

Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

LA TERAPIA DEL DOLORE: ORIENTAMENTI BIOETICI

Documento approvato dal Comitato Nazionale per la Bioetica
nella seduta Plenaria del 30 marzo 2001

Presentazione

A partire dal mese di ottobre del 2000 il Comitato Nazionale per la Bioetica ha avviato, per sollecitazione del Presidente del Consiglio, Prof. Giuliano Amato, una riflessione sul tema della vita morente, tema che assume una rilevanza bioetica fondamentale, in quanto la morte investe la nostra stessa esistenza e rappresenta l'orizzonte ultimo del nostro vivere.

Il C.N.B. aveva già affrontato in passato l'insieme delle questioni relative alla fine della vita umana pubblicando diversi documenti, fra cui Definizione e accertamento della morte nell'uomo (15 febbraio 1991), Parere del CNB sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali (6 settembre 1991), e Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana (14 luglio 1995).

Nel tempo trascorso fra tali documenti, oltre all'esplicita richiesta ricevuta dal primo ministro e alla presentazione di progetti di legge che hanno proposto il tema all'attenzione del Parlamento, vi è stata nel paese la maturazione di nuove consapevolezze e discussioni sulla "cultura della morte". Atteggiamenti diversi sono anche maturati su scala internazionale al riguardo della terapia del dolore, dello "stato vegetativo persistente", delle "direttive anticipate" definite anche "testamento di vita" e dell'eutanasia.

Il C.N.B. ha ritenuto di dover procedere su questi temi partendo dalla terapia del dolore, intesa come cura e assistenza (cure and care) finalizzata al controllo della sofferenza fisica e al supporto psico-sociale al paziente, a causa delle omissioni riscontrate nel sistema sanitario e nella pratica medica. In tale contesto si è inserita la nuova legge sulla prescrizione degli oppioidi promossa dal Ministro Veronesi, che ha sollecitato nuove riflessioni.

Il tema della terapia del dolore è stato analizzato da un gruppo del CNB coordinato dal Prof. Sandro Spinsanti e composto da Giovanni Berlinguer, Luisella Battaglia, Francesco Busnelli, Mauro Ceruti, Isabella Maria Coghi, Francesco D'Agostino, Gilda Ferrando, Eugenio Lecaldano, Adriana Loreti Beghè, Demetrio Neri, Anna Oliverio Ferraris, Angelo Fiori, Aldo Pagni, Livia Pomodoro, Giuseppe Savagnone, Elio Sgreccia, Tullia

Zevi. Il gruppo si è riunito con sistematicità sino al febbraio, con l'apporto della Dr.ssa Maria Caporale della segreteria scientifica del CNB e ha redatto una bozza, alla cui stesura hanno collaborato diversi esperti, che ringrazio a nome del Comitato. Rivolgo un particolare ringraziamento ai Proff. Michele Gallucci, Marco Visentin, Nicola D'Andrea, che hanno collaborato rispettivamente alla redazione dei paragrafi *Il dolore nella fase terminale della vita, Il dolore post operatorio, Il dolore in pediatria*. Il gruppo si è anche avvalso dei contributi coordinati, a Milano, dal Prof. Mauro Ceruti, ordinario di Epistemologia Genetica.

Il testo è stato discusso nella seduta plenaria del CNB e, dopo le correzioni suggerite in quella sede, è stato approvato all'unanimità nella successiva seduta del 30 marzo 2001

Roma, 30 marzo 2001

Il Presidente
Prof. Giovanni Berlinguer

LA TERAPIA DEL DOLORE: ORIENTAMENTI BIOETICI

Premessa

Il dolore accompagna da sempre la vita umana, ha molteplici significati, e, fino a tempi recenti, l'umanità non ha conosciuto mezzi efficaci per eliminarlo o per ridurlo. Nella valutazione etica, il dolore è stato a lungo associato all'idea di castigo. Ad esempio, nell'Antico Testamento Dio si rivolge alla donna che ha peccato con queste parole: "Moltiplicherò le tue pene ed avrai i figli nel dolore", e nel Corano la mancanza di fede è colpita da "castighi dolorosi". La stessa concezione caratterizza la fase barbarica della giustizia umana, al punto che il termine "pena" ha assunto il duplice significato di dolore e condanna. Questa idea di castigo ha anche impregnato il comune sentire della gente. Si è fatta strada, tuttavia, nell'epoca moderna, un'altra interpretazione secondo la quale il dolore non è un castigo da accettare supinamente, ma costituisce la connotazione che accompagna il male e lo distingue dal bene: non va, quindi, subito, ma va inteso come un segnale d'allarme da spegnere non appena ha assolto il suo compito.

L'analisi biologica del fenomeno porta spesso a conclusioni analoghe. Il dolore è un meccanismo nello stesso tempo fisiologico, giacché segnala i danni e i pericoli, e patologico, quando si trasforma in malattia. Protegge la donna che partorisce, frenando la spinta del feto prima che diventi devastante per i tessuti circostanti. Segna il confine tra lo sforzo sopportabile dall'organismo e quello che lo stroncherebbe. Avverte l'esistenza di una malattia, dovunque essa si annidi, quando è ancora latente o incipiente. Si manifesta maggiormente durante la notte, quando gli altri sensi che possono segnalare i pericoli sono sopiti. Il dolore si trasforma in patologia quando va oltre il suo ruolo fisiologico. Diventa allora controproducente, impedendo alla partoriente d'aiutare il figlio che nasce. Aggrava le crisi cardiache, aumentando la pressione del sangue e sottoponendo l'apparato circolatorio ad un carico che può essere fatale. Rende insopportabili molte malattie croniche ben al di là delle loro manifestazioni somatiche, togliendo a chi ne soffre la capacità di reagire e, al limite, la stessa voglia di vivere.

Non esiste dolore, inoltre, senza un'integrazione psichica di questo fenomeno che ne condiziona l'intensità. C'è l'attesa del dolore che ingigantisce un evento semplicemente temuto. C'è, al contrario, la rimozione del dolore, che si osserva durante un combattimento, anche in presenza di gravi ferite. C'è infine il dolore che accompagna la sofferenza non del corpo, ma della mente ferita da avvenimenti traumatizzanti, come la perdita di una persona cara o l'avvertire un senso interiore d'impotenza o inutilità, come avviene nella depressione endogena. A ben guardare, la sofferenza, o suffering, è sempre un'esperienza psichica, anche quando nasce dal corpo. Il termine dolore, o pain, si applica alla sofferenza fisica come a quella psichica. E' comunque opportuno, per motivi pratici, distinguere e trattare separatamente il dolore fisico legato ad un danno organico ben individuato, e quello mentale, che ha invece una connotazione eminentemente psichica.

Questo documento intende riaffermare che la lotta al dolore, inteso nel senso di malattia del corpo e della mente, rientra nei compiti primari della medicina e della società.

1. Il valore della lotta contro il dolore

Tra quanto è possibile e giusto fare per eliminare e controllare il dolore fisico e quanto in pratica viene fatto riscontriamo una vistosa differenza. Oggi abbiamo conoscenze adeguate relative alla fisiologia del dolore. E soprattutto disponiamo di molte metodologie di intervento - non invasive e invasive, neurochirurgiche e psicologiche, oltre a tutta la gamma di terapie farmacologiche - che permettono di combattere il dolore in moltissimi casi.

A questa capacità viene attribuito dalla nostra cultura un valore altamente positivo. Alla legittimità culturale ed etica riconosciuta alla lotta contro il dolore risponde l'inserimento delle azioni rivolte a tale fine tra le priorità del servizio sanitario pubblico. Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, che si propone come un "patto di solidarietà per la salute", individua l'assistenza alle persone nella fase terminale della vita tra gli obiettivi da privilegiare. Nell'ambito del quarto obiettivo - "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli" - il Piano indica l'assistenza alle persone affette da patologie evolutive irreversibili, per le quali non esistono trattamenti risolutivi. Nell'ambito del patto di solidarietà, la sanità pubblica si impegna a fornire a queste persone «un'assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psicosociale». Tra le azioni da privilegiare il Piano individua l'erogazione di assistenza farmaceutica a domicilio tramite le farmacie ospedaliere e il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica.

Occorre ricordare che la lotta contro il dolore appartiene all'intera storia della medicina. A metà del secolo XIX si è sviluppata l'anestesia con etere e cloroformio, ulteriori traguardi sono stati raggiunti con l'impiego di cocaina, morfina e loro derivati. Successivamente sono stati approntati farmaci più efficaci contro il dolore e si è provveduto a curare il sintomo come prioritario e come male in sé.

La psicoterapia, la psicoprofilassi al parto, l'agopuntura e altre tecniche sono state anch'esse utili ad eliminare la paura e l'ansia legata ad esso.

Eppure la lotta contro il dolore è gravata in Italia da molte insufficienze. Rispetto agli indicatori stabiliti dall'OMS per valutare se un paese sta di fatto attuando un'analgia efficace - consumo di farmaci oppiacei, in particolare la morfina - l'Italia occupa uno degli ultimi posti in Europa, anche a causa di norme che, introdotte a suo tempo per limitare l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti, hanno ostacolato la prescrizione e l'impiego di farmaci antalgici efficaci (in particolare gli oppioidi), fino ai sostanziali cambiamenti introdotti dalla recente legge 8 febbraio 2001, n.12, "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore".

L'attenzione sbilanciata da parte della medicina agli obiettivi della cura e della guarigione rispetto alla palliazione e all'alleviamento del dolore e delle sofferenze causate dalle patologie è un fenomeno molto diffuso a livello mondiale. Il Rapporto dello Hastings Center - Gli scopi della medicina: nuove priorità, 1997 - rileva che «l'alleviamento del dolore e della sofferenza è uno dei più antichi doveri del medico e un obiettivo tradizionale della medicina. Sennonchè in tutto il mondo la medicina contemporanea non soddisfa in modo adeguato questo suo compito. Per molti anni diversi studi hanno mostrato che i medici intendono e perseguono l'attenuazione del

dolore con gradi di efficienza molto vari. Interventi inadeguati o impropri di mitigazione del dolore sono ancora molto comuni».

2. Evoluzione dei codici deontologici

Gli orientamenti bioetici e le nuove prospettive morali della medicina hanno influenzato in larga misura il pensiero medico ispirando importanti cambiamenti nel codice deontologico della professione medica. A ciò hanno anche contribuito i pareri più volte espressi dal Comitato Nazionale per la Bioetica nei documenti pubblicati, tra i quali: Parere del CNB sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali (6 settembre 1991), Bioetica e formazione nel sistema sanitario (6 settembre 1991), Informazione e consenso all'atto medico (20 giugno 1992), Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana (14 luglio 1995).

L'evoluzione del codice in tema di terapia del dolore si è sviluppata a partire dal codice di deontologia medica approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri il 15 luglio 1989. L'art. 44, capo V, prevedeva l'obbligo per il medico, "in caso di malattie a prognosi sicuramente infausta e pervenute alla fase terminale", del rispetto della volontà del paziente, dovendo la sua opera limitarsi "all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutile sofferenza, fornendo i trattamenti appropriati e conservando per quanto possibile la qualità di una vita che si spegne".

Tale concetto veniva ripreso con maggior vigore dall'art. 14 nella edizione del codice deontologico del 24 giugno 1995: "I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza fisica o psichica del malato possono essere attuati previo accertamento delle necessità terapeutiche, al fine di procurare un concreto beneficio clinico al paziente o di alleviarne le sofferenze".

Significativi passi avanti sono stati compiuti con l'ultima edizione dell'ottobre del 1998. Il capo V dopo aver premesso che "Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte" (art.36), affronta il tema dell'assistenza al malato inguaribile: "In caso di malattia a prognosi sicuramente infausta e pervenuta alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera alla 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. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile" (art.37).

L'art. 14 vieta l'accanimento diagnostico-terapeutico, mentre l'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".

Ai sensi dell'art. 20, II° comma, "Il medico non può abbandonare il malato incurabile ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica".

In definitiva il codice deontologico italiano ha fatto una scelta irreversibile, nel rispetto della volontà del paziente, escludendo terapie sproporzionate rispetto alla necessità e tutela della dignità della persona, cui va assicurata la sedazione del dolore.

L'attuale codice deontologico della professione infermieristica si ispira ai medesimi principi con importanti cambiamenti che si registrano nell'evoluzione dei codici: mentre la versione del 1977 indicava come dovere dell'infermiere quello di aiutare il paziente a "sopportare la sofferenza", nella recente versione del codice del 1999 viene indicato come dovere quello "di attivarsi per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili" della malattia (art. 4-14), tra i quali ha un ruolo prevalente il dolore.

3. Orientamenti legislativi

In questo contesto il CNB ritiene opportuno proporre una sua raccomandazione affinché la pratica medica e infermieristica si adegui all'imperativo di dare una risposta efficace ai malati che sono afflitti da dolori, in particolare dal dolore che accompagna la fase terminale della vita.

In questo ambito, affinché la terapia del dolore diventi una realtà concreta e diffusa sono necessari orientamenti legislativi, clinici, educativi.

La legge che rende più facile la prescrizione di morfina e di altri farmaci contenenti oppioidi, in vigore dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del 6 marzo 2001, ha avuto soprattutto la funzione di abolire alcuni vincoli instaurati dalle norme precedenti (in particolare il DPR 709 del 1990, nel quale venivano accomunate le norme per l'impiego di farmaci analgici e l'azione repressiva nei confronti del mercato illegale delle sostanze d'abuso). Il disposto della legge deve essere ora reso operativo, in particolare attraverso il coinvolgimento dei medici. Come già richiedevano alcune associazioni impegnate nelle cure palliative in una lettera aperta del febbraio 1998 al Ministro della Sanità, sarebbe fortemente auspicabile, anche in mancanza di indicazioni specifiche nella recente legge, che il possesso del ricettario ministeriale divenisse comune a tutti i medici di medicina generale convenzionati.

Dal punto di vista della programmazione sanitaria, per superare le attuali lacune, si dovrà porre particolare attenzione a far entrare la terapia del dolore nei "livelli essenziali e uniformi di assistenza" (previsti dalla legge 229/1999 - riforma sanitaria ter). Si tratta delle prestazioni sanitarie che tutti hanno il diritto di ricevere, in quanto prestazioni utili, scientificamente provate e compatibili con il sistema di finanziamento in vigore. La Conferenza Stato-Regioni dovrà definire sul piano operativo tali orientamenti e aggiornarli in forma continuativa. Dal momento che dal 2001 il Servizio sanitario nazionale è sostanzialmente modificato - in quanto la delega della sanità è attribuita alle Regioni attraverso il federalismo - è possibile che si introducano inaccettabili disuguaglianze nell'erogazione delle prestazioni terapeutiche. Già oggi, purtroppo, il Servizio sanitario nazionale è caratterizzato da tali disuguaglianze sia tra aree regionali, sia tra classi sociali. È eticamente inaccettabile che si aggiungano disuguaglianze nell'accesso alla terapia del dolore, che dovrà essere assicurata a tutti gli assistiti, con caratteristica di gratuità.

4. Aspetti della terapia del dolore

Il controllo del dolore ha diversa rilevanza nelle varie situazioni cliniche. A parte

l'indicazione frequente nella fase terminale della malattia e in altre situazioni di malattie croniche, degenerative o non degenerative, è opportuno tener presente anche altre condizioni cliniche, meno estreme. Oltre al dolore che accompagna la conclusione della vita, considereremo il dolore acuto post-operatorio, il dolore da parto e il dolore in pediatria.

• **Il dolore nella fase terminale della vita**

La sofferenza alla fine della vita è psichica, sociale, spirituale, oltre che fisica; per questo il dolore è definito "totale". I dolori aumentano spesso in numero e intensità man mano che la morte si avvicina. La risposta appropriata sono le cure palliative, il cui primo obiettivo è il sollievo del dolore, che, pur non essendo né il più frequente né il più grave dei sintomi del malato terminale, è quello che sappiamo curare meglio. Purtroppo, benché disponiamo di mezzi idonei, i malati continuano spesso a sperimentare un dolore evitabile e non voluto; anzi, percepiscono se stessi come vittime di una doppia sofferenza: patiscono gli effetti del dolore sul corpo, sul sé e sulla vita sociale, e in più subiscono lo sguardo indagatore e incredulo di chi, a volte, considera quel dolore irreali, esagerato, manifestato in modo eccessivo.

Sono state analizzate almeno tre cause a spiegazione del pregiudizio e della disattenzione nei confronti di questi malati. La prima è il valore attribuito alla rassegnazione verso la sofferenza. Il procrastinare la prescrizione della terapia del dolore fino alla grave sofferenza del malato può essere dovuto non solo all'ignoranza dei principi fondamentali della terapia antalgica, ma anche all'idea di somministrare o prendere farmaci solo quando il dolore è insostenibile, il che implica che la sofferenza abbia qualche valore positivo. Tale riconoscimento non può avvenire, comunque, per decisione unilaterale del medico.

La seconda causa è la diversità della stima di molti professionisti rispetto all'intensità del dolore, in confronto a quella dichiarata dal malato. La terza causa è legata alla scarsa integrazione nel sistema sanitario di tutto ciò che cura il sintomo, pur senza curare la malattia, e all'idea che solo i risultati positivi in termini di guarigione o di controllo della malattia sono da valutare come autenticamente medici, anche dal punto di vista dell'impegno economico.

Esiste una tendenza generale, che riguarda la grande maggioranza degli ospedali, di delegare a competenze specifiche - quasi sempre gli anestesisti - la terapia del dolore. Ne discende una notevole difficoltà nell'organizzare le risposte alle richieste di terapia specifica e la progressiva deresponsabilizzazione di tutti gli altri medici, a riprova della frequente assenza di un impegno complessivo dell'organizzazione sanitaria. Quest'ultima tendenza può avere anche relazione con la scelta di atteggiamenti "difensivi" che possono essere utilizzati dai medici per evitare possibili conseguenze medico-legali causate dalla scelta di somministrare farmaci analgesici con potenziali effetti collaterali pericolosi.

I malati terminali devono potersi giovare di trattamenti analgesici ormai facilmente disponibili, efficaci e poco costosi, che hanno effetti rapidi e prevedibili. Solo nel caso di un loro fallimento si possono proporre trattamenti invasivi che bloccano il passaggio dello stimolo doloroso lungo le vie nervose mediante tecniche chirurgiche, elettriche o anestesologiche. Le obiezioni principali ai metodi invasivi sono la gravosità quando

causa ulteriori sofferenze, la sproporzione rispetto all'obiettivo da raggiungere, l'alto costo. E' altresì necessaria un'approfondita riflessione bioetica verso la richiesta di trattamenti anche quando essi non diano la risposta rapida del farmaco - come il rilassamento, il massaggio, la riabilitazione posturale - o verso altri interventi non convenzionali il cui effetto potrebbe essere percepito dai malati terminali come benefico.

La storia naturale dei tumori maligni, dell'AIDS e di molte malattie del sistema cardiovascolare, respiratorio e nervoso evolve spesso in una fase terminale. Tuttavia, una buona cura della fine della vita è possibile e la morte dolorosa è evitabile. È necessario diffondere la cultura delle cure palliative e degli hospice. Quando le prospettive di guarigione sono escluse e la vita del malato si approssima alla fine, l'obiettivo principale della medicina diventa l'assistenza globale al paziente, nel cui ambito è prioritaria la terapia del dolore.

• **Dolore post operatorio**

La terapia analgesica in fase post-operatoria rientra nel progetto "Ospedale senza dolore", il quale nasce dalla constatazione che il dolore susseguente agli interventi chirurgici spesso viene trascurato nelle strutture sanitarie.

Nella fase post-operatoria il dolore costituisce una situazione di forte disagio fisico per il paziente, anche se limitato nel tempo. La sedazione di questo dolore viene spesso elargita con eccessiva parsimonia. Inoltre è lasciata a prescrizioni generiche spesso non calate nelle singole situazioni, mentre oggi è possibile con gli infusori ottenere un ottimo controllo personalizzato del dolore.

Nonostante si stimi che il dolore possa essere abolito, o almeno ridotto ad un'intensità tollerabile, recenti dati statistici riportano che negli ospedali italiani circa il 50% dei degenti soffre per dolore non controllato.

Progetti per realizzare l'"ospedale senza dolore" sono stati elaborati in vari Paesi europei ed americani e consistono nella trasformazione graduale degli ospedali esistenti in strutture dotate di un efficace sistema di monitoraggio e terapia del dolore, piuttosto che nella creazione di ospedali ad hoc. Un progetto su scala nazionale è stato messo a punto in Francia dove, nell'ambito del piano 1998-2000 di lotta contro il dolore, il Ministro della Sanità ha diramato direttive a tutti gli ospedali perché vengano attuate precise misure per combattere il dolore (www.sante.gouv.fr/douleur/2-lutte/34_980307.htm).

Recentemente anche il Ministro della Sanità italiano ha riunito una Commissione con il compito di studiare le modalità per andare verso "l'ospedale senza dolore", che si auspica possa preludere al lancio di un simile progetto anche nel nostro Paese.

Un progetto internazionale "verso l'ospedale senza dolore" viene attualmente coordinato dall'associazione "Ensemble contre la douleur" (www.sans-douleur.ch) in diversi Paesi europei ed in Canada. In Italia, dopo le prime esperienze condotte all'ospedale di Vicenza ed in due strutture oncologiche milanesi (Istituto Nazionale dei Tumori e Istituto Oncologico Europeo), lo scorso anno un primo gruppo di ospedali di varie regioni ha iniziato l'attuazione del progetto in modo uniforme e coordinato (vedi pagina italiana in www.sans-douleur.ch).

E' da precisare che un progetto di questo tipo deve avere una durata di svolgimento piuttosto lunga, dato che si tratta di modificare atteggiamenti radicati nella pratica

medica. Deve inoltre articolarsi in varie fasi: rilevazioni statistiche, formazione degli operatori, elaborazione di protocolli di attività, verifica dei risultati.

• Il dolore nel parto

Per quanto attiene al problema del dolore nel parto, il CNB torna, per ampliarle, sulle considerazioni del precedente documento *Gravidanza e parto sotto il profilo bioetico* (aprile 1998). In quella sede il CNB aveva rilevato che, nonostante le chiarificazioni teoriche, rintracciabili anche nella dottrina della Chiesa cattolica, che hanno escluso un vincolo etico tra parto e dolore della donna, non c'è stato un adeguato riscontro nella pratica, che continua a essere lontana dalla promozione del "parto indolore". Nel documento del 1998 ci si limitava a riportare il confronto tra due linee di pensiero, senza le considerazioni di carattere medico e bioetico a esse sottostanti: da un lato ci sono coloro che ritengono la sofferenza da parto una componente inscindibile dell'evento nascita (che può essere attenuata con interventi di preparazione al parto), dall'altro coloro per i quali una vera umanizzazione della nascita non può ottenersi in presenza della sofferenza e del dolore, per cui auspicano l'impiego della moderna analgesia ostetrica attualmente penalizzata da un'insufficiente organizzazione ospedaliera.

Data la specificità del presente documento sull'analgesia del parto e vista la letteratura sull'argomento che riporta dati sempre più numerosi, si è ritenuto di ampliare le riflessioni sul tema. In realtà, la compatibilità di queste tecniche analgesiche con un parto naturale e spontaneo, l'efficacia della sedazione del dolore realizzata con anestesia epidurale, la diffusione sempre più ampia di questa modalità di partorire (70% nel Regno Unito ed in Francia contro il nostro 15-20%), la razionalizzazione delle metodiche, il grado di sicurezza che offrono per la madre e per il neonato (i rischi sono prevalentemente imputabili ad una prassi non corretta) autorizzano a considerare questo tipo di analgesia applicabile, efficace ed accettabile pur con i rischi che sono propri della medicina e delle applicazioni conseguenti, non esclusi quelli di tipo organizzativo che si auspica vengano superati.

I processi culturali in atto fra le donne sono orientati per un verso contro la medicalizzazione di un atto naturale come il parto, e, per l'altro, ad evitare, attraverso l'intervento analgesico, il dolore. La decisione di quale strada intraprendere deve essere riservata ad ogni singola donna sulla base di un'informazione corretta sui vantaggi, i rischi e le possibilità delle due soluzioni.

Il dolore del parto ha caratteristiche del tutto peculiari perché si verifica in un organismo sano, ha una sua durata, dopo di che ritorna il benessere e sopravviene la gratificazione della nascita. Di fronte alla scelta di come partorire ci sono donne che preferiscono assecondare il processo naturale del nascere nella sua completezza accettandone anche la parte dolorosa. All'interno di questa scelta, viene fatto rilevare che, se è vero che il controllo del dolore può rendere il travaglio e il parto più gestibili da parte della donna e più pensabile, esprimibile, comunicabile e condivisibile la sua esperienza, è anche vero che questo dolore può avere una connotazione altamente positiva. Si tratta infatti di una sofferenza particolare: dotata di elementi vitali, di componenti passionali, di significati culturali di lunga durata.

Essendo chiaro che esistono diverse e giustificate possibilità di scelta, per quel che attiene le modalità del parto, è raccomandabile che le gestanti, prima di scegliere le modalità con cui intendono mettere al mondo il loro bambino, siano non solo informate

ma anche debitamente sensibilizzate sulla portata delle loro opzioni, sui loro rischi e sulla loro praticabilità.

Per molte donne comunque il dolore del parto è un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie limitando le possibilità di una partecipazione più concentrata e serena all'evento, partecipazione che costituisce l'optimum da realizzare per le vie più varie.

L'analgisia (come peraltro ogni preparazione al parto), per realizzare al meglio questo fine, dovrebbe però far parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non porsi come un evento isolato, "scarsamente informato", che viene proposto in sala parto.

Con questa visione più ampia il ricorrere alla sedazione del dolore del parto non si porrebbe come alternativa al parto naturale, ma come mezzo che la medicina offre per compiere una libera scelta e per realizzare con la sedazione del dolore un maggior grado di consapevolezza e di partecipazione all'evento.

La realizzazione di tale progetto richiede una mobilitazione su vari piani.

Quello che attualmente si fa è lasciato alla buona volontà delle strutture nelle sue varie componenti: non esiste infatti, per questo tipo di assistenza alcun incentivo di natura economica né per le Aziende ospedaliere né per gli Anestesisti. I servizi come numero di personale coprono le attività essenziali, laddove sarebbe necessario per realizzare un'analgisia 24 ore su 24 un servizio di Anestesia Ostetrica a tempo pieno. Il diritto della partoriente di scegliere un'anestesia efficace dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei "livelli essenziali di assistenza".

• **Il dolore in pediatria**

La medicina del passato ha spesso ignorato o sottovalutato il dolore del neonato. Alcune pubblicazioni concernenti lo sviluppo neurologico del feto e del neonato, apparse su riviste scientifiche degli anni '40-50, concludevano che la risposta neonatale agli stimoli dolorosi non fosse di tipo corticale e che quindi non venisse percepita la sensazione dolorosa. Ancora più fondata era ritenuta l'idea che nel neonato non potesse restare traccia mnestica delle esperienze dolorose, che anzi il suo sistema adattativo era tale che l'"insensibilità" lo proteggesse dall'intensa sofferenza al momento del parto. Il risultato di tale concezione è stato, in passato, una pratica assistenziale che non prevedeva la somministrazione di analgesici in occasione di pratiche invasive, comprese quelle chirurgiche.

Studi fondamentali sul dolore neonatale hanno portato alla raccomandazione, da parte dell'American Academy of Pediatrics, che tutte le procedure invasive e dolorose sui neonati, compresi quelli pretermine, e sui bambini dovessero essere praticate dopo un'analgisia e anestesia appropriata. La documentazione di un inadeguato trattamento del dolore nei bambini ha portato alla realizzazione in altri paesi di unità operative e servizi che si dedicano specificamente alle necessità dell'età pediatrica. Questi servizi sono gestiti in modo interdisciplinare: pediatra, anestesista, infermiere e psicologo.

Nella letteratura internazionale sono emerse alcune importanti acquisizioni scientifiche che devono orientare l'assistenza: nel neonato il sistema neuroanatomico e neuroendocrino sono sufficientemente maturi per la percezione di qualsiasi stimolo

doloroso; l'esposizione a sensazioni dolorose intense può favorire l'incremento di morbosità neonatale; i bambini che hanno avuto esperienze di dolore nel periodo neonatale reagirebbero in maniera più stressante a eventi dolorosi nelle età successive; è necessario addestrarsi a saper cogliere e valutare i comportamenti derivanti dalla sensazione di dolore nel neonato; l'assenza di risposte evidenti agli stimoli dolorosi (compresi il pianto e l'agitazione) non indica necessariamente l'assenza di percezione del dolore. E' ormai accertato che un'analgesia incompleta può causare effetti negativi sul comportamento a lungo termine. Inoltre risulta che interventi confortevoli nei confronti di neonati pretermine nelle unità di terapia intensiva riducono lo stress e favoriscono un migliore esito clinico.

La conoscenza dei comportamenti e dei cambiamenti fisiologici del bimbo correlati con il dolore è anche essenziale perché si possa riconoscerlo. L'approccio generale al controllo del dolore nel bambino dovrebbe comportare: 1) sapere che il neonato prova dolore (ciò che fa male ad un adulto fa male al neonato); 2) prestare attenzione a comportamenti che possono essere segno di disagio; 3) minimizzare gli stimoli nocivi (procedure dolorose, manovre); 4) usare anestesia locale per procedure, come drenaggi toracici, puntura lombare, aspirato midollare.

5. Orientamenti formativi

Il cambiamento di cultura riguardo al controllo del dolore richiede interventi tanto sul versante degli operatori sanitari, quanto sull'insieme della popolazione. I sanitari sono tenuti ad acquisire e a tener conto del punto di vista del paziente - i suoi valori, le sue preferenze, la sua concezione della vita e della salute - nelle decisioni cliniche. La quantità dell'impegno antalgico, considerata in rapporto con le limitazioni che può comportare per la coscienza e per la stessa durata della vita, va valutata alla luce dell'idea di "qualità della vita" che ogni persona ha il diritto di formulare per sé. Favorire la consapevolezza e la responsabilità nei confronti della richiesta della terapia del dolore costituisce una dimensione essenziale nella promozione dei diritti umani, anche in condizioni di malattia e di bisogno. La terapia del dolore, in altre parole, fa parte integrante di ciò che una persona può e deve aspettarsi dalla medicina e dai servizi sanitari.

In questa prospettiva, il diritto ad avere una terapia antalgica efficace è solo un elemento di una strategia più ampia, che è necessario promuovere. Dare voce al dolore, facendone oggetto di comunicazione nel contesto del rapporto clinico, è una fondamentale strategia antalgica. Anche le spiegazioni religiose e mitiche del dolore, che tutte le culture hanno elaborato, e gli esempi su cui modellare il proprio comportamento col dolore possono completare l'azione dei farmaci. La risposta medica al dolore si integra con quella culturale, di cui costituisce una parte.