distribuito, a richiesta dei medici chirurghi e dei medici veterinari, dai rispettivi ordini professionali, che, all'atto della consegna devono far firmare ciascuna ricetta dal sanitario, il quale è tenuto a ripetere la propria firma all'atto della consegna al richiedente.

2-bis. Le ricette per le prescrizioni dei farmaci di cui all'allegato III-bis sono compilate in duplice copia a ricalco per i farmaci non forniti dal Servizio sanitario nazionale, ed in triplice copia a ricalco per i farmaci forniti dal Servizio sanitario nazionale, su modello predisposto dal Ministero della sanità, completato con il timbro personale del medico.

3. Ciascuna prescrizione deve essere limitata a una sola preparazione o ad un dosaggio per cura di durata non superiore ad otto giorni, ridotta a giorni tre per le prescrizioni ad uso veterinario. La ricetta deve contene-

re, inoltre, l'indicazione del domicilio e del numero telefonico del medico chirurgo o del medico veterinario da cui è rilasciata.

3-bis. La prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis può comprendere fino a due preparazioni o dosaggi per cura di durata non superiore a trenta giorni. La ricetta deve contenere l'indicazione del domicilio professionale e del numero di telefono professionale del medico chirurgo o del medico veterinario da cui è rilasciata.

4. Il Ministro della sanità stabilisce con proprio decreto la forma ed il contenuto dei ricettari idonei alla prescrizione dei

PRESCRIZIONI

Il nuovo modello di ricetta (RM)

Il "Testo unico delle leggi in materia di stupefacenti" prevede una modifica nella forma e contenuto dei ricettari che i medici chirurghi e veterinari devono utilizzare per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis. **Il modello di ricettario, che deve essere predisposto dal Ministero della Sanità, verrà approvato con decreto ministeriale da emanare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della Legge 12/2001.**

Allo scopo di rendere immediatamente applicabile la normativa, il ministero della Sanità (su intervento della Fofi) **ha autorizzato in via transitoria l'utilizzo delle Ricette Ministeriali Speciali (RMS) di vecchio modello, previste per le prescrizioni di stupefacenti di tabella I, II e III.** La nota ministeriale (800.UCS/AGI/1134 - 497U/01 del 20/2/ 2001) dice testualmente: "Come è noto la nuova normativa sull'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore, stabilisce che per la prescrizione dei medicinali espressamente indicati in uno specifico elenco, dovrà essere utilizzato un apposito ricettario, come da decreto del Ministero della Sanità, da predisporre entro il termine di novanta giorni dall'entrata in vigore della nuova legge.

Nel periodo transitorio potranno essere agevolmente impiegate le ricette speciali ministeriali già in possesso delle Federazioni Provinciali di codesto Ordine (cioè la Federazione Nazionale Ordini dei Medici ndr), previste per la prescrizione di stupefacenti di tabella I, II e III."

farmaci di cui all'allegato III-bis. L'elenco dei farmaci di cui all'allegato III-bis è modificato con decreto del Ministro della sanità emanato, in conformità a nuove disposizioni di modifica della disciplina comunitaria, sentiti l'Istituto superiore di sanità e il Consiglio superiore di sanità, per l'inserimento di nuovi farmaci contenenti le sostanze di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14, aventi una comprovata azione narcotico-analgésica.

5. I medici chirurghi e i medici veterinari sono autorizzati ad approvvigionarsi dei farmaci di cui all'allegato III-bis attraverso autorizzazione, secondo quanto disposto dal presente articolo, e ad approvvigionarsi, mediante autorizzazione, a detenere nonché a tra-

sportare la quantità necessaria di sostanze di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 per uso professionale urgente. Copia dell'autoricettazione è conservata per due anni a cura del medico, che tiene un registro delle prestazioni effettuate, per uso professionale urgente, con i farmaci di cui all'allegato III-bis.

5-bis. Il personale che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati delle aziende sanitarie locali è autorizzato a consegnare al domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei, le quantità terapeutiche dei farmaci di cui all'allegato III-bis, accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare.

5-ter. Gli infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali e i familiari dei pazienti, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista, sono autorizzati a trasportare le quantità terapeutiche dei farmaci di cui all'allegato III-bis, accompagnate dalla certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione a domicilio di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa, ad esclusione del trattamento domiciliare degli stati di tossicodipendenza da oppiacei.

Il comma 6 (del presente articolo, ndr.) è abrogato con effetto dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro della sanità di cui al primo periodo del comma 4.

Il decreto di cui al primo periodo del comma 4 dell'articolo 43 (...) è emanato entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Articolo 45

OBBLIGHI DEL FARMACISTA

1. La vendita dei farmaci e delle preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 deve essere effettuata dal

POSOLOGIA

Ampliate le possibilità prescrittive

Il comma 3-bis dell'art. 43 del nuovo "Testo unico" consente ai medici chirurghi e veterinari di prescrivere in una sola ricetta **fino a due preparazioni o dosaggi dei farmaci compresi nell'allegato III-bis per una cura di durata non superiore a trenta giorni.** Ciò consente al medico di "personalizzare" la terapia antalgica a favore del paziente compilando una sola ricetta (**i formalismi di compilazione sono momentaneamente rimasti invariati, in attesa del nuovo ricettario**).

Ecco alcuni esempi di prescrizioni.

• **Esempio n. 1 - DOSAGGI DIVERSI DELLO STESSO FARMACO SOMMINISTRATI A ORARI DIVERSI**

Prescrizione: Morfina Cl. dieci mg fiale trenta - Morfina Cl. venti mg fiale quindici.

Dose, modo e tempi di somministrazione: dieci mg intr. ore otto e ore dodici - venti mg Intr. ore venti; per quindici giorni

• **Esempio n. 2 - DOSAGGI DIVERSI DELLO STESSO FARMACO SOMMATI TRA LORO E SOMMINISTRATI PIÙ VOLTE NELLA GIORNATA.**

Prescrizione: MS Contin trenta mg cpr tre scatole - MS Contin dieci mg cpr tre scatole.

Dose, modo e tempi di somministrazione: quaranta mg per os due volte al giorno; per trenta giorni

• **Esempio n. 3 - PREPARAZIONI DIVERSE**

Prescrizione: MS Contin dieci mg cpr quattro scatole - Morfina Cl. 20 mg fiale trenta.

Dose, modo e tempi di somministrazione: dieci mg per os ore otto e ore quattordici - venti mg intr. ore venti; per trenta giorni

farmacista con l'obbligo di accertarsi dell'identità dell'acquirente e di prendere nota degli estremi del documento di riconoscimento in calce alla ricetta.

DISPENSAZIONE

Prescrizioni a carico del Ssn

Il Servizio sanitario nazionale fornisce due confezioni per ricetta.

Il numero di pezzi indispensabili a carico del Ssn può salire fino a sei, nel caso in cui il medico prescrittore attesti sulla ricetta l'esistenza delle condizioni che consentono la pluriprescrizione per patologia.

La pluriprescrizione si applica alle ricette prescritte agli assistiti affetti da una delle patologie di cui al Decreto ministeriale n. 329/99.

Il medico indica sulla RM o sulla RMS il codice che attesta il diritto alla pluriprescrizione per patologia (ovvero scrive la lettera A) seguita dal numero identificativo della patologia (per esempio, nel caso dei pazienti oncologici, deve scrivere A/048).

In pratica, per quanto riguarda **le prescrizioni di medicinali, diversi dalla morfina fiale, e appartenenti alla Tabella I (per esempio MS Contin, metadone, ecc.)** il Ssn ne ammette la rimborsabilità nel limite di due confezioni per ricetta o **fino a sei nel caso di pluriprescrizione per specifiche patologie. Tutte le altre confezioni** oltre i limiti numerici citati **sono a carico dell'assistito.**

Nel caso in cui il paziente non intenda ritirare i farmaci a pagamento, non è ammessa la "riduzione" del numero di pezzi da dispensare, ma è necessario che il medico corregga e controfirmi la ricetta in modo da non superare i suddetti limiti.

Per quanto riguarda **le prescrizioni di morfina fiale a carico del Ssn**, si ricorda che le ricette prescrittive fiale di morfina sono tuttora soggette al Decreto ministeriale del 15 maggio 1990: ovvero **la prescrizione di un numero qualsiasi di fiale di morfina cloridrato costituisce una sola e unica prescrizione.**

APPROVVIGIONAMENTO Navi, cantieri e pronto soccorso

L'abrogazione degli articoli 46, 47 e 48 del DPR n. 309/90 fa ricadere l'approvvigionamento obbligatorio a bordo delle navi mercantili e nei cantieri di lavoro, nonché per le necessità di pronto soccorso (a favore di equipaggi e passeggeri di mezzi di trasporto terrestri, marittimi e aerei, o di comunità anche non di lavoro a carattere temporaneo) nella disciplina prevista dall'art. 42 del decreto stesso. Tale articolo non è stato in alcun modo modificato dalla Legge n. 12/2001. Permane inoltre l'obbligo di tenuta del registro di entrata e uscita (art. 64).

2. Il farmacista deve vendere i farmaci e le preparazioni di cui alle tabelle I, II e III previste dall'articolo 14 soltanto su presentazione di prescrizione medica sulle ricette previste dai commi 2 e 2-bis dell'articolo 43 e nella quantità e nella forma prescritta.

3. Il farmacista ha l'obbligo di accertare che la ricetta sia stata redatta secondo le disposizioni stabilite nell'articolo 43, di annotare sulla ricetta la data di spedizione e di conservare la ricetta stessa tenendone conto ai fini del scarico ai sensi dell'articolo 62.

4. Decorsi trenta giorni dalla data del rilascio la prescrizione medica non può essere più spedita.

5. Salvo che il fatto costituisca reato, il contravventore alle disposizioni del presente articolo è soggetto alla sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 200.000 a lire 1.000.000.

6. Il Ministro della sanità è delegato a stabilire, con proprio decreto, la forma ed il contenuto dei moduli idonei al controllo del movimento delle sostanze stupefacenti e psicotrope tra le farmacie interne degli ospedali e singoli reparti.

Articolo 46

APPROVVIGIONAMENTO E SOMMINISTRAZIONE A BORDO DELLE NAVI MERCANTILI

Articolo 47

APPROVVIGIONAMENTO E SOMMINISTRAZIONE NEI CANTIERI DI LAVORO

Articolo 48

APPROVVIGIONAMENTO PER LE NECESSITA' DI PRONTO SOCCORSO

Abrogati

Articolo 60

REGISTRO DI ENTRATA E USCITA

1. Ogni acquisto o cessione, anche a titolo gratuito, di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III IV e V previste, dall'articolo 14 deve essere iscritto in un registro speciale nel quale, senza alcuna lacuna, abrasione o aggiun-

VADEMECUM Gli obblighi del farmacista

Riepiloghiamo, qui di seguito, gli adempimenti relativi alla Ricetta Ministeriale (RM) introdotta dalla Legge n. 12/2001 per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III - bis.

COMPILAZIONE DELLA RM

- In duplice copia a ricalco per i medicinali non a carico del Ssn;
- in triplice copia a ricalco per i medicinali a carico del Ssn;

FORMALISMI

La RM, compilata con mezzo indelebile, deve contenere:

- data e firma del medico;
- nome, cognome, residenza del paziente (o del proprietario dell'animale);
- dose e tempi di somministrazione in tutte lettere;
- domicilio professionale e numero telefonico del medico chirurgo o veterinario;
- timbro professionale del medico.

LIMITE QUALITATIVO

2 preparazioni o 2 dosaggi.

LIMITE QUANTITATIVO

Ciclo di terapia non superiore a trenta giorni.

VALIDITÀ TEMPORALE

30 giorni dalla data di rilascio.

OBBLIGHI DEL FARMACISTA

- Dispensare i farmaci e le preparazioni dell'allegato III-bis solo su presentazione di RM nella quantità e nella forma prescritta;
- annotare sulla ricetta la data di spedizione e il prezzo praticato;
- registrare contestualmente il movimento "in uscita" nel registro di entrata e di uscita;
- conservare la RM in originale, insieme al registro di entrata e uscita che, a sua volta, deve essere conservato per cinque anni dalla data dell'ultima registrazione;
- accertarsi dell'identità dell'acquirente e prendere nota degli estremi del documento d'identità valido in calce alla ricetta (si rammenta che è vietata la vendita ai minori di 18 anni e a persone manifestamente inferme di mente).

ta, in ordine cronologico, secondo un'unica progressione numerica, deve essere tenuto in evidenza il movimento di entrata e di uscita delle sostanze predette. Tale registro è numerato e firmato in ogni pagina dall'autorità sanitaria locale, che riporta nella prima pagina gli estremi della autorizzazione e dichiara nell'ultima il numero delle pagine di cui il registro è costituito.

2. Il registro deve essere conforme al modello predisposto dal Ministero della

sanità ed approvato con decreto del Ministro.

2-bis. Le unità operative delle strutture sanitarie pubbliche e private, nonché le unità operative dei servizi territoriali delle aziende sanitarie locali sono dotate di registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14.

2-ter. Il registro di carico e scarico deve essere conforme al modello di cui al

comma 2 ed è vidimato dal direttore sanitario, o da un suo delegato, che provvede alla sua distribuzione. Il registro di carico e scarico è conservato, in ciascuna unità operativa, dal responsabile dell'assistenza infermieristica per due anni dalla data dell'ultima registrazione.

2-quater. Il dirigente medico preposto all'unità operativa è responsabile della effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella reale delle sostan-

ze stupefacenti e psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV previste dall'articolo 14.

2-quinquies. Il direttore responsabile del servizio farmaceutico compie periodiche ispezioni per accertare la corretta tenuta dei registri di carico e scarico di reparto e redige apposito verbale da trasmettere alla direzione sanitaria.

LEGISLAZIONE

Ricette non ripetibili: estesa la validità

La Legge 8 febbraio 2001 n.12 ha modificato anche il comma 3 dell'articolo 5 del D.L.vo n. 539 del 30/12/1992 "attuazione della direttiva n.92/26 CEE riguardante la classificazione nella fornitura dei medicinali per uso umano".

Il testo del comma 3 ora in vigore è il seguente: "Art. 5 - MEDICINALI SOGGETTI A PRESCRIZIONE MEDICA DA RINNOVARE VOLTA PER VOLTA

3. Le ricette relative ai medicinali di cui al comma 1 hanno **validità limitata a trenta giorni**; esse devono essere ritirate dal farmacista, che è tenuto a conservarle per sei mesi, qualora non le consegna all'autorità competente per il rimborso del prezzo a carico del Servizio sanitario nazionale."

La validità della RNR che prescrive galenici magistrali rimane invariata, cioè tre mesi





Gaeta - *Il Campanile del Duomo* - Luigi Rossini, 1839