



CIRCOLO CULTURALE TAVOLA DI SMERALDO

Con il PATROCINIO di



Comune di Volpiano (TO)



Comune di S. Benigno C.se (TO)

ATTI DEL CONVEGNO



RIFLESSIONI SUL DOLORE E LA SOFFERENZA

Sabato 31 ottobre 2009

Presidente Onorario

Silvana Appiano

Coordinatori

Sandy Furlini, Paolo Cavalla, Claudio Blengini

Comitato Scientifico

Giovanni Bersano, Oscar Bertetto, Roberta Bottaretto, Anna De Luca, Katia Somà

Comitato organizzatore locale

Marcella Vargiu, Paolo Bodoni, Marino Bresso, Marcella Cavallo, Renato Delsedime, Stefano Ricciardelli, Gianni Veropalumbo.

L'evento, che oggi vivrete con noi, è il frutto di un faticoso lavoro fatto da persone che hanno creduto fin dall'inizio a questo progetto. Condividere informazione e scienza, difficoltà e dubbi tra professionisti, sanitari e cittadini è stato l'obiettivo che ci ha spinto ad operare insieme.

Quello che vedrete e sentirete con le orecchie ma anche con il palato e con gli occhi è frutto unicamente del lavoro e del contributo delle Associazioni, dei commercianti e dei singoli cittadini. La manifestazione non ha avuto sponsorizzazioni di alcun tipo da parte di aziende farmaceutiche.

SI RINGRAZIA PER LA PREZIOSA COLLABORAZIONE SENZA LA QUALE QUESTO EVENTO NON SAREBBE STATO POSSIBILE:

Associazione Turistica Pro Loco di Volpiano per la preparazione del pranzo

Associazione Gruppo Amici del Passato di Volpiano per la mostra "Il Piemonte dei Savoia", la stampa del materiale informativo e l'allestimento della sala

Centro Incontri Riboldi di Volpiano per la preparazione del break del mattino

Associazione Gruppo Donne di Volpiano per la diffusione dell'evento e l'allestimento della sala

Unitrè di Volpiano per la diffusione dell'evento e l'allestimento della sala

Associazione Nazionale Carabinieri Sez. Gen. C.A. Dalla Chiesa per la gestione della sicurezza durante la manifestazione

AVIS Sezione di Volpiano per la loro presenza con l'Emoteca

Croce Bianca di Volpiano per la loro presenza durante la manifestazione

G.A.T. (Gruppo Archeologico Torinese) per l'allestimento della Mostra "Torino Quadrata"

Aldo Cavallero e Renata Peres per l'allestimento della mostra "Pennello, Scalpello, Magia e Alchimia"

Comune di San Benigno per il patrocinio ed il supporto logistico

Comune di Volpiano per il contributo attivo nella realizzazione dell'evento e la stampa del libro di poesie, frutto della partecipazione al Premio Letterario "Enrico Furlini" Ed .2009

CCI (Centro Congressi Internazionale) per il supporto logistico

Ing. Culla Stefano per il supporto informatico

LA REALIZZAZIONE DELL'EVENTO È STATA POSSIBILE GRAZIE AL CONTRIBUTO DI:

Fondazione CRT

Macelleria Fontana di Fontana Attilio Via Roma 1 Volpiano (TO)

Salumeria Gagliardi Valentino Via Umberto I 25 Volpiano (TO)

Panetteria-Pasticceria Cavallo - Davico P.zza madonna delle Grazie 25 Volpiano (TO)

Fiori e piante Butterfly P.zza Madonna delle Grazie 18 Volpiano (TO)

Coop Servizio Consumatori sede Leini (TO)

Nuova Incart di Bordino Alberto Via Meana 43 Volpiano (TO)

Lauretana

Consorzio Acqua-Nuova

Tutti i privati cittadini che ci hanno prestato le piante ornamentali per l'allestimento della sala

PRESENTAZIONE DEL CONVEGNO A CURA DI:

Dr. Paolo Cavalla

Medico di Medicina Generale, Vice Presidente circolo Culturale Tavola di Smeraldo, San Benigno C.se (TO)
Gettando uno sguardo ai quindici anni di professione medica che ormai ho alla spalle, poche sono le certezze che affiorano nella mia mente, ma tra queste una emerge prepotentemente: la paura del dolore. Se per ipotesi volessimo chiedere alla gente cosa desiderasse dalla vita, alcuni risponderebbero fortuna, altri successo, oppure denaro in quantità; magari i più accorti sottolineerebbero l'importanza della salute o di una vita felice. Ma quando si chiedesse cosa *non vorrebbero*, quasi tutti si auspicherebbero di *non voler provare dolore*. Nonostante ciò, in ambito medico-scientifico, fino a non molto tempo fa, il trattamento del dolore ha spesso rappresentato la cenerentola delle discipline cliniche, relegato al ruolo di comprimario nei confronti di branche forse maggiormente appaganti da un punto di vista professionale. L'evoluzione scientifica ha poi messo a disposizione attrezzature e metodi terapeutici sempre più raffinati che, se da una parte hanno finalmente reso possibile il trattamento di un numero sempre maggiore di patologie una volta incurabili, ha contribuito ad allontanare sempre più il medico/tecnico dal paziente/oggetto di cura, rendendo ancora più difficile la presa in carico da parte del personale sanitario di problematiche squisitamente soggettive come il dolore. Questa barriera è meno evidente nel caso della figura professionale del medico di base che, soprattutto in ambito rurale, risulta profondamente inserito nel tessuto sociale di un territorio. Per questi motivi abbiamo voluto dare importanza ad un argomento così scomodo e forse per alcuni professionalmente meno gratificante come il trattamento del dolore, tanto da dedicargli un convegno destinato in parte alla popolazione ed in parte specifico per la formazione e l'aggiornamento di medici ed infermieri.

Nelle nostre intenzioni sarà fondamentale orientare il dibattito verso la giustificazione scientifica del trattamento del dolore come una qualsiasi altra emergenza medica, impiegando i farmaci adeguati e rispondendo alle esigenze psicologiche di pazienti e famigliari. Nello specifico si tratterà approfonditamente della necessità di ricorrere a farmaci di tipo oppioide nei casi in cui il tipo di dolore ne richieda l'impiego. A questo proposito si tenterà ancora una volta di sensibilizzare la popolazione sulla sicurezza degli oppioidi e a spronare il personale sanitario a farne uso. E' infatti ormai assodato sulla base dell'esperienza clinica e di approfonditi studi clinici che questi farmaci, a differenza di quanto a torto si crede, sono gravati da rari effetti secondari a fronte di grandi potenzialità terapeutiche, tanto che sono oggi impiegati con successo anche nel trattamento di numerose sindromi dolorose di tipo benigno, dalla lombalgia alla colica renale, dalla periartrite all'infarto. La diffidenza con cui, soprattutto nel nostro Paese, essi sono stati considerati ha altresì determinato un eccessivo impiego di altre categorie di farmaci erroneamente etichettati come innocui, e faccio un esempio per tutti, i FANS, spesso responsabili in coloro che ne fanno un uso continuativo, di gravi insufficienze renali o scompensi cardiaci.

La partecipazione entusiasta e motivata dei numerosi ed importanti relatori che ci accompagneranno lungo il corso della giornata toccando i diversi aspetti del dolore, da quello clinico a quello psicologico, a quello umano, ci fa sperare in un costruttivo momento di riflessione capace di creare i presupposti per una maggiore considerazione del fatto che il dolore rappresenta per l'uomo, assieme alla morte, la paura per antonomasia.

Dr. Claudio Blengini

Medico di Medicina generale, Membro della Commissione ministeriale terapia del dolore e cure palliative.
Dogliani (CN)

Perché un congresso dal titolo "Riflessioni sul dolore e la sofferenza"? Se ne sentiva il bisogno? Ce n'era la necessità? La risposta è indiscutibilmente e senza dubbi un sì pieno e convinto. Perché al di là delle tante iniziative che questa Regione ha fatto nella lotta al dolore inutile o evitabile continua rilevarsi e ad essere presente, qui come altrove, uno scollamento significativo e inaccettabile tra quello che si è ipotizzato di fare e quello che invece avviene normalmente nelle corsie di ospedale e sul territorio. Un congresso su questi temi quindi, con scadenza annuale o biennale a seconda dell'esigenza e della necessità che se ne sentirà, magari itinerante, nelle intenzioni degli organizzatori potrebbe e dovrebbe diventare un'officina pratica e concreta dove

confrontare idee, progetti, ma soprattutto dove si possano vagliare le soluzioni poste concretamente in campo dalle varie realtà locali al fine di definire insieme un modello concreto e non calato dall'alto di come affrontare nella nostra regione il problema del dolore e della sofferenza. Un progetto ambizioso quello che vede la luce per la prima volta Volpiano a fine ottobre di questo anno, che se avrà una vasta partecipazione di operatori e un dibattito franco e proficuo con i cittadini, i malati e le varie componenti della sanità del nostro territorio sarà un indizio significativo della volontà di voler iniziare a fare qualcosa di concreto per i malati, dando un chiaro segnale di cambiamento. Affrontare dolore e sofferenza vuol dire fare sistema, vuol dire creare una rete reale tra tutti gli operatori della sanità e dell'assistenza per disegnare modelli e percorsi condivisi e realizzabili al fine di massimizzare l'efficacia dell'intervento e ridurre al minimo le criticità. Il problema è come sempre di passare dalla teoria alla pratica, per disegnare un sistema e un progetto non tanto o non solo ambizioso ma concreto, realizzabile e soprattutto fruibile facilmente e in tempi brevi. C'è la necessità per ciascuno di ascoltare gli altri e di dialogare con tutti per creare il miglior sistema di cure possibili. Molto spesso mi è capitato di assistere a grandi pronunciamenti che non sono poi sfociati in iniziative altrettanto significative, a lotte di potere e di supremazia dimenticando invece i malati, il loro dolore, la loro sofferenza. Ancora ieri una collega di un'altra regione mi scriveva con amarezza: *"Sono stata al tavolo sul dolore cronico, davvero una delusione, sono l'unica rappresentante dei MMG rispetto a sei primari di anestesia e tre palliativisti che si litigavano la priorità di trattare il dolore. Noi la cenerentola della situazione. Pur avendo alzato la mano più volte, non mi è stata data la parola (ero un pò intimidita e non ho protestato) perchè la discussione è stata monopolizzata da questi "potenti". Comincio a capire l'ambiente e dove stanno i problemi. Chiedo un confronto su questo tema e su come muoverci per non essere travolti da questa politica di accaparramento del dolore: nessuno ha mai nominato i bisogni dei pazienti"*. Solo se tutti gli attori della gestione della sofferenza avranno la capacità di fare un passo indietro rispetto al desiderio di primogenitura e di autoreferenzialità nei confronti del dolore e un passo avanti nella direzione del dialogo e della collaborazione concreta sul campo si potrà davvero fare un salto di qualità nella lotta al dolore nell'interesse dei malati. Creare nella nostra Regione una rete per il trattamento del dolore come già è stato fatto per la terapia palliativa è un passo indispensabile per fornire l'ossatura essenziale al progetto. Ma non basta creare sulla carta, o definire tavoli di lavoro ristretti dove si elaborano progetti senza il confronto con i diversi attori della sanità: non solo anestesisti o algologi, ma anche e soprattutto MMG farmacisti e infermieri. Ci vorrà soprattutto una circolarità di informazioni e di confronti serrati, anche aspri se necessario, per definire una modalità di lavoro interattivo comune da tutti condivisa. Ciascuno dovrà mettere a disposizione degli altri la propria professionalità e le proprie competenze in un felice e proficuo processo di osmosi di abilità tecniche e di esperienza.

Ci auguriamo che questa sia la volta buona. La recente semplificazione della modalità prescrittiva degli oppiacei che diventerà operativa mentre sto scrivendo e di cui potremo discutere al congresso sarà un ulteriore strumento utile nella battaglia per vincere o almeno controllare il dolore superfluo.

Eliminato anche l'ultimo alibi per non prescrivere gli oppiacei nel dolore severo per tutti quelli che si trinceravano la fragile scusante della complessità prescrittiva o delle possibili sanzioni il re è nudo e non sarà più possibile negare oltre la prescrizione di terapie indispensabili. Chi continuerà a sottrarsi alle proprie responsabilità prescrittive e di cura, ancora più di prima, d'ora in poi dovrà risponderne non solo sul piano umano, ma su quello etico, professionale e anche legale.

Dott.ssa Silvana Appiano

Coordinatore Rete Oncologica Piemonte. Presidente onorario

"Nessuno dei mortali trascorrerà mai la vita incolume del tutto dal dolore, paga sempre alla vita ciascuno il suo prezzo". Eschilo. Da sempre l'umanità ha cercato di superare la sofferenza e di dare una spiegazione alla morte appoggiandosi al pensiero filosofico ed alla religione ed esorcizzando la paura attraverso i riti, le preghiere, gli atti propiziatori. Nella storia della filosofia occidentale ne troviamo traccia in Pascal, Kierkegaard, Schopenhauer e soprattutto in Leibniz che, nell'affrontare il problema del dolore, distingueva tra male fisico, male psichico e male metafisico. Oggi, nella nostra società dominata dall'azione tecnologica, gli ambiti sono sempre più divisi, in

una sorta di schizofrenia in cui si agisce al di fuori ed al di sopra della salvaguardia dell'individuo nel suo complesso e del rispetto della sua qualità di vita.

Anche le dottrine religiose (o per meglio dire le concezioni religiose nel campo della bioetica), trattano del dolore, ma con impostazioni diverse e si affiancano alla scienza medica con approcci assai differenziati.

Poiché nel trattare questi argomenti non si può prescindere da considerazioni di tipo etico, religioso e culturale, ho pensato di sintetizzare alcune riflessioni proprie del nostro mondo occidentale, confrontandole con la religione e la filosofia islamica e con quella buddista.

Non possiamo più permetterci di considerare solo più il nostro punto di vista europeo ed occidentale: la società è e sarà sempre di più multi etnica e ci solleciterà al confronto ed al rispetto reciproco di conoscenze, religiosità e culture diverse.

La presenza di persone provenienti da altri Paesi, introduce elementi di "altri modi di vita", di altre sensibilità che non è più possibile ignorare.

La mancanza di equilibrio, di riconoscimento dei valori fondanti del convivere civile, la paura di "essere invasi", determinano comportamenti aggressivi, intolleranti, violenti che respingono i "diversi da noi" e tutto quanto li rappresenta (compresa la religione, l'etica, le regole del vivere).

La strada per un riconoscimento ed una positiva comunicazione tra etiche e culture diverse, è ancora lunga, difficilissima ma è l'unica possibile.

Quindi, partendo dal titolo di questo convegno, considerando che il "dolore" è stato trattato in tutte le concezioni filosofiche, etiche e religiose, l'ho voluto considerare come un elemento di unione.

Nella mia modesta conoscenza e nello spazio di una introduzione, ho voluto solo segnalare alcuni aspetti dell'approccio al "dolore" espressi dalla nostra cultura e dalla filosofia islamica e buddista.

Pochi elementi, alcune suggestioni che forse ci aiuteranno a percorrere ulteriori passi nella direzione della conoscenza e del rispetto reciproci.

In Occidente la cultura prevalente si basa sulla materialità della vita e sugli aspetti tecnico-scientifici della medicina, considerata salvifica per ogni tipo di male. Non si accetta l'ineluttabilità della morte e si segue la spirale inarrestabile delle nuove scoperte e delle promesse che la spettacolarizzazione mediatica della medicina, ci presenta quotidianamente.

Del dolore e dei diversi aspetti che lo caratterizzano, comunque, da sempre se ne sono occupati i filosofi, gli studiosi in genere, gli scienziati e soprattutto le diverse "Chiese" Cristiane.

Tutti riconoscono che esistono tanti dolori di natura fisica e di natura psichica e morale che difficilmente si possono separare. Giovanni Paolo II, nella "Lettera Apostolica Salvifici Doloris", parla di "dolore di natura spirituale e non solo della dimensione psichica del dolore che accompagna sia la sofferenza morale, sia quella fisica". La medicina occidentale però non entra nel merito di queste diversità e tende a semplificare le molteplici differenziazioni del dolore, considerandolo un sintomo da "curare".

Il concetto di dolore è, quindi, molto ampio e dovrebbe essere trattato anche dalla scienza medica, nella sua globalità.

Salvatore Natoli affronta il tema del dolore da un punto di vista filosofico, interrogandosi sul suo significato e differenziando l'aspetto universale, "il danno" e l'aspetto soggettivo, "il senso". Poiché il dolore fa sperimentare il limite e l'inesplicabile, per non paralizzarsi e precipitare nel baratro dell'assurdo, il sofferente ha bisogno di un "tu" a cui rivolgersi e domandare ragione; ha necessità di collocarsi in uno scenario sociale e culturale, all'interno del quale cercare significati ad un evento altrimenti opaco e muto. In tal modo si richiamano le responsabilità ed i compiti della società, degli individui e della scienza, nell'affrontare l'esperienza del dolore.

Si può, comunque trovare un aspetto positivo nell'esperienza del dolore, in quanto stimola a cercare altre vie, ad individuare possibilità diverse. Sempre secondo Natoli, bisogna stare, però, attenti a non fermarsi ad un'interpretazione consolatoria del dolore.

Per prima cosa il dolore "devasta" e solo in seguito può essere ricondotto ad esperienza positiva se si è capaci, superandolo, di sperimentare legami. Il dolore, infatti rende difficili i rapporti sociali. Abbiamo terribilmente bisogno di contatti, perchè si resta legati alla vita oltre il dolore, in quanto la vita è "legame". Chi soffre sopporta meglio il proprio dolore se ha la certezza di rappresentare un senso per gli altri. Il senso della vita e della morte si uniscono inscindibilmente nel dolore e chi soffre pone la domanda di "senso" e vuole una risposta. L'esperienza del soffrire ci riporta all'etica intesa come appartenenza e condivisione.

La lacerazione e la distruzione provocati dal dolore e dalla morte, possono essere ridimensionati, attraverso i legami e la condivisione dell'esperienza: il danno è accolto e ridotto nel senso.

Oggi l'etica, e più specificatamente la bioetica, si occupa dei problemi della vita, della morte, della sofferenza, del dolore, dell'identità antropologica dell'uomo. Di conseguenza tali discipline non possono assumere criteri individuali, bensì devono ancorarsi a criteri universali che trascendano le specificità culturali e geografiche.

Infatti uno dei compiti più importanti della bioetica è quello di considerare l'uomo nella sua inscindibile unità. Il pluralismo etico deve basarsi sulla rivalutazione dell'alleanza tra esseri viventi che mette in primo piano la relazione umana.

Riflettere sul dolore rispettando tali principi ci pone nella condizione di comprendere e in alcuni casi condividere, le basi su cui poggiano le diverse culture e religioni presenti oggi nel nostro paese. Il pluralismo etico ci aiuterà a trovare un sentiero comune per esplorare i luoghi e condividere le esperienze del dolore, pur nel rispetto delle reciproche diversità.

Anche il pensiero islamico è attento allo sviluppo della scienza medica che solleva interrogativi etici di difficile soluzione. Il problema della sofferenza non è affrontato solo attraverso la ricerca della causa, ma cercando di unire il fisico, la psiche, il cuore: l'individuo è unità di anima e corpo, spirito e materia. I "dotti" musulmani nella cura del dolore e delle malattie, svolgevano interventi a tutela di entrambe le sfere (spirituale e materiale).

In seguito la concezione unitaria dell'essere umano è diventata l'idea centrale dell'antropologia medica islamica. Di conseguenza la malattia e le forme di sofferenza che l'accompagnano, ma anche la salute, vedono collegate le sfere fisico-biologica e quella psicologica-spirituale.

Oggi i compiti del medico musulmano sono chiari: deve agire su tutti gli aspetti della persona cercando di offrire sostegno per alleviare il dolore fisico e la sofferenza psicologica. Deve intraprendere tutte le azioni che possano portare al miglioramento della qualità della vita, ma viene considerato "illecito" il prolungare artificialmente lo stato vegetativo di un malato privo di coscienza. L'accanimento fine a sé stesso è ritenuto un atto che lede la dignità umana e la volontà divina.

Qualora l'uso dei farmaci analgesici determini l'accelerazione della morte, si evidenzia che l'elemento determinante, nella concezione islamica, risulta essere "l'intenzione del medico". Se il medico ha agito secondo i principi etici della sua professione, nel rispetto della qualità della vita del malato e solo per aiutarlo nella sofferenza, non dovrebbe essere perseguito né civilmente, né penalmente.

Non c'è una totale omogeneità di opinioni: alcuni "dotti islamici" si sono pronunciati in favore dell'attuazione di ogni possibile sforzo per la sopravvivenza del malato, mentre altri, per evitare interventi inutili, invasivi e dolorosi nelle fasi terminali della vita del paziente, li definiscono "misure non necessarie, inefficaci e non appropriate".

Solo un piccolo accenno ad una filosofia che forse pochi conoscono e che meno si affaccia alla ribalta del nostro mondo occidentale: la visione spirituale buddhista, vista come concezione di vita. La dimensione profondamente etica del Buddhismo non è spiegabile in poche righe, ma l'individuazione anche solo di alcuni elementi essenziali, può aiutare a capire le posizioni assunte sui temi della bioetica nello specifico contesto della lotta al dolore. Si può partire dalla considerazione che Buddha, nell'arco della sua vita, insegnò una cosa sola: come riconoscere la sofferenza per superarla. Il dolore è patrimonio di tutti e di ciascuno, investe ogni realtà: umana, animale, vegetale. La verità fondamentale su cui si basa il Buddhismo è che la vita "è dolore", ogni "cosa soffre".

Quando un individuo soffre, non si presenta come buddista, musulmano o cristiano; soffre come essere umano. L'esistenza umana assume valore quando inizia il cammino che consente all'uomo di disfarsi della sua condizione di dolore e di sofferenza e di raggiungere la libertà interiore e la felicità.

La via buddhista conduce alla ricerca della lucidità ed alla responsabilità individuale attraverso il superamento delle percezioni immediate dei sensi e facendosi aiutare dallo spirito. L'essere umano è molto di più di una semplice entità biologica, esiste nella sua totalità fisica e mentale, attraverso l'eredità degli atti precedenti: è un "continuum" della coscienza che possiede il proprio programma, che prende forma nella cellula che si divide. L'individuo però ha possibilità di scelta: benché influenzato dal passato può intervenire e modificare il suo futuro.

L'etica medica buddista discende da questi principi fondamentali della rinascita, della santità suprema della vita (di tutte le forme di vita), della libertà interiore (che deriva dal superamento della condizione di sofferenza), della compassione verso gli altri.

Di conseguenza si dovranno evitare tutti quegli atti che possono aggredire la persona e causarle ulteriore sofferenza (no quindi all'accanimento terapeutico) e si dovranno attuare tutte le azioni possibili per la riduzione ed il controllo della sofferenza fisica e psicologica.

Da questi pochi accenni verso contesti diversi, si deduce che le problematiche del dolore, della cura, della qualità della vita investono le sfere della bioetica all'interno di culture e di religioni diverse. Esse presentano intenti e comportamenti non sempre dissimili.

RELAZIONI DEL CONVEGNO

“Il Dolore Superfluo”

Prof. Domenico GIOFFRE' - Direttore del Centro regionale toscano “Contro il dolore inutile” del Tribunale per i diritti del malato, Pisa.

Il dolore non è un prezzo da pagare sempre e comunque alla malattia.

Il pregiudizio che il dolore sia inevitabile perché connesso alla malattia, l'associazione della morfina per uso terapeutico con le sostanze stupefacenti che inducono assuefazione, le difficoltà burocratiche nella prescrizione dei farmaci oppioidi, l'accettazione rassegnata alla sofferenza fisica, hanno impedito di concepire la terapia del dolore come un obbligo terapeutico e un preciso dovere di cura.

Un quarto della popolazione italiana soffre di dolore cronico, in media, da 7,7 anni; nelle aree chirurgiche, si stima una sofferenza intorno al 60% dei ricoverati; nei Pronti Soccorsi, i pazienti traumatizzati soffrono dolori lancinanti durante le manovre di riduzione delle fratture; nei malati all'ultimo stadio, frequentemente, la terapia analgesica è inadeguata; nei malati cronici senza prevedibile guarigione non c'è impiego di analgesici efficaci; negli accertamenti diagnostici invasivi, quando sarebbe agevolmente attuabile, non viene praticata alcuna riduzione dell'ansia e del dolore, ecc. ecc.

Il dolore, *“un'affezione dell'anima che allontana dallo stato di natura”* come affermava Aristotele, non è solo una dimensione biologica e medico-sanitaria ma anche un'esperienza soggettiva legata all'individualità, alla cultura, al vissuto ed alla storia personale di ciascuno. Se le implicazioni sono tante e di così varia natura è doveroso interrogarsi sul senso del dolore e della sofferenza, sua componente emozionale, sui linguaggi con cui si esprime e sulle sue molteplici rappresentazioni.

Oppioidi e dolore non oncologico

Dr. Giovanni Bersano – Oncologo, Terapista del dolore, Direttore Medico Hospice ASLTO4 Ivrea (TO)

Le statistiche ci dicono che in Europa 1 persona su 5, e in Italia 1 su 4, soffre di dolore cronico di differente eziologia e, mediamente, ne soffre da oltre 7 anni. Ogni anno ciascun paziente perde almeno 15 giorni lavorativi a causa del dolore per un totale di 200 milioni di giornate lavorative.

Usare gli Oppioidi nel dolore non oncologico è sicuramente una grande sfida. Chi, come me, si occupa e si batte per far sì che gli Oppioidi vengano opportunamente e appropriatamente impiegati nella terapia del cosiddetto Dolore Cronico Maligno, cioè nei pazienti con cancro, sa bene quanta fatica e quanti sforzi occorrono per ottenere un cambiamento di mentalità nella società, nei pazienti e negli operatori sanitari. Sono quindi immaginabili le resistenze all'impiego di questi farmaci in caso di malattie sostenute da cause per le quali la prognosi, almeno “quoad vitam”, è incerta e comunque di difficile definizione pur essendo malattie fortemente invalidanti.

Ricordo quanto detto dal filosofo Ludwig Wittgenstein: “...Quando la vita diventa difficile da sopportare, si pensa a un mutamento della situazione. Ma il mutamento più importante ed efficace, quello del proprio comportamento, non ci viene neppure in mente e con difficoltà possiamo decidere di affrontarlo...”

Questo cambiamento, tornando al nostro tema, ci pare ancora più difficile da attuare se oltre alla prognosi consideriamo di dover affrontare i pregiudizi sociali collegati agli oppioidi e soprattutto la necessità, per gli operatori sanitari e per i pazienti, di gestire gli effetti collaterali e la loro ricaduta sulle normali funzioni della vita quotidiana e sulla qualità di questa vita quotidiana.

Occorre dunque competenza tecnica e competenza umana consci di quanto Atul Gawande ha ricordato nell'introduzione del suo libro CON CURA: “Si entra nella professione convinti che sia tutta una questione di acume diagnostico, di bravura tecnica e di una qualche capacità di simpatizzare con la gente. Ma non è così e lo scopre presto....Bisogna vedersela con i sistemi, le risorse, le circostanze, le persone e anche con i nostri limiti”.

Sono certo che questa sessione, nella cornice ampia di temi e suggestioni del Convegno, possa realizzare una piccola operazione di sano riduzionismo sull'uso degli oppioidi nel dolore cronico non oncologico cioè, parafrasando il Manzoni, renderci forti di idee lodevolmente poche quanto lodevolmente chiare, convenendo, al contempo, con Patch Adams quando affermava che la cura del male può fallire, ma curando l'uomo qualcosa si costruisce comunque.

Oppioidi come farmaci: effetti collaterali paure reali o immaginarie?

A cura del Circolo Culturale Tavola di Smeraldo (Dr. Paolo Cavalla)

Il dolore rappresenta il più comune segnale di alterazione dell'omeostasi: esso ci informa del pericolo per l'integrità del nostro organismo conseguente ad agenti lesivi o a noxae patogene e si manifesta in risposta a questi stimoli come meccanismo di difesa. Il dolore non facilmente è misurabile nella sua entità, date le diverse modalità di espressione nei singoli individui. Non è neppure facile correlarlo con sicurezza con la gravità della patologia di cui esso è un sintomo. Però è valutabile nella sua qualità, cioè nel modo in cui esso si manifesta e può venire variamente descritto. Per migliaia di anni gli oppioidi sono stati i farmaci di elezione per il trattamento degli stati dolorosi, qualunque fosse la loro origine, e per molti versi restano tali anche oggi. Nel 1680, il medico inglese Sydenham scrisse: “Tra i rimedi che Dio Onnipotente ha dato all'uomo per alleviare le sue sofferenze, nulla è così universale ed efficace come l'oppio”. Il termine oppioidi si riferisce in senso ampio a tutti i composti correlati all'oppio, sia naturali che di sintesi, ed il loro capostipite è rappresentato dalla *morfinina*, che venne isolata come sostanza pura per la prima volta nella storia da Serturmer nel 1806. Il suo nome deriva da Morfeo, il dio greco del sogno. Seguì rapidamente la scoperta di altri alcaloidi dell'oppio: la *codeina*, scoperta da Robiquet nel 1842, e la *papaverina*, scoperta da Merk nel 1848. Durante il XIX ed il XX secolo poi si aggiunsero molecole di produzione semisintetica, come l'*eroina*, o sintetica, come il *tramadolo*, che condividevano gli stessi meccanismi d'azione degli oppioidi naturali. Gli oppioidi agiscono mimando l'azione di alcune molecole prodotte dal nostro organismo, chiamate *peptidi oppioidi endogeni* o *endorfine*. Molto si sa ormai a proposito della biologia di base del sistema degli oppioidi endogeni, della sua complessità molecolare e biochimica, della sua distribuzione anatomica. Le diverse funzioni di questo sistema comprendono, oltre al ben noto ruolo sensoriale determinante nell'inibizione delle risposte a stimoli dolorosi, il ruolo modulatore sulle funzioni gastrointestinali, endocrine ed autonome, il ruolo emozionale evidente nelle potenti proprietà di gratificazione e dipendenza degli oppioidi e il ruolo cognitivo nella modulazione dell'apprendimento e della memoria. Il sistema oppioide endogeno è molto complesso e sofisticato nella modulazione delle risposte biologiche, e basa la sua attività farmacologica sull'interazione delle molecole degli oppioidi con quattro fondamentali tipi di recettori, tre indicati con le lettere greche μ , κ , δ e inoltre il N/OFQ. Non va poi dimenticato che esistono molecole, ovviamente di sintesi, che agiscono come antagonisti dei farmaci oppioidi: queste mimano la struttura chimica delle endorfine, ma, una volta occupato il recettore, lo bloccano più o meno reversibilmente, determinandone l'inattivazione biologica. Il loro capostipite è il *naloxone*.

Come facilmente deducibile da questa stringata introduzione, le conoscenze delle quali attualmente possiamo avvalerci sul meccanismo d'azione farmacologico, sull'efficacia terapeutica

e sulla sicurezza di impiego dei farmaci oppioidi sono grandemente comprovate. Nonostante ciò gli ostacoli ad un corretto trattamento del dolore cronico con farmaci oppioidi sono stati recentemente analizzati dal Ministero della Sanità in collaborazione con il Comitato Nazionale "Gigi Ghiotti" ("Approccio globale al dolore cronico", maggio 2002) e definiti come "barriere dovute al paziente, ai professionisti ed alle istituzioni." In pratica, chiunque si occupi di terapia del dolore deve spesso confrontarsi prima di tutto con ostacoli culturali relativi alla teorica ed empirica riaffermazione di falsi miti concernenti la terapia con oppioidi e la confusione terminologica e concettuale fra tolleranza, dipendenza fisica e dipendenza psicologica.

A discapito dell'estrazione culturale, tra i falsi miti sono in Italia largamente radicate due convinzioni profondamente errate:

1. Gli oppioidi devono venire utilizzati solo in fase terminale perché abbreviano la vita e danno dipendenza;
2. Gli oppioidi vanno usati con diffidenza perché danno depressione respiratoria e quindi sono molto pericolosi.

Rimandando agli sviluppi successivi di questa esposizione la profonda inesattezza della convinzione, peraltro molto diffusa, che i farmaci oppioidi conducano inesorabilmente verso la dipendenza, mi soffermerei prima di tutto a smontare la convinzione secondo la quale questi farmaci siano responsabili di gravi effetti collaterali e conducano inesorabilmente ad una riduzione delle aspettative di vita. I recettori oppioidi sono distribuiti in diverse aree cerebrali, nel midollo spinale e nelle reti nervose del tratto gastroenterico e della vescica. E' quindi evidente che la somministrazione di morfina e dei suoi derivati produce effetti su diversi sistemi. Nonostante l'azione predominante a livello centrale sia quella farmacologica antalgica, è ormai dimostrato che gli oppioidi agiscano in senso inibitorio anche sui centri respiratori bulbari, riducendo il numero di atti respiratori e la risposta alla concentrazione plasmatica di anidride carbonica. Di contro è altresì ben documentato come la depressione respiratoria clinicamente rilevabile sia un evento raro in corso di terapia protratta, perché il fenomeno va incontro a tolleranza al pari dell'analgesia. Potrebbe rappresentare un rischio reale quando il dolore venisse improvvisamente soppresso, soprattutto se il paziente stia già assumendo farmaci adiuvanti caratterizzati da effetti sedativi importanti. Un'ulteriore condizione predisponente l'insufficienza respiratoria è rappresentata da gravi patologie respiratorie croniche concomitanti determinanti una sindrome ostruttiva con riserva respiratoria molto limitata. Sono queste situazioni comunque rare che, peraltro, nel corso della personalizzazione dei regimi terapeutici, vengono tenute ben presenti dal personale sanitario e si è dimostrato determinino una bassa incidenza di complicanze. La possibilità di impiegare il *naloxone* come antidoto, riduce ad un numero veramente limitato gli esiti infausti determinati dall'insufficienza respiratoria, che restano di quasi totale appannaggio dei soggetti che fanno un utilizzo voluttuario degli oppioidi. Stipsi e sedazione rappresentano i problemi clinicamente più rilevanti in corso di impiego terapeutico degli oppioidi. La stipsi, determinata dal rallentamento della peristalsi intestinale e dall'aumentato assorbimento di liquidi, è sicuramente il sintomo più frequente. Non va incontro a tolleranza e pertanto rappresenta un riscontro abituale, nonostante si cerchi di contrastarlo con un'alimentazione adeguata ed abbondante idratazione. Anche se resta possibile la formazione di fecalomi e la conseguente evoluzione verso l'ostruzione intestinale, l'impiego di ammorbidenti fecali, lassativi e clismi evacuativi, riescono spesso ad arginare la stipsi e ridurre la gravità. La sedazione, la disforia e le alterazioni dell'umore accompagnano spesso la terapia con oppioidi, ma sono soggette a discreta tolleranza e rispondono bene agli aggiustamenti di una buona personalizzazione del regime terapeutico. Spesso è sufficiente scegliere un farmaco con l'emivita più breve per vedere regredire questi effetti secondari. In conclusione gli oppioidi sono dei farmaci e come tali, se usati impropriamente possono condurre alla comparsa di effetti collaterali, ma, nel loro caso, contrariamente a quanto si crede, questi restano molto meno pericolosi rispetto a quelli secondari all'utilizzo dei più comuni farmaci da banco, e restano uno dei pochi casi per i quali siano disponibili antidoti efficaci e sicuramente risolutivi.

Per quanto concerne la confusione sulla terminologia, l'OMS propone le seguenti definizioni:

- **Tolleranza**: stato in cui, per mantenere l'iniziale effetto analgesico, occorre aumentare la dose del farmaco. La tolleranza costituisce un fenomeno fisiologico, per cui facilmente controllabile. Essa risulta maggiore per alcuni oppioidi (per esempio la morfina) rispetto ad altri (come il metadone) e va affrontata con la dovuta appropriatezza clinica. E' responsabile sia della necessità di incrementare il dosaggio degli oppioidi con il prolungarsi della malattia cronica, sia

della creazione del cosiddetto dolore difficile, provocato da una sorta di tolleranza precoce dovuta al fatto che fin dall'inizio i recettori per gli oppioidi siano parzialmente sensibili ai farmaci stessi. Va poi considerato che esiste anche una falsa tolleranza, dovuta ad un iniziale sottodosaggio dei farmaci oppioidi impiegati che non consente di ottenere l'iniziale effetto analgesico previsto dalla definizione stessa.

- *Dipendenza fisica*: insorgenza di sintomi e segni di astinenza se l'uso dell'oppioide viene interrotto bruscamente o se viene contemporaneamente somministrato un oppioide antagonista.
- *Dipendenza psicologica*: comportamento da abuso di farmaci, distinto sia dalla dipendenza fisica che dalla tolleranza, caratterizzato dalla necessità compulsiva del farmaco e da eccessiva preoccupazione di restarne senza e di utilizzarlo. La dipendenza psicologica è un fenomeno del tutto assente nel trattamento del dolore cronico: secondo recenti dati della letteratura l'incidenza di dipendenza psicologica in corso di trattamento di problematiche croniche si attesta attorno a 4 casi su 12.000 pazienti.

Il timore della comparsa della dipendenza psicologica è responsabile di un equivoco culturale purtroppo molto diffuso che ha stimolato, anche a livello istituzionale, il riaffiorare di paure ataviche. Ciò ha comportato l'affermazione di un indirizzo normativo penalizzante teso ad ostacolare la prescrizione e la distribuzione dei farmaci oppioidi, nel timore che ad una maggiore loro disponibilità per uso terapeutico corrisponda una maggiore diffusione dell'utilizzo voluttuario. A contraddire questa tesi ci sono ormai numerosi lavori scientifici e revisioni eseguite sia in ambito nazionale che internazionale che attestano invece una tendenza opposta. Infatti è stato documentato da più parti come l'abuso di oppioidi si attesti agli ultimi posti della classifica dell'abuso di farmaci, nettamente dietro all'abuso di antiinfiammatori non steroidei, tradizionalmente considerati privi di effetti collaterali e invece, se utilizzati impropriamente, correlati a pericolosi effetti collaterali. Resta, quest'ultimo, un punto di cruciale importanza che rispecchia fedelmente il grande paradosso in cui versa lo stato di disinformazione culturale che vige in Italia praticamente a tutti i livelli.

Oppioidi e dolore cronico non oncologico.

A cura del Circolo Culturale Tavola di Smeraldo (Dr. Paolo Cavalla)

Il dolore cronico, anche se di origine non tumorale, ha pesanti ripercussioni psicosociali ed economiche su chi lo prova, sulla famiglia e sulla società, specie se si manifesta in individui in età lavorativa. La letteratura abbonda di ricerche sui costi sociali del dolore cronico nelle fasce lavorative (dove lo si riscontra talvolta in misura non inferiore al 10 – 12% della popolazione attiva), che perdono una media di venti giorni di lavoro all'anno con un costo medio superiore ai 2500 dollari per ogni lavoratore. La perdita del lavoro, l'abuso di farmaci analgesici, la depressione e non raramente il ricorso all'alcool o a sostanze stupefacenti, sono le conseguenze di uno stato di malattia complessa alla quale, verosimilmente, è stata dedicata, almeno inizialmente, una insufficiente attenzione fino a lasciare che divenisse un dolore "totale". Il trattamento ottimale di un dolore cronico, benigno o maligno, non può prescindere da un approccio multidisciplinare non appena si rendono manifesti i primi segni di complessità della sintomatologia. Fino dal 1970 l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva elaborato una scala a tre gradini per il trattamento farmacologico del dolore da cancro, con l'intento di fornire un indirizzo terapeutico universale "facile e progressivo" e di agevole applicazione ovunque venisse impiegato. Tale schema è stato successivamente completato anche per il dolore non oncologico con l'introduzione, ove questo fosse indicato e possibile, di un quarto scalino che prevede l'utilizzo di tecniche invasive quali l'utilizzo di vie alternative, come la via intratecale, per la somministrazione dei farmaci o le tecniche di neuro - stimolazione e di neuro - ablazione. Inoltre veniva specificato che devono essere messe in pratica tutte le terapie coadiuvanti e complementari idonee al miglioramento della sintomatologia. Proprio nell'ottica di tale aggiornamento delle linee guida sancite a livello internazionale sotto l'egida dell'OMS, gli oppioidi, che hanno in passato rappresentato i farmaci di scelta unicamente nel trattamento del dolore acuto e cronico in ambito oncologico, sono stati sdoganati come valida opzione terapeutica nel dolore moderato – severo di natura non oncologica. Perciò, una volta che la natura del dolore o la patologia che ne è alla base siano state determinate, il programma terapeutico deve necessariamente prevedere provvedimenti volti al controllo del

dolore. Anche se l'attenzione deve concentrarsi principalmente sulla malattia di base, con l'obiettivo di eliminare la fonte del dolore, a maggior ragione, quando la malattia di base non è trattabile, è fondamentale porre come obiettivo primario l'abbattimento del dolore attraverso procedure mediche, chirurgiche o radioterapiche adeguate.

Tradizionalmente il primo approccio terapeutico al dolore non oncologico è costituito dai FANS, mentre gli oppioidi rappresentano l'alternativa farmacologica più maneggevole ed economica nell'approccio al dolore cronico medio – grave di qualunque natura. In passato essi venivano utilizzati nel dolore cronico perché si reputava fossero esenti dall'“effetto tetto”. L'effetto tetto determina una importante limitazione nell'impiego di altri farmaci antidolorifici, come i FANS e rappresenta l'impossibilità intrinseca del farmaco ad incrementare all'infinito i suoi effetti terapeutici. Per cui è facile che aumentando la dose di un FANS oltre al suo “tetto”, il suo potere antalgico resti inalterato, mentre aumentino proporzionalmente alla dose solo gli effetti collaterali. Per quanto riguarda gli oppioidi, l'assenza di un “effetto tetto” è sicuramente dimostrata per la *morfina* e per il *fentanyl* , ma può variare a seconda dell'oppioide utilizzato. Tra gli oppioidi a rilascio immediato per via orale comunemente prescritti nel contesto ambulatoriale la *codeina* è quella più frequentemente prescritta per il dolore cronico moderato, spesso in associazione al paracetamolo. Gli effetti analgesici di questi due farmaci tendono infatti a sommarsi, il che non avviene invece nell'associazione tra oppioidi e diazepam o fenotiazine. A lungo andare però la codeina, che viene metabolizzata a morfina dall'organismo, tende ad essere molto costipante, e questo fatto dovrebbe essere tenuto presente soprattutto nel paziente anziano. Sono presenti in commercio anche altre associazioni che vedono la combinazione di acido acetilsalicilico o paracetamolo o altri FANS con ossicodone e propofisene. La *morfina* , il prototipo degli oppioidi, è disponibile in un'ampia varietà di formulazioni e dovrebbe essere ampiamente utilizzata. L' *idromorfone* è particolarmente utile grazie alla sua elevata potenza, ma è disponibile soltanto in preparazioni ad azione breve. Il *metadone* è poco utilizzato in considerazione della elevata incidenza di effetti collaterali, ma resta una valida alternativa per il suo basso costo e per la scarsa tossicità renale e la sua efficacia sul dolore neuropatico, inoltre è soggetto ad accumulo e di ciò bisogna tenerne conto nel trattamento del dolore cronico. Tra gli oppioidi di sintesi è di comune impiego il *tramadolo* dotato anche di un effetto monoaminergico. Per ridurre al minimo gli effetti collaterali, soprattutto nel paziente anziano, è bene assumerlo partendo da dosaggi bassi per raggiungere progressivamente nel giro di alcuni giorni la dose efficace. L'esperienza fin qui maturata a livello internazionale rende ragione del fatto che nei pazienti con dolore cronico i farmaci oppioidi di prima scelta dovrebbero essere il *fentanyl* e l'ossicodone a rilascio prolungato, che risultano più convenienti e prevengono le oscillazioni di massimo e minimo associate ai farmaci ad azione breve. Tuttavia alcuni pazienti, anche se in percentuale minore rispetto a quelli affetti da patologie neoplastiche, richiedono un agente addizionale ad azione breve per trattare il dolore episodico riacutizzato. La diversità dei recettori degli oppioidi permette la transizione da un agonista oppioide all'altro, quando un agente cessa di essere efficace oppure gli effetti collaterali limitano l'intensificazione della dose.

E' stato ampiamente dimostrato che il ricorso a farmaci oppioidi nel dolore cronico non oncologico debitamente prescritti conduce nella maggior parte dei casi ad un notevole miglioramento della qualità di vita a fronte di una riduzione significativa della spesa sanitaria derivante sia dal costo diretto delle terapie praticate che da quello indiretto derivante dalle complicazioni. Le occasioni di un impiego razionale e giustificato degli oppioidi nelle patologie croniche non oncologiche prevede la loro prescrizione in tutte quelle condizioni in cui il dolore rappresenta il sintomo principale in assenza o quasi degli altri caratteristici segni dell'infiammazione. E' questo sicuramente il caso delle patologie croniche degenerative, delle connettiviti, delle neuropatie, da quelle erpetiche e post-erpetiche alle sciatalgie recidivanti, ecc. L'evidenza clinica, confermata da diversi lavori e revisioni internazionali, dimostra un marcato miglioramento della performance fisica nella ripresa delle funzioni perse o compromesse nel corso dell'evoluzione della malattia di base, associata al recupero del benessere psico-fisico globale. La possibilità di poter disporre di farmaci più maneggevoli, rapidamente interscambiabili a seconda delle esigenze del paziente e la possibilità di personalizzare la terapia con una posologia che determini la copertura dell'effetto farmacologico sul dolore senza soluzioni di continuità (anche mediante l'integrazione di al bisogno da parte del paziente stesso in occasione di episodi dolorosi accessuali imprevedibili) rende gli oppioidi preferibili rispetto ai classici farmaci antiinfiammatori sia steroidei che non steroidei. Questi ultimi poi, come già accennato, sono responsabili di un notevole incremento della spesa sanitaria. Gli

oppioidi costano abitualmente meno rispetto agli altri antidolorifici, se non quando proposti in formulazioni a rilascio trans dermico prolungato. Anche se il prezzo delle confezioni dei FANS si sia sensibilmente ridotto nel tempo fino a diventare di facile accesso per il pubblico, anche nelle sue formulazioni da banco, l'introduzione di molecole di ultima generazione create allo scopo di arginare i ben noti effetti collaterali soprattutto a livello gastroenterico, hanno fatto nuovamente lievitare il loro costo. E' questo il caso degli antiinfiammatori ad azione selettiva sulle ciclo ossigenasi di tipo 2 (Cox 2), che avevano come obiettivo principale quello di abolire totalmente il sanguinamento gastrico. Si è visto che la riduzione di questa complicanza non è sempre conforme alle aspettative, in quanto la comparsa degli eventi emorragici è ancora possibile; inoltre diversi composti di questa categoria sono stati ritirati dal mercato o ne è stata temporaneamente sospesa la vendita per il sospetto più che fondato che potessero determinare la comparsa di gravi complicanze quali l'infarto del miocardio o le neoplasie del colon. Complicanze di questo tipo, associate a quelle tradizionali degli antiinfiammatori come l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco, le nefropatie, le reazioni allergiche, rendono i FANS non solo poco maneggevoli per il paziente cronico, ma potenzialmente in grado di determinare un possibile e sensibile peggioramento delle sue condizioni cliniche generali. Il fatto poi che spesso rendano inevitabile il ricovero ospedaliero ed il ricorso a nuovi e più costosi regimi terapeutici per farvi fronte, determinano un notevole incremento della spesa sanitaria che ne pregiudica fortemente l'impiego nel malato cronico.

La terapia del dolore al domicilio del malato

Sig.ra Flora Ferrari. Coordinatore Infermieristico Servizio Cure Primarie Domiciliari Distretto 1 Alba (CN)

Le Cure Domiciliari (C.D.) sono la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo.

L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.

Le C.D. si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASLL, da cui dipendono gli operatori sanitari che offrono le loro prestazioni.

Fra le varie tipologie di utenza che possiamo trattare a domicilio, troviamo anche i pazienti con dolore cronico non oncologico.

Al momento della presa in carico o, in alcune occasioni, durante l'assistenza già avviata, può succedere che il paziente presenti il sintomo "dolore".

A livello domiciliare oramai siamo in grado di gestire qualunque tipo di sintomo cronico e acuto, con l'unico requisito che ci deve essere la massima compliance del paziente e del familiare o caregiver.

In seguito all'evoluzione normativa che vede coinvolti i professionisti sanitari, possiamo dire che una delle figure professionali che negli ultimi quindici anni ha fatto passi da gigante, è l'infermiere.

Abbiamo visto l'abolizione¹ del mansionario², sostituito con il profilo professionale³ ;

la revisione del codice deontologico⁴; l'introduzione nella pratica clinica e assistenziale di linee guida e protocolli⁵; l'obbligatorietà della formazione specifica per gli operatori;

in seguito a tutti questi cambiamenti la posizione di intervento degli infermieri si è modificata da spettatori ad attori.

Generalmente le difficoltà, gestibili ed affrontabili, che spesso si riscontrano durante l'assistenza a domicilio nei confronti di pazienti che hanno dolore sono:

1. l'impossibilità di gestione del dolore qualora la terapia prescritta non fosse sufficiente;
2. il lasso di tempo necessario ad arrivare a domicilio da parte degli infermieri o medici su chiamata dei pazienti

¹ L. 26 febbraio 1999, n.42

² DPR 225/74

³ DPR 739/94

⁴ Codice precedente febbraio 1999, quello attuale revisionato gennaio 2009

⁵ Linee Guida RNAO 2007 e raccomandazione civica sul dolore non oncologico

3. la gestione degli effetti avversi causata talvolta dagli analgesici.

Queste sono tutte problematiche che possono essere prevenute mettendo in atto una corretta modalità di presa in carico dell'utente, effettuando una corretta scelta del farmaco tenendo conto del tipo di dolore, dei tempi e dei modi di somministrazione; in base al farmaco scelto prevedendo la prescrizione di eventuali terapia sia di supporto e integrazione per gestire il sintomo dolore e per gestire gli effetti avversi dovessero verificarsi. (la famosa terapia al bisogno)

La domanda che sorge spontanea è capire quale autonomia di intervento hanno gli infermieri e in che modo possono intervenire, nella gestione dei sintomi avversi.

L'infermiere da un punto di vista assistenziale e visto che è direttamente responsabile dell'assistenza, in questo caso gioca un ruolo fondamentale, in quanto senza sconfinare nell'area di competenza medica, avendo a disposizione prescrizione precise, può attuare tutte le procedure necessarie per alleviare quelli che sono gli effetti avversi di tale terapie, senza necessità di chiamare costantemente il medico o inviare il paziente da un consulente clinico.

Le procedure che si possono mettere in atto in caso di sintomi avversi sono ben precisate nelle linee guida prese in riferimento della RNAO, che esplicitano gli interventi infermieristici in base ai sintomi. Precisando che la linea guida è un documento che autorizza la pratica clinica, per quanto di competenza, da un punto di vista normativo si può evincere che questi tipi di interventi sono di competenza infermieristica facendo riferimento al nuovo codice deontologico del 2009 agli articoli: 11-14-20-27 e 34 che, riduttivamente e utilizzando parole chiave, rispettivamente parlano di: conoscenze, formazione, integrazione, ascolto, coinvolgimento e continuità assistenziale. In ultimo ma fondamentale è l'articolo 34 che recita: "l'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari"; da quest'ultima frase si può desumere che l'infermiere non può, ma deve, essere in grado di gestire i sintomi avversi dati dalle terapie.

L'autonomia non preclude la collaborazione con altri professionisti, ma solo l'intervento che precede l'integrazione con l'equipe.

Per quanto riguarda il Profilo Professionale l'articolo 1 recita: "... l'infermiere è quella figura sanitaria... responsabile dell'assistenza generale infermieristica." E quindi è responsabile anche della gestione dei sintomi.

Nelle raccomandazioni civiche⁶ emanate dal tribunale dei diritti del malato troviamo scritto:

"A tutti gli operatori della Rete della Medicina del dolore si raccomanda di":

- Dedicare il giusto tempo per la comunicazione con il paziente.
- Privilegiare un approccio collaborativo nella relazione medico-paziente, al fine di favorire una buona aderenza terapeutica.
- Fornire al paziente informazioni complete ed esaurienti sul corretto uso dei farmaci e informazione dettagliate relativamente alla terapia farmacologica con oppioidi (indicazione terapeutica; efficacia del farmaco; modalità e posologia di assunzione; controindicazioni, effetti collaterali nel breve e nel lungo periodo; eventuali rischi di assuefazione; necessità di segnalare eventi avversi).

Ma affinché tutto questo sia fattibile è necessario che l'infermiere educi il paziente e il caregiver e con la realtà odierna è possibile effettuare tutto al domicilio.

La formazione nella pratica clinica infermieristica è una delle caratteristiche che trasmettono tranquillità e sicurezza all'utente

Un' impostazione assistenziale di questo tipo deve prevedere una buona capacità di comunicazione e collaborazione sia con il paziente che con il familiare, aspetto importante per l'ottenimento di buoni risultati in ogni trattamento. Possono giocare un ruolo determinante nella gestione del paziente e del suo percorso di trattamento, la comprensione dell'importanza del trattamento o delle conseguenze di una sua interruzione spontanea, insieme all'informazione sulla possibilità di sviluppare specifici effetti avversi,. Al fine di predisporre raccomandazioni individualizzate, è necessario conoscere la personalità, le abitudini e le specifiche sensibilità di ogni paziente, cosicché la terapia abbia maggiori probabilità di successo.

Anche i componenti della famiglia devono essere informati e diventare "collaboratori" della équipe assistenziale in vari aspetti della cura del paziente, ad esempio nel riferire con correttezza i sintomi o nel seguire le prescrizioni e le modalità di somministrazione dei farmaci.

⁶ Raccomandazione civica sul dolore cronico non oncologico, Cittadinanzattiva- Tribunale per i diritti del malato

Anche nel caso di scelta di terapie da somministrarsi sotto controllo medico, ad esempio di infusioni per via endovenosa, è fondamentale che il paziente e la famiglia siano al corrente della terapia somministrata e siano attenti a identificare eventuali effetti secondari o segni di non corretto funzionamento della terapia, al fine di aiutare il personale sanitario nel supportare al meglio il malato.

In una recente review apparsa sul *American Family Physician*, JM. Swegle e C. Logemann, partendo da una ricerca su MEDLINE, hanno identificato le principali strategie per il trattamento dei più comuni effetti secondari associati all'uso di analgesici oppioidi, valutando nella loro analisi le linee guida e le opinioni degli esperti.

Gli oppioidi sono degli agenti utilizzati per il trattamento del dolore acuto e cronico⁷. Poiché, la comparsa di effetti avversi nei pazienti trattati con tali farmaci può indurre i sanitari a considerare i rischi piuttosto che i benefici della terapia, molte organizzazioni, comprese l'American Pain Society e l'American Academy of Pain Management hanno messo a disposizione dei medici e infermieri numerosi strumenti educazionali⁸. Il Research Network dell'European Association of Palliative Care (EAPC) ha inoltre sviluppato una serie di raccomandazioni inerenti il trattamento degli effetti avversi indotti dagli oppioidi⁹.

La Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) nel 2001 ha redatto delle linee guida anche ad uso infermieristico, che avvalendosi delle migliori evidenze disponibili, tratta la competenza degli infermieri nella gestione dei sintomi avversi da analgesici. Queste linee guida sono state revisionate nel 2007 e la revisione ha dato ulteriore rilevanza all'intervento in autonomia dell'infermiere sulla gestione degli effetti avversi¹⁰:

I precisi meccanismi patogenetici che stanno alla base degli effetti secondari indotti dagli oppioidi non sono noti¹¹; certo è che esiste una competenza medica ma anche infermieristica nella gestione degli effetti secondari.

Gli effetti avversi più frequenti dei farmaci analgesici oppioidi sono:

- nausea;
- vomito;
- stitichezza;
- sonnolenza.

Gli effetti secondari più rari sono:

- depressione respiratoria;
- ipotensione;
- prurito

per ognuno di questi sintomi è possibile un intervento infermieristico specifico.

Ad esempio nel caso della costipazione, i pazienti dovrebbero essere informati sulla necessità di incrementare l'assunzione di liquidi o di cibi ricchi di fibre e di incrementare l'attività fisica (quando possibile).

E' necessario controllare che il paziente segua con precisione la terapia prescritta, poiché la spontanea interruzione o la riduzione delle dosi o delle somministrazioni potrebbe avere conseguenze negative.

- un uso discontinuo della terapia oppiacea a causa della costipazione, può provocare una riduzione del controllo del dolore;
- una riduzione del dosaggio degli oppioidi può provocare effetti analgesici sub-ottimali e ricomparsa o esacerbazione del dolore;

⁷ Swegle JM, Logemann C. Management of common opioid-induced adverse effects. *Am Fam Physician*. 2006;74:1347-54.

⁸ Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 5th ed. Glenview, Ill.: American Pain Society, 2003.

Bowsell MV, Cole BE, Weiner RS, American Academy of Pain Management. *Weiner's Pain Management: A Practical Guide for Clinicians*. 7th ed. Boca Raton, Fla.: Taylor & Francis, 2006.

⁹ Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H, et al. Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. *J Clin Oncol* 2001;19:2542-54.

¹⁰ Linee guida RNAO in allegato a questo articolo

¹¹ Bif, bollettino di informazione sui farmaci, Come utilizzare i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore, PANORAMI E PERCORSI

- ulteriori complicanze legate alla costipazione: occlusione fecale, diarrea paradossa, pseudo-ostruzione intestinale con necessità di ricorrere a manovre terapeutiche disostruttive (clistere o svuotamenti manuali) che determinano ulteriori complicazioni di tipo terapeutico e psicologico, quali:
 - interferenza nell'assorbimento di farmaci;
 - comparsa di nausea e vomito;
 - percezione delle manovre intrusive come lesive della propria dignità e ulteriore peggioramento della qualità della vita.
- Alcuni interventi che si possono mettere in atto in collaborazione con il medico in caso di effetti avversi sono:
- riduzione della dose nei casi di farmaci somministrati per via sistemica
 - trattamento sintomatico dell'effetto avverso
 - rotazione degli oppioidi
 - sostituzione della via di somministrazione sistemica.

Una parte dello specifico infermieristico¹² può essere riassunto in:

- Anticipare e monitorare, negli individui che assumono oppioidi, gli effetti avversi comuni per esempio accertandosi che sia prescritto un trattamento profilattico idoneo o terapia "al bisogno"
- Informare l'utente su quali sono i sintomi avversi differenziandoli da sintomi che non sono correlabili agli oppioidi.
- Educare i pazienti e i caregiver a raccogliere e descrivere adeguatamente i sintomi.
- Valutare l'effetto delle terapie aggiuntive e in caso di necessità consultare il clinico per eventuale variazione della terapia.
- Consigliare gli individui sugli aggiustamenti dietetici che migliorano la peristalsi intestinale riconoscendo le situazioni personali e le preferenze.
- Segnalare che la sedazione transitoria è comune, ed avvertire la persona, famiglia/curatore che la sonnolenza è comune quando si iniziano gli analgesici oppioidi e con i successivi aumenti di dosaggio.

A questo punto, alla domanda: "l'infermiere ha competenza e autonomia di gestione dei sintomi avversi da analgesici?" mi sento di rispondere di sì, ma non solo, direi che con la dovuta preparazione è possibile, mantenendo il paziente al proprio domicilio.

Bibliografia

Decreto Ministeriale 24 maggio 2001

Decreto Ministeriale 4 aprile 2003.

Trattamento degli effetti avversi comuni indotti dagli oppioidi, Alessandro Oteri, Dipartimento Clinico e Sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università di Messina Atti congressuali indicazioni alla prescrizione di oppioidi e controllo degli effetti collaterali 4a giornata di aggiornamento sul dolore Milano, 9 novembre 2001

Il ruolo del medico di famiglia nella gestione del dolore cronico non oncologico

Dr. Claudio Blengini

Medico di Medicina generale, Membro della Commissione ministeriale terapia del dolore e cure palliative. Dogliani (CN)

Dolore e sofferenza due stimate indissolubili della vita dell'uomo. Si nasce soffrendo, si vive tra gioie e dolori, molti sostengono più tra questi ultimi e si muore spesso soffrendo. Amico poco gradito e compagno saltuario o frequente della vita dell'uomo il dolore rappresenta da sempre un archetipo della fragilità umana e dei limiti della scienza. La cacciata dal giardino dell'Eden ha condotto e costretto l'uomo ad albergare nel pianeta dell'umana sofferenza. E' possibile togliere il dolore e la sofferenza dalla vita dell'uomo? Il sogno della medicina e dei medici è stato da sempre quello di voler trovare un rimedio alle malattie e agli umani affanni. Abbiamo assistito nei secoli a pratiche curative che alla luce della scienza attuale sembrano senza ombra di dubbio perlomeno

¹² Linee guida RNAO revisione

poco ortodosse. Salassi, cataplasmi e prescrizioni che avevano più di stregoneria che di scientifico sono state di volta in volta messe in opera per tentare di curare le malattie. Ma accanto a queste pratiche spesso poco o per niente efficaci, l'offerta di ospitalità e di assistenza, la dove la cura poco poteva contro la malattia, sono state invece da sempre le uniche certezze essenziali ed insostituibili per i tanti malati che hanno dovuto affrontare la cronicizzazione della malattia e l'avviarsi verso il congedo. Il prendersi cura e il lenire la sofferenza è ancora oggi come allora l'unica risorsa realistica possibile quando la guarigione non è o non è più possibile. Il ruolo del medico di famiglia in questo scenario è da sempre essenziale e insostituibile per la sua formazione olistica e la sua collocazione al fianco del malato e della sua famiglia. Se allo specialista spetta la competenza diagnostica e di trattamento sullo specifico della malattia o del problema contingente al medico di medicina generale spetta la regia più complessa dell'intervento di aiuto, coordinando trattamenti farmacologici e supporti socio assistenziali, prospettando e coordinando le risorse disponibili. E' un impegno di servizio che va oltre la gestione del sintomo e che si declina non solo nel curare, ma anche nel prendersi cura della persona malata e per questo fragile, nel supportare il paziente e i suoi familiari a far fronte ai problemi che di volta in volta il dolore, la sofferenza e la malattia portano e comportano.

E' un grande affresco di cura e di solidarietà umana e sociale quello che il medico di medicina generale ha il difficile compito di disegnare ogni volta per ciascuno dei suoi malati con malattia inguaribile.

Mentre scrivo queste poche righe è diventata finalmente operativa dopo quasi dieci anni di battaglie interminabili a cui ho strenuamente partecipato con tanti colleghi e uomini di buona volontà, la prima sostanziale semplificazione della prescrizione dei farmaci oppiacei. Da domani mattina tutti gli oppiacei per via orale o trans dermica, fatta eccezione per il metadone e le forme iniettive, saranno finalmente prescrivibili sul normale ricettario del sistema sanitario nazionale, come avviene per tutti gli altri farmaci. Già in passato eravamo riusciti a ottenere una prima semplificazione: il ricettario ministeriale a ricalco per la ricetta degli oppiacei; mandando definitivamente in pensione il famigerato ricettario ministeriale speciale (conosciuto da tutti come il ricettario giallo di cui nessuno rimpiange il decesso); che di speciale aveva solo il fatto di discriminare i malati con dolore grave nell'accesso ai farmaci oppioidi ritenuti da tutti gli specialisti del settore da anni e senza ombra di dubbio gli unici efficaci e indispensabili per il suo trattamento. Ora uno scoglio importante alla prescrizione è stato eliminato e con questo l'alibi alla mancata prescrizione da parte di chi trincerandosi dietro le paure delle sanzioni o la complessità della ricetta negava ai malati il viatico indispensabile per lenire almeno la sofferenza. Proprio lui che come medico aveva giurato di limitarla ogni volta che questo era possibile. Semplificare la prescrizione lo sappiamo bene non basta perché questo paese e la sua classe sanitaria in primis, ma anche i malati e i cittadini, cambino il proprio atteggiamento di ineluttabilità e di passiva accettazione verso il dolore e la sofferenza,. Quello che si dovrà fare da oggi e per il futuro è di lavorare per un cambio di mentalità a tutto campo tra i medici i farmacisti gli infermieri e gli operatori tutti della sanità ma anche tra i pazienti e i loro familiari, perché la battaglia al dolore con mezzi efficaci diventi un "must" indiscusso e indilazionabile per tutti abbandonando definitivamente le paure e i tabù che non hanno alcun fondamento scientifico. Al congresso parleremo di questo e del progetto ministeriale a cui partecipo per creare un modello efficace di trattamento del dolore che possa essere realizzato in tutte le regioni di questo nostro paese.

IL DOLORE E.....

Dr. Libero Ciuffreda e Dr.ssa Nadia Birocco

Centro Oncologico Ematologico Subalpino (COES). Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni Battista-Molinette.Torino

Oggi, nel mondo, si stimano annualmente 11 milioni di nuove diagnosi di cancro e 7 milioni di decessi per tale patologia. Il dolore oncologico cronico ha un'elevata incidenza in tutti gli stadi della malattia. Dal punto di vista umano e medico l'unico approccio realistico è la soppressione del dolore per migliorare la qualità della vita residua. L'efficacia del trattamento del dolore da cancro rimane uno tra i più importanti e pressanti problemi medici mondiali: molti pazienti trascorrono le

ultime settimane, gli ultimi mesi della loro vita in situazioni estremamente disagiati di sofferenza e di invalidità.

L'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) ha stabilito che l'inadeguato trattamento del dolore da cancro rappresenta un grave problema di salute pubblica nel mondo, sottolineando come nella maggior parte dei casi il dolore oncologico potrebbe essere trattato semplicemente applicando le opportune terapie che derivano dall'evoluzione delle conoscenze mediche.

Esiste dunque una lacuna nel trattamento: la differenza cioè tra ciò che potrebbe essere fatto e ciò che viene realmente posto in opera al fine di garantire il diritto degli individui di alleviare la propria sofferenza e di avere un'assistenza che costituisce spesso l'ultimo rimedio a tutela della dignità umana. Spesso il trattamento del dolore oncologico è inadeguato o inesistente per vari motivi quali:

- > l'ignoranza circa le cure capaci di sopprimere il dolore;
- > la deformazione culturale del medico che considera il sintomo dolore come ineluttabile;
- > i problemi legali che intralciano l'uso di analgesici oppioidi.

Il dolore da cancro può essere considerato come un fenomeno duplice: la percezione della sensazione e la reazione emozionale che da essa scaturisce. L'interpretazione e la risposta che il malato di cancro ha in conseguenza dello stimolo doloroso varia con la cultura, con la morale, con l'umore, con le precedenti esperienze dolorose e con l'aspettativa di guarigione.

La sofferenza dipende dal contesto sociale, culturale, familiare e dal significato che viene attribuito al dolore.

Per comprendere la complessità del dolore oncologico è sufficiente conoscere la varietà di fattori fisici e psichici, indicati nella tabella seguente, che ne sono all'origine e che hanno fatto definire questo dolore come "dolore totale".

		debolezza		
		effetti collaterali delle cure		
perdita del ruolo in famiglia		malattie non cancerose		
perdita posizione sociale		cancro		difficoltà burocratiche
perdita del prestigio sul lavoro		ORIGINE SOMATICA		fallimento delle cure
perdita dei guadagni	DEPRESSIONE	DOLORE TOTALE	RABBIA	mancanza di visite di amici
insonnia		ANSIA		irreperibilità dei medici
stanchezza		paura del dolore		ritardi diagnostici
alterazioni dell'aspetto		paura della morte		
		paura dell'ospedale		
		paura del ricovero		
		preoccupazioni per la famiglia		
		problemi finanziari		
		perdita di controllo del proprio corpo		

Le cause organiche del dolore oncologico possono essere dovute al coinvolgimento diretto da parte della neoplasia, alle complicanze della terapia antineoplastica, alle complicanze della stessa terapia analgesica, alle alterazioni biochimiche e fisiologiche legate alla neoplasia, a patologie dolorose non legate al cancro o alla terapia ed a combinazione dei precedenti fattori.

Più specificamente le cause fisiche di dolore nei pazienti oncologici possono dividersi in quattro gruppi di cause:

dovute al tessuto neoplastico	legate al tumore	legate alla terapia	non dipendenti dal tumore o dalle terapie
infiltrazione dei tessuti ossei	contratture muscolari	dolore post-intervento chirurgico	artriti ed artrosi
compressione e/o infiltrazione tessuti nervosi	decubiti	infiammazioni e/o fibrosi postradioterapiche	cefalea (muscolotensiva, emicranica, psicogena)
interessamento viscerale	stitichezza	mielopatia postradioterapica	dolore miofasciale
ulcerazione e/o infezione	candidosi	neuropatia postradioterapica	origine cardiovascolare
ipertensione endocranica	linfedema	necrosi asettica dell'osso	nevriti
	nevralgia posterpetica		
	trombosi venosa profonda		
	embolia polmonare		

Il cardine della strategia terapeutica del dolore cronico è rappresentato dalla scala analgesica a tre gradini che prevede l'utilizzo di tre categorie di farmaci: non oppioidi, oppioidi per il trattamento del dolore lieve-moderato, oppioidi per il trattamento del dolore moderato-severo con l'integrazione o meno di farmaci adiuvanti in ciascuno dei tre gradini e di terapie non farmacologiche (fisioterapiche, psicologiche e analgesiche invasive). Quando dunque il dolore è classificato da moderato a grave, non esiste alcun sostituto valido agli oppioidi del gruppo terapeutico della morfina. Gli oppioidi, tuttavia, sono regolati da trattati internazionali e da normative nazionali sul controllo dei farmaci a causa del loro potenziale utilizzo come sostanze d'abuso.

Risulta quindi di fondamentale importanza che i governi dei singoli paesi garantiscano un accesso facilitato ai trattamenti analgesici e alle cure palliative, contribuendo al contempo a creare una cultura comune e condivisa tra i professionisti coinvolti nella gestione del malato affetto da dolore cronico.

La parto analgesia

Dr.ssa Elsa Margaria
Direttore Sanitario di Promea Day Surgery

Il dolore del parto è presente fin dalle origini della storia umana. Oltre ad essere l'unico nell'organismo che comprende le tre caratteristiche del dolore acuto: viscerale, riferito, somatico, (cioè veicolato da fibre sensitive, somatiche e neuro vegetative) è anche un perfetto esempio di

come il dolore da sintomo diventi malattia. Il “dolore sintomo” è infatti il segno clinico ad insorgenza acuta di una sintomatologia in atto, che crea una reazione di allarme tale da indurre un’azione terapeutica repentina; il “dolore malattia” è il dolore che assurge a elemento primario del quadro, perdendo la sua caratteristica di sintomo utile al paziente e al medico.

Un dolore acuto, atteso, preparato e temuto durante i nove mesi della gestazione, a differenza della colica renale o di un infarto miocardico che colgono il paziente di sorpresa. Aspettativa e ansia giocano un ruolo importante nell’atteggiamento della paziente. Esiste una componente «affettiva» del dolore; una complessa reazione della quale fanno parte le informazioni ricevute, l’età, la condizione fisica e psichica, la cultura e le credenze religiose. Un’adeguata preparazione, un’esperienza precedente positiva e senza traumi, si riflettono su un comportamento rilassato della partorientente. La paura del male o di un eventuale esito infausto per sé o per il bambino, l’insicurezza che ne deriva, il sentirsi abbandonata, sono stati d’animo invece che amplificano la reazione al dolore, che è pertanto diversa da soggetto a soggetto. Esistono diverse modalità di intervento. Le tecniche che non utilizzano farmaci o strumentazione invasiva (preparazione psicologica, training autogeno, ipnosi, agopuntura) hanno dimostrato una buona efficacia antalgica sfruttando suggestione, distrazione, riflessi condizionati positivi, che agiscono innalzando la soglia del dolore. Ma quando il male supera le aspettative della donna, si ricorre al trattamento medico farmacologico.

L’iperalgnesia non corretta nel corso del travaglio e del parto provoca effetti deleteri sia per la madre che per il feto. Nell’organismo materno dolore e stress innescano delle risposte riflesse segmentarie e soprasedimentarie che a loro volta incidono sulle funzioni respiratoria, cardio-circolatoria ed endocrina.

E non a caso i padri della moderna algologia sono stati John Bonica in America e Mario Tiengo in Italia, che hanno iniziato le loro ricerche proprio con l’osservazione del dolore da travaglio.

«La soppressione del dolore per mezzo degli analgesici è permessa dalla religione, anche se ciò dovesse abbreviare la vita», ha detto Papa Pio XII nel 1957 in un congresso di anestesologia. E sul dolore da travaglio di parto: «E’ possibile alleviarlo, anche se la Bibbia dice espressamente “partorirai nel dolore”».

I dati sempre più numerosi della letteratura sull’analgnesia epidurale dimostrano la piena compatibilità di questa tecnica con un parto naturale e spontaneo, la sua efficacia nel controllo del dolore da parto, la sua estesissima applicazione e l’elevato grado di sicurezza sia per la madre che per il neonato.

I requisiti che fanno universalmente dell’epidurale la tecnica ideale sono:

- efficacia, poiché le contrazioni uterine vengono percepite ma in modo non doloroso;
- sicurezza, sia materna che fetale per i bassissimi dosaggi farmacologici impiegati;
- flessibilità, per la possibilità di modulare la quantità di analgesico o di anestetico locale a seconda della fase del travaglio e dell’intensità del dolore;
- rispetto, perché non influenza le fisiologiche dinamiche del travaglio e del parto.

L’analgnesia peridurale segmentaria per il parto vaginale spontaneo può essere praticata a tutte le partorienti dopo una visita anestesologica. E’ una tecnica messa a punto dal professor Achille Mario Dogliotti nel 1931 a Torino e che consiste nel portare l’anestetico locale e i farmaci oppioidi direttamente sulle radici sensitive del midollo spinale, senza quindi interferire sulla motilità materna. Il posizionamento di un cateterino permette di modulare i farmaci per tutto il tempo della durata del travaglio. Le controindicazioni assolute sono limitate: rifiuto della paziente, ipertensione endocranica, infezione in sede di posizionamento del cateterino, presenza di alterazioni della coagulazione, trombocitopenia, uso di farmaci anticoagulanti. E’ opportuno effettuare una visita con l’anestesista nelle ultime settimane che precedono il parto per valutare lo stato di salute della futura mamma, per evidenziare eventuali patologie associate, terapie concomitanti e per controllare gli esami di laboratorio.

La semplice richiesta della donna rappresenta una indicazione medica all’esecuzione della epidurale.

Il 60% delle donne statunitensi ricorre all’epidurale per lenire il dolore da parto (2.400.000 casi nel 2002). L’introduzione del parto indolore nel Regno Unito risale addirittura al 1928, il ricorso a questa metodica supera spesso il 60% dei parti spontanei. In Svezia il Parlamento ha dichiarato il parto indolore un diritto della donna fin dal 1971, in Finlandia il Ministero della Salute si è pronunciato in tal senso nel 1977, l’epidurale è la tecnica più diffusa, (40-50%). La Francia ha

cambiato il suo atteggiamento nei confronti dell'analgesia nel parto negli anni '90, grazie principalmente all'azione del Governo, che ha promosso alcune leggi per migliorare l'assistenza ostetrica compreso l'aspetto antalgico, la tecnica maggiormente diffusa è quella epidurale: nei grandi centri la percentuale di donne che ricorre all'analgesia epidurale già nel 1995 raggiungeva il 48,9%.

In Italia siamo molto indietro da questo punto di vista: solo alcuni ospedali con "mission" nel campo materno-infantile garantiscono la partoanalgesia nell'arco delle 24 ore, accollandosi i conseguenti oneri di spesa.

Nel caso sia opportuno ricorrere ad un parto cesareo urgente, la presenza del catetere peridurale consentirà di affrontare l'intervento chirurgico abolendo la sensibilità nella zona chirurgica, semplicemente diversificando diluizione e dosaggio dell'anestetico somministrato attraverso il cateterino. L'analgesia epidurale diventa così rapidamente anestesia epidurale.

Questa tecnica è fortemente raccomandata anche nel taglio cesareo perché riduce sensibilmente i rischi dell'anestesia generale oltre ad offrire alla mamma la possibilità di vedere subito il proprio figlio come avviene nel parto spontaneo. Spesso consente di avere accanto il marito e condividere con lui il momento della nascita, di attaccare al seno il proprio figlio fin da subito qualora lo desideri, di controllare in modo efficace il dolore postoperatorio e soprattutto di riprendersi dall'intervento in tempi molto brevi.

La percentuale di tagli cesarei sul totale dei parti che aveva già raggiunto il 28% nel 1999, è ulteriormente aumentata in anni recenti per divenire la più alta in Europa. E' opinione diffusa tra gli operatori che la disponibilità di un servizio di partoanalgesia possa ridurre il ricorso al taglio cesareo. Le donne non scelgono il taglio cesareo, ma possono essere indotte a sceglierlo se non si offre loro la possibilità di partorire con meno dolore.

La ragione della bassa incidenza della diffusione dell'analgesia in travaglio di parto in Italia è da ricercarsi principalmente nella mancanza di soluzioni di tipo organizzativo, sociale ed economico.

Esaminando i DRG di tipo chirurgico si osserva infatti che le prestazioni anestesologiche a supporto degli interventi sono ininfluenti sul peso del DRG, in quanto neppure nominate.

Questa situazione fa sì che, in pratica, qualsiasi prestazione anestesologica volta a lenire il dolore acuto (ad esempio il dolore da parto, il dolore postoperatorio ecc.) non sia sostenuta da un corrispettivo finanziario. E' quindi evidente che, a fronte di continui inviti a diminuire i costi delle attività sanitarie, non sia prevedibile alcun incentivo, se non basato esclusivamente su motivazioni etiche personali e pertanto aleatorie, a proporre e a perseguire attività costose, gravate anche da possibili complicanze e da rischi, che non sono riconosciute né valutate.

Lombalgia e lombosciatalgia

Dr. Giuseppe Roberti

Dirigente medico Anestesia Rianimazione Terapia antalgica ASL TO4 Chivasso (TO)

Nell'ambito delle patologie invalidanti, il dolore lombare cronico occupa una posizione significativa, sia in termini di sofferenza che di ricaduta socioeconomica. Infatti, esso rappresenta una delle più frequenti cause di assenteismo lavorativo. La sua distribuzione nella popolazione riguarda tutte le fasce di età a partire dalla seconda decade, con prevalenza maggiore dalla quarta. Questo dato porterebbe a relazionare semplicisticamente la maggiore incidenza della lombalgia cronica con la comparsa e la progressione dei fenomeni degenerativi osteoarticolari, inducendo a trascurare le evidenze cliniche che portano in ben altre direzioni. La eziopatogenesi della lombalgia, infatti, è decisamente multifattoriale. L'obiettivo della relazione in argomento è di evidenziare le problematiche diagnostiche e le attuali possibilità terapeutiche della patologia cronica lombare, e del suo rapporto concausale con la lombosciatalgia acuta e cronica.

Parliamo di IPNOSI: Introduzione ad un fenomeno complesso. Una proposta di revisione del concetto

Dott. Giuseppe TIRONE - Specialista in psicologia, Psicoterapeuta ASLTO Chivasso (TO)

Il termine "ipnosi" fu introdotto da J.Braid nella prima metà del 1800 per le analogie che a quel tempo sembravano esserci fra le manifestazioni del sonno fisiologico e quelle che si avevano in quella condizione particolare che si pensava creata dai magnetizzatori.

Oggi sappiamo che il sonno non ha nulla a che fare con l'ipnosi.

Il termine "ipnosi" non è certo quello più adeguato per sintetizzare e descrivere quanto avviene in quella condizione particolare di funzionamento dell'organismo umano alla quale la parola si riferisce.

In detta condizione sono coinvolti aspetti neuro-psico-fisiologici particolari, una relazione interpersonale, e l'impiego di potenzialità specifiche dei soggetti coinvolti nella situazione. (Lo stesso Braid nel 1847 sostituì il termine "ipnosi" con "monoideismo" ma non ebbe successo).

Con la conoscenza sempre più approfondita del fenomeno, nel tempo, sono stati proposti da autori diversi neologismi sostitutivi del termine "ipnosi", ma nessuno finora ha avuto fortuna come il vecchio termine.

Diverse sono ancora oggi le teorie e le interpretazioni dell'ipnosi che si confrontano. In termini neurofisiologici l'ipnosi viene interpretata come condizionamento, apprendimento, inibizione ed eccitazione corticale e, in termini psicologici, è interpretata come rapporto interpersonale, come suggestione, come gioco di ruoli, come regressione e come transfert; e alcuni addirittura sostengono che l'ipnosi non esista in quanto per spiegare i fenomeni osservati non è necessario ricorrere al concetto di ipnosi¹³. Tutti punti di vista plausibili e tutti rientranti in ciò che oggi sappiamo essere l'ipnosi.

Oggi sappiamo che l'ipnosi non è altro che la manifestazione plastica dell'immaginazione creativa adeguatamente orientata in una precisa rappresentazione mentale, sia autonomamente, sia con l'aiuto di un operatore con il quale si è in relazione.

Un termine, proposto da chi scrive, più adeguato a definire il fenomeno potrebbe essere "gèniosi" parola composta da "gènio" dal latino *gènius*, sanscrito *g'anya* = forza naturale dalla radice *g'an* = generare, produrre, e dal soffisso *-osi* che aggiunto a sostantivi o a confissi, forma sostantivi che indicano un processo, una condizione.

Nell'intenzione dell'autore, con *gèniosi* verrebbe intesa quella forza naturale dell'immaginazione creativa che produce effetto attraverso un dinamismo che può essere consapevolmente gestito.

Le interpretazioni più salienti del fenomeno ipnosi date nella storia

Ogni buon manuale sia straniero sia italiano dedica almeno un capitolo alla storia del concetto di ipnosi.

In questa sede intendo accennare brevemente alle interpretazioni più significative date nella storia. Prima del 1530, anno in cui Paracelso (1490-1541) traendo dall'occultismo alcune intuizioni ingegnose, formulò la teoria relativa all'influenza degli astri sugli esseri umani e sulle malattie, per quel che ne ho potuto sapere, tutti i fenomeni che oggi conosciamo come specifici della potenzialità dell'immaginazione erano considerati isolatamente come manifestazioni divine o diaboliche, oppure il risultato di pratiche magiche.

Fu F.A. Mesmer (1734-1815) a tentare per la prima volta una sistematizzazione scientifica del fenomeno. Nella sua tesi di laurea riprese le teorie di Paracelso sull'influenza del magnetismo degli astri sul corpo umano e un giorno, mentre assisteva ad un salasso osservò che il getto di sangue variava in rapidità e in forza in relazione ai suoi movimenti, si fece allora l'idea che anche la sua persona emanasse, come gli astri, una forza particolare e definì tale forza: "magnetismo animale".

La teoria del magnetismo fu confutata da una commissione indetta dall'accademia delle Scienze e dalla Facoltà di Medicina incaricate da Luigi XVI nel 1784 di indagare sulla validità scientifica della teoria.

In seguito allo studio condotto dalle commissioni, il verdetto fu di condanna per il magnetismo animale di Mesmer e tutta l'azione terapeutica del magnetismo fu attribuita all'immaginazione: "L'immaginazione senza magnetismo può produrre convulsioni...il magnetismo senza l'immaginazione non produce nulla"¹⁴.

¹³T.X. Barber, N.P. Spanos, e J.F. Chaves, *Hypnosis, Imagination and Human Potentialities*, Pergamon Press, Inc. [Trad.it. *Ipnatismo. Immaginazione. Potenzialità umane*, Piccin, Padova, 1980]

¹⁴ *Raport des commissaires chargés par le Roi de l'examen du magnétisme animal*, Imprimerie Royale, Paris, 1784, p.64.

Sebbene la Facoltà di Medicina dell' università di Parigi, in seguito ai dettami della commissione decretò che: "tutti i medici ritenuti colpevoli di praticare il magnetismo animale sarebbero stati espulsi dalla professione e avrebbero perso il diritto di esercitarla"¹⁵ la pratica del magnetismo animale continuò e si sviluppò ad opera di alcuni suoi sostenitori tra i quali si possono ricordare i fratelli Puységur, Deleuze, Du Potet, Bertrand.

In particolare il marchese Chastenot de Puységur (1751-1828) suggerì una analogia fra lo stato ipnotico e il sonno; definì: "sonnambulismo artificiale" lo stato di trance profondo e sperimentò che la trance poteva essere provocata senza la "crisi" che Mesmer aveva considerato essenziale.

Più tardi all' inizio del secolo XIX. A.J.F. Bertrand¹⁶ spiegò come le risposte ipnotiche fossero interamente dovute all' immaginazione del soggetto.

La stessa tesi fu sostenuta dall'abate Faria il quale affermava che i diversi fenomeni sonnambulici non potevano in alcun modo essere attribuiti all'azione di un fluido¹⁷.

Faria sostenne che il sonnambulismo, da lui denominato "sonno lucido", non differiva in nulla dal sonno naturale.

Una radicale e importante revisione teorica del mesmerismo fu proposta da J. Braid (1785-1860) un medico inglese di Manchester.

Un aspetto importante del lavoro di Braid fu la dimostrazione che i fenomeni ipnotici dipendono esclusivamente da "un'impressione sui centri nervosi" senza che fosse necessario ipotizzare l'influenza specifica di un fluido magnetico. Braid fu il primo a dare un'interpretazione fisiologica al fenomeno.

La realizzazione dello stato ipnotico dipende, secondo Braid, dalla concentrazione su un'unica idea (monoideismo) e da un affaticamento del sistema nervoso che si ottiene con la fissazione prolungata dello sguardo.

Braid all' inizio delle sue ricerche mantenne l'analogia ipnosi-sonno in quanto anche il sonno è fatto derivare da un affaticamento del sistema nervoso, ma in seguito si accorse dell' esistenza di importanti differenze fra le due condizioni.

Nel corso della sua vita riformulò più volte la sua teoria dell' ipnosi e arrivò alla conclusione che la suggestione fosse il mezzo per provocare i fenomeni ipnotici anche se da sola non è sufficiente per spiegarli.

Sviluppi successivi dell'ipnosi si devono al lavoro di A.A. Liébeault (1823-1904), un modesto medico di campagna di Nancy che si appassionò ai problemi dell' ipnotismo e del magnetismo animale; e seguendo le tracce di Braid confutò le tesi del magnetismo animale dando molto peso alla suggestione.

Liébeault pubblicò nel 1866 un libro¹⁸ "Sul sonno e gli stati analoghi, considerati soprattutto dal punto di vista dell' azione del morale sul fisico". Il libro fu quasi completamente ignorato sino a quando, anni dopo, H. Bernheim (1837-1919) famoso neurologo parigino, richiamò l' attenzione su di esso.

Liébeault guarì un caso cronico di sciatica che Bernheim aveva avuto in cura e questo incuriosì molto Bernheim che, seccato dallo scalpore suscitato, decise di visitare questo medico che impiegava l'ipnotismo per dimostrarne la ciarlataneria.

Gli capitò invece di convincersi della genuinità delle guarigioni di Liébeault, ne divenne un ammiratore ed amico condividendo le sue teorie sulla suggestione. Fondarono insieme quella che fu poi conosciuta come la scuola di Nancy.

¹⁵ J.Hartland, *Ipnosi in medicina e odontoiatria*, Monduzzi, Bologna, 1980, p.30.

¹⁶ A.J.F.Bertrand, *Traité du Sonnambulisme et des Differentes Modifications qu'il Presente*, J.G.Dentu, Paris, 1823.

¹⁷ J.C.A.Faria, *De la Cause du Sommeil Lucide au Etude de la Nature de l'Homme*, Henry Jouve, Paris, 1823.

Oggi sappiamo con una certa sicurezza che per spiegare la fenomenologia dell' ipnosi non è necessario ricorrere a qual si voglia fluido magnetico. Ma è mio parere comunque che sia difficile negare l' esistenza di una sorta di energia bioradiante. Il lettore interessato all' argomento può far riferimento ai seguenti testi:

- G.Kremmerz, *La Scienza de Magi*, Mediterranee, Roma, 1974.

- F.Racanelli, *L' altra medicina*, Vallecchi, Firenze, 1973.

- B.A.Brennan, *Hands of Light*, B.A.Brennan, New York, 1987, [Trad. It. *Mani di Luce*, Longanesi, Milano, 1989.]

- L.Gennaro, F.Guzzon, P.Marsigli, *La foto Kirlian, ricerche e prospettive*, Mediterranee, Roma, 1977.

- L.Watson, *Super Nature*, 1973 [Trad. It. *Super Natura*, Rizzoli, Milano, 1974.]

¹⁸ A.A.Liébeault, *Su Sommeil et des Etats Analogues Considérés Surtout au Point de Vue de l' action du Moral sur la Physique*, Masson et Cie, Paris, 1866.

Bernheim divenne rapidamente una autorità in materia di ipnosi e considerata la sua reputazione scientifica, in Europa la classe medica non poté mantenere il solito atteggiamento ostile verso l'ipnosi e ignorare completamente le sue opinioni.

I pilastri della teoria dell'ipnosi di Bernheim si possono ricondurre ai concetti di "Suggestione" e di "Ideodinamismo".

La suggestione è definita come la "capacità del soggetto di lasciarsi penetrare da un'idea, capacità o disposizione che non può essere considerata appannaggio esclusivo della neuropatia o dell'isteria, data la frequenza e l'importanza dei fenomeni suggestivi nella vita normale".

Con ideodinamismo viene intesa la: "capacità del cervello di ricevere ed evocare idee e la sua tendenza a realizzarle"¹⁹.

In quel periodo la scuola di Nancy si trovava a dover opporre studi e teorie sull'ipnosi, alla scuola, già famosa, di Charcot (1825-1893) che dominava incontrastato all'ospedale della Salpêtrière di Parigi.

Charcot incominciò ad interessarsi di ipnosi dopo aver assistito a delle dimostrazioni del fenomeno fatte da Donato (come già era successo a Braid e come succederà poi a Freud il quale dichiarava di essersi convinto della realtà dei fenomeni ipnotici dopo aver visto operare Hansen).

Egli iniziò le sue ricerche approfondendo lo studio dell'isteria post-traumatica e le conclusioni che ne trasse furono che l'ipnosi era un fenomeno patologico simile all'isteria e di conseguenza il risultato di una costituzione nervosa anormale.

Riteneva che solo negli isterici potessero svilupparsi i veri fenomeni ipnotici.

Per Charcot nell'ipnosi è possibile distinguere tre stadi distinti: il letargico, il catalettico e il sonnambulico, dotati ognuno di caratteristiche proprie. Il criterio di differenziazione sarebbe dato dall'eccitabilità neuromuscolare.

Mentre per la scuola di Nancy l'ipnosi era sostanzialmente un fenomeno psicologico normale e tutti i suoi fenomeni potevano essere spiegati con la suggestione, per Charcot l'ipnosi era un fenomeno patologico misto in cui interagiva corpo e mente; una specie di nevrosi isterica artificiale.

Il dissidio fu molto aspro e si prolungò per diverso tempo.

A proposito della terapia ipnotica, in quei tempi l'ipnosi era prevalentemente usata per rimuovere direttamente i sintomi delle malattie. Fu con J. Breur (1842-1925), un medico generico di Vienna, che venne introdotta una importantissima innovazione.

È a lui che si può far risalire l'idea che il "sintomo" possa avere un significato nella dinamica psicologica della persona malata.

S. Freud (1856-1939) iniziò a collaborare con Breur ed ebbe occasione di studiare l'ipnosi sia con Charcot, sia a Nancy con Bernheim.

Dopo il primo periodo di entusiasmo Freud abbandonò ben presto l'ipnosi perché disperava di poter far sì che la suggestione fosse abbastanza potente e duratura per poter effettuare cure definitive.

In tutti i casi gravi osservò che le suggestioni impartite perdevano efficacia e il disturbo o qualche suo sostituto si ripresentavano.

La transitorietà dei risultati terapeutici non fu però l'unico motivo che spinse Freud ad abbandonare l'ipnosi.

Altri elementi furono la laboriosità dei procedimenti ipnotici e il suo relativo insuccesso nelle induzioni; la limitazione delle applicazioni terapeutiche; e forse non ultima l'individuazione da parte sua di "un misterioso elemento" di natura sessuale che lo turbava (almeno in un'occasione fu posto a disagio da una paziente che gli aveva gettato le braccia al collo²⁰).

In Russia lo studio dei fenomeni ipnotici avvenne contemporaneamente a Charcot, ad opera di V. Ja. Danilevskij.

Il contributo maggiore fu dato da J.P. Pavlov (1849-1936), il quale interpretò l'ipnosi alla luce dei suoi studi sui riflessi condizionati e la definì come un processo di inibizione corticale diffusa che si accompagna ad eccitazione concentrata di una zona.

¹⁹ loc. cit.

²⁰ H.B.Crasilneck, J.A.Hall, *Clinical Hypnosis Principles and Applications*, Grune & Stratton, New York, 1975, [Trad. It. *Ipnosi Clinica Principi e Applicazioni*, Astrolabio, Roma, 1977] p.27

Gli autori contemporanei che hanno contribuito ad una più profonda comprensione dell'ipnosi sono certamente F.Granone²¹, M.H.Erickson²² e T.X.Barber²³.

F.Granone considera l'ipnosi come una regressione dell'io, indotta nell'ambito di una relazione particolare fra due persone, specificando che la regressione è voluta ed è al servizio dell'io e che non tutto l'io è regredito a livello di processo primario, ma una parte di questo continua a agire secondo il principio di realtà e specificatamente l'ipnosi è la manifestazione della potenzialità dell'immagine mentale che si realizza con monoideismi plastici (ideoplasia). E sarebbe proprio questo monoidesmo plastico a costituire il fondamento di ogni stato di ipnosi²⁴.

L'ipnosi viene vista da Granone come una condizione di modificazione «guidata», ma pur sempre «naturale» dei processi sensoriali, percettivi e psicofisiologici tanto da considerarla un po' l'anello di congiunzione tra mente e corpo.

Interessanti gli studi di Granone sulle differenze tra sonno fisiologico e «sonno» ipnotico, rilevate attraverso i reperti elettroencefalografici (EEG).

Per Milton H. Erickson l'ipnosi è un condizionamento, un influenzamento reciproco onnipresente, inevitabile tra gli interlocutori in ogni tipo di relazione.

L'approccio all'ipnosi di Erickson esclude induzioni formali; egli utilizzando ciò che già sta avvenendo nel paziente accede al potenziale subconscio del medesimo, depotenziando i pregiudizi, gli schemi e le convinzioni limitanti che attribuisce all'io cosciente e consente al paziente di utilizzare le proprie potenzialità.

Milton H. Erickson è sempre stato convinto che i suoi pazienti avessero la potenzialità di funzionare in modo sano e essendo poco interessato ad esplorare la loro psicopatologia, aveva come obiettivo l'aiutarli ad accedere alle loro risorse nascoste.

Suo profondo convincimento era che: «Ogni ipnosi è un'autoipnosi». Nell'ottica di Erickson il ruolo dell'ipnologo ne esce ridimensionato, ma non sminuito; egli diventa un catalizzatore, un facilitatore, che aiuta il soggetto a trovare la «sua strada» per l'ipnosi²⁵.

Il punto di vista di T.X. Barber si differenzia dalla maggior parte delle teorie correnti circa il fenomeno ipnosi. Egli non concepisce lo stato ipnotico come uno stato o una condizione diversi dallo stato normale di coscienza. A riprova di questa affermazione l'autore sottolinea come tutti i fenomeni che si manifestano in stato ipnotico possano anche essere riprodotti, in soggetti normali, nel normale stato di veglia (Barber, 1972).

Egli considera la trance e il suo sviluppo come una conseguenza della spinta motivazionale che il soggetto può esperire all'interno di una data relazione. L'autore sostiene che la trance deriva dall'esperire attitudini, motivazioni e aspettative positive che spingono il soggetto immerso all'interno della dinamica relazionale a comportarsi e a pensare attraverso gli argomenti che gli sono stati suggeriti. Per Barber le tradizionali modalità d'induzione non sono necessarie, mentre considera le variabili contestuali, come il comportamento dell'operatore e la relazione intersoggettiva, degli elementi aventi un'importanza fondamentale per lo sviluppo e il mantenimento dello stato di trance.

In sintesi, attualmente, i principali criteri di lettura dell'ipnosi si sviluppano in due fondamentali filoni di ricerca, a seconda che privilegino i correlati fisiologici del fenomeno ipnotico o quelli psicologici/relazionali che privilegiano la relazione ipnotista-ipnotizzato.

L'approccio neurofisiologico è più orientato a descrivere e a spiegare ciò che avviene nel soggetto ipnotizzato con la realizzazione dello «stato ipnotico».

²¹ Granone F., Trattato di ipnosi, Utet, Torino, 1989 (1983)

²² Erickson M.H., Opere Astrolabio, Roma 1982 (1980) - Erickson M.H., La mia voce ti accompagnerà, Astrolabio, Roma, 1983 - Erickson M.H. Rossi, E. L., Ipnoterapia, Astrolabio, Roma, 1982

²³ Barber T.X., Ipnosi. Un approccio scientifico, Astrolabio-Ubalchini Editore, Roma, 1972 (1969).

²⁴ Granone con monoideismo plastico intende la focalizzazione dell'attenzione su una sola idea, ricca di contenuto emozionale; idea dotata di una forza ideoplastica, cioè di una componente creativa nei confronti dell'organismo che è in grado di suscitare modificazioni psichiche, somato-viscerali e comportamentali, costituendo di per sé l'essenza dell'ipnosi. Ipnosi che risulta essere un fenomeno biologico ma anche un particolare modo di comunicare.

Granone nei suoi scritti sottolinea più volte che il valore e l'importanza terapeutica dell'ipnosi risiede non tanto nella suggestione come facile mezzo per raggiungere successi fittizi, ma nelle vie di accesso che la suggestione stessa attiva ai processi di trasformazione a livello comportamentale e fisiologico del funzionamento dell'organismo umano. La suggestione è intesa da Granone come l'azione per mezzo della quale un'idea viene proposta alla mente di una persona e da questa accolta.

²⁵ F.Moretti, Ipnosi come sistema complesso: Proposta per un modello biopsicosociale, tesi CIICS Torino, 2005 p,12

L'approccio psicologico/relazionale è più orientato a descrivere e spiegare le modalità di relazione che attivano e mantengono nel soggetto ipnotizzabile le condizioni necessarie al verificarsi dei fenomeni ipnotici.

L'approccio neurofisiologico pur spiegando compiutamente, nei limiti della strumentazione odierna, i meccanismi e le aree cerebrali implicate, non ci dà una spiegazione convincente sul perché tali eventi accadano. L'approccio psicologico/relazionale invece, pur tenendo conto dei vissuti soggettivi e degli aspetti relazionali e comportamentali, è costretto a lavorare a livello di scatola nera, e quindi non ci dà informazioni su ciò che accade "dentro" il soggetto e sulla variabilità biologica individuale.

Dalle definizioni di "ipnosi" proposte dagli autori citati si rileva che al fenomeno "ipnosi", seppur con rilevanza diversa, sono attribuiti sia aspetti neurofisiologici riconducibili al soggetto ipnotizzato, sia aspetti di relazione fra ipnotista e ipnotizzato.

Granone propone, per maggior chiarezza, di differenziare i due aspetti definendo "Stato ipnotico" la condizione psicofisica con le sue caratteristiche di particolare stato di coscienza nella quale viene a trovarsi il soggetto ipnotizzato, e "Ipnotismo" la relazione e le modalità di comunicazione impiegate per l'attivazione dello stato ipnotico, affermando inoltre che per le fenomenologie ipnotiche realizzate autonomamente la parola da usare dovrebbe essere "Autoipnosi".

Una proposta di definizione operativa

Per chi scrive l'ipnosi esprime la potenzialità dell'immaginazione; è la manifestazione plastica della rappresentazione mentale, è un fatto biologico, è un dinamismo psicosomatico di particolare partecipazione mente-corpo attraverso il quale il soggetto riesce ad influire sulle proprie condizioni psichiche e fisiche.

L'aspetto che caratterizza tale dinamismo è il monoideismo plastico.

Attraverso la propria coscienza di essere adeguatamente orientata il soggetto è in grado di gestire la potenzialità della sua rappresentazione mentale.

Nell'ipnosi è importante il rapporto interpersonale fra l'operatore e il soggetto

Perché il fenomeno sia adeguatamente gestito, il rapporto deve essere tale da consentire una chiara comunicazione e devono essere attivate certe procedure da parte dell'operatore che orientino l'attenzione del soggetto sull'obiettivo da raggiungere (tali procedure sono dette tecniche di induzione). È inoltre necessaria da parte del soggetto la presenza di precise e specifiche condizioni: aspettative, atteggiamenti, motivazioni e potenzialità di apprendimento.

Va ancora aggiunto che quando il monoideismo non è realizzato attraverso un rapporto interpersonale diretto ma è ottenuto con procedure autonome apprese nel modo più disparato (Training Autogeno, Meditazione, Dinamica mentale, Mind Control, Yoga...) si parla di autoipnosi.

Dalla definizione proposta si evidenzia come diverse siano le caratteristiche del fenomeno che andrebbero approfondite: lo stato particolare di partecipazione mente – corpo; il monoideismo plastico; le aspettative, le motivazioni e le potenzialità di apprendimento coinvolte nel processo e in particolare la relazione operatore-soggetto, che però non possono essere sviluppate in questo lavoro introduttivo²⁶.

Strategia e tecniche di gestione dell'ipnosi

Si sa ormai con certezza, in seguito alle indagini sperimentali svolte in qualificati centri universitari e ospedalieri, che tutte le funzioni del nostro organismo, sia esterne che interne, possono essere influenzate dalla psiche.²⁷

Come si è detto l'ipnosi è "potenzialità dell'immaginazione". È modo di funzionare normale dell'organismo, ovviamente, il più delle volte, non "gestito consapevolmente".

Obiettivo delle tecniche impiegate perché l'ipnosi si manifesti, è quello di aiutare il soggetto ad attivare e gestire le modalità utili affinché l'ideoplasia orientata al soddisfacimento del bisogno sia realizzata; prima con l'aiuto del terapeuta (ipnosi), poi autonomamente (autoipnosi).

Le tecniche di "induzione" che si utilizzano oggi non sono che continue rielaborazioni, aggiustamenti, adattamenti alle personalità dei singoli operatori, delle tecniche utilizzate in passato; e sebbene si sappia con certezza che l'ipnosi non ha nulla a che spartire con il sonno

²⁶ Per approfondire gli argomenti citati si rimanda a: Tirone G., Il potere della parola nella relazione d'aiuto psicologico, geniosi e counseling, ed. Psiche, Torino, 2005

²⁷ J.H.Schultz, *Il training Autogeno*, Ediz. It. Vol.I, Feltrinelli, Milano, 1968, p.186

fisiologico molti operatori usano ancora vocaboli del tipo: “addormentare” e “risvegliare”; pensando all’ipnosi come uno “stato psicofisiologico” rigido da ottenere con una metodica particolare, per poi utilizzarlo a “far terapia”, quasi fosse una siringa²⁸ nella quale immettere la suggestione da trasferire al paziente. E anche chi non dice più che il paziente va addormentato usa come modalità per ottenere “lo stato” tecniche di rilassamento e parla ancora di approfondimento della trance e usa tecniche per approfondire.

Erickson, aveva un approccio particolare all’ipnosi diverso dalla maggioranza degli europei, ma anche lui finisce nel tranello dello “stato di ipnosi” (siringa) e dei livelli di profondità.

Tale modalità di concepire l’ipnosi fa sì che si associno certi comportamenti realizzabili ad altrettanti stati dell’ipnosi e si debbano elaborare tecniche per raggiungere i diversi stati.

Solo in tale contesto hanno senso termini del tipo: “induzione di trance” e “approfondimento della trance”.

Si trovano ancora in pubblicazioni recenti riferimenti all’ utilizzo delle scale di ipnotizzabilità²⁹ e scritti che suddividono le tecniche dell’ipnosi in tecniche di suggestionabilità, tecniche per l’induzione e tecniche per l’ approfondimento.

L’unico, a conoscenza di chi scrive, che non si limita a fare affermazioni del tipo: “non nutro una grande fiducia circa l’ attendibilità delle scale di ipnotizzabilità”, anche se nei suoi scritti continua a classificare l’ ipnosi in leggera, media e profonda (sonnambulica), ma affermi la difficoltà di costruzione di scale in quanto la realizzazione di comportamenti particolari da parte del soggetto non è da ricondurre alla “profondità della trance” ma alla “specifica costituzione organica e viscerale”³⁰ del soggetto stesso, è Granone.

La consapevolezza dell’ inutilità del concetto di “stati di profondità dell’ipnosi”, correlati alla realizzazione dei comportamenti possibili, libera dalla necessità di ricercare sempre stati di maggior profondità dell’ ipnosi e apre nuovi orizzonti.

Che dire di nuovo

Si è cercato di affermare come l’ipnosi non sia uno stato rigido da ricercare (trance) per poi inserire suggestioni, ma è un modo di funzionare dinamico caratterizzato dall’ orientamento della potenzialità della rappresentazione mentale del soggetto, guidata o autogestita, finalizzata a ottenere modificazioni psicofisiologiche e/o comportamentali.

Nell’ipnosi di grande rilevanza è la dinamica relazionale fra la dimensione psicologica e la dimensione fisica che si esprime sempre e comunque, attraverso modalità consce e inconscie, che si dovrebbe cercar di conoscere sempre più dettagliatamente in modo da poterla gestire consapevolmente con finalità di aiuto e terapeutiche.

Un aspetto di tale dinamica relazionale è la rappresentazione mentale nella sua espressione plastica in tutte le componenti dell’ organismo e la parola proposta già da Braid e ripresa da Granone: “monoideismo plastico” o quella proposta da Bernheim “ideodinamismo” ne esprimono l’essenza.

Per non aumentare confusione e accogliere gli aspetti utili di quanto è stato scritto e detto dai ricercatori del passato che hanno definito il fenomeno prima magnetismo e poi ipnosi, è sufficiente accordarci sulle parole e dire che esiste ipnosi quando una rappresentazione mentale si manifesta plasticamente attraverso un’operazione psicofisiologica che viene suggerita da altra persona, o autoipnosi quando la medesima manifestazione psicofisiologica è determinata attraverso un atto volontario senza l’ intervento di altri.

Tale accordo eviterebbe le controversie relative al concetto di “trance” e se di trance ipnotica si vuol parlare si dovrà dire che essa è tutte le volte che si esprime plasticamente un monoideismo, e questo potrebbe o non potrebbe aver nulla a che spartire con la trance spiritica, la trance estatica o qualsiasi altra forma di stato di coscienza diverso.

In qualsiasi stato di coscienza avvenga un monoideismo plastico, per atto volontario o perché suggerito da altri, potremmo essere, per definizione condivisa, in stato di ipnosi; ossia è in atto il dinamismo psicofisico sopradetto.

²⁸ L’ esempio dell’ ipnosi come “siringa” l’ho sentito fare più volte nelle sue lezioni da G.P.Mosconi, allora Presidente dell’ AMISI.

²⁹ La prima scala di ipnotizzabilità è stata elaborata nel 1931 da Davis e Husband e classificava la profondità dell’ ipnosi, a seconda dei comportamenti realizzati dai soggetti, in: Stati ipnoidi, trance leggera, media e profonda. Si sono poi realizzate altre scale: la scala di suscettibilità ipnotica di Stanford e la Harvard Group Scale of Hypnotical Susceptibility ideata da Shor e Orne.

³⁰ F.Granone, *Trattato di Ipnosi*, cit. p.81.

Il criterio di approccio all'ipnosi che si propone, fa superare di un sol balzo tutte le polemiche su chi è ipnotizzabile, su qual è la percentuale statistica delle persone che possono essere assoggettate a terapia con ipnosi, su quale profondità di ipnosi è necessario raggiungere perché un soggetto possa realizzare analgesia, amnesia o i vari comportamenti che si potrebbero ipotizzare.

Tutte le persone possono "manifestare ipnosi" ovviamente con caratteristiche diverse e in relazione alle diverse "suggestionabilità d'organo" (Granone), perché ogni persona è un organismo che si esprime attraverso il corpo, la psiche e il suo sistema di valori. Tutti esprimiamo idee attraverso rappresentazioni mentali, e tutte le rappresentazioni mentali di certa valenza si manifestano plasticamente. Anche se non tutte le persone sono in grado di gestire le rappresentazioni mentali con la valenza adeguata alla manifestazione plastica da raggiungere. Ne fanno testimonianza le diversità di predisposizione genetica e gli apprendimenti realizzati nel corso dell'esperienza storica. (È anche vero che quanto non si sa ancora fare si potrebbe sempre apprendere)³¹.

Se non si deve "indurre uno stato" per ottenere comportamenti terapeutici; in ipnosi, che si fa?

Si insegna alle persone ad impiegare consapevolmente la potenzialità della loro rappresentazione mentale al fine di raggiungere obiettivi precisi.

Ci si può rendere conto di come tutte le tecniche elaborate in passato, comprese le tecniche del magnetismo, possano essere recuperate e integrate al bisogno in un processo di lavoro orientato alla gestione del monoideismo plastico ai fini dell'aiuto.

Non più l'energia del magnetizzatore che per se stessa cura, non più lo stato di ipnosi che permette la cura, ma l'impiego consapevole di una potenzialità della partecipazione mente-corpo finalizzata ad un preciso lavoro su di sé.³²

A questo punto potrebbe essere utile uno schematico confronto fra ciò che si è concepito essere l'ipnosi nel tempo e il punto di vista di chi scrive.

IPNOSI =

Ieri: Magia, Magnetismo, Sonno particolare, Suggestione, Isteria sperimentale, Stato particolare di coscienza.

Oggi: Fatto biologico, Dinamismo psicosomatico di partecipazione mente – corpo esprime il potere dell'immaginazione creativa.

STATO IPNOTICO detto anche TRANCE =

Ieri: Non ben definito, da ottenere con le procedure standardizzate dell'induzione e inteso come una siringa in cui immettere la suggestione (il comando) da realizzare.

Oggi: Condizione particolare di accoglienza dell'informazione proposta e focalizzazione adeguata dell'attenzione su quell'unica idea (monoideismo).

INDUZIONE DELL'IPNOSI =

Ieri: Tecniche standardizzate, passi, rilassamento, catalessi palpebre, levitazioni, visualizzazioni di vario tipo.

Oggi: Relazione operatore-soggetto orientata all'accordo sull'obiettivo e alla focalizzazione dell'attenzione attivatrice dell'ideoplasia.

IPNOTISMO =

Ieri: Induzione + Comandi e suggestioni.

Oggi: Gestione finalizzata dell'energia trasformatrice attivata mediante accoglienza dell'obiettivo e focalizzazione dell'attenzione. (Plasticità del monoideismo)

AIUTO E TERAPIA =

Ieri: Suggestioni che curano, nell'ottica del terapeuta. Condizionamenti e decondizionamenti.

Oggi: Proposta di nuova visione del problema.

³¹ Si deve al contributo di J.H.Schultz con le sue ricerche sul Training Autogeno (cit.) una delle prime sperimentazioni sulle possibilità di apprendimento dei comportamenti "ipnotici" e l'idea conseguente che non esistono soggetti non ipnotizzabili.

³²G.Tirone, *Occuparsi di sé*, cit.

G.Tirone, *La scienza nel Padre Nostro. La luce dell'ombra*, Psiche, Torino, 2004

G.Tirone, *Malattia richiamo dell'anima*, Psiche, Torino, 2003.

Liberazione dai condizionamenti. Rielaborazione significati patogeni.

PROFONDITA' DELL' IPNOSI =

Ieri: Diversi livelli ottenibili con successive induzioni.

Oggi: Suggestionabilità d'organo e apprendimento.

Come padroneggiare l'ipnosi

Per padroneggiare l'ipnosi nell'ottica proposta occorre aver presenti alcuni accorgimenti

È necessario avere ben chiaro e ben definito l'obiettivo da raggiungere: qual è l'idea che deve esprimersi plasticamente; ossia, qual è il comportamento da realizzare e qual è la rappresentazione mentale che la definisce in maniera adeguata.

L'idea da realizzare deve essere fatta propria dal soggetto con cui si opera perché possa attivarsi il dinamismo atteso.

Perché la rappresentazione mentale possa essere espressa in termini fisici e/o di comportamento deve essere "carica della valenza giusta" (motivazione, aspettative, orientamento attenzione).

E ancora altro accorgimento, è che, ovviamente, l'azione definita dall' obiettivo deve essere di possibile realizzazione per il soggetto in virtù della sua costituzione psicofisica e delle sue potenzialità di apprendimento.

Due parole sul rilassamento e sul silenzio.

Molti ipnotisti delle ultime generazioni, pur consapevoli che l'ipnosi sia cosa diversa dal sonno, usano iniziare il soggetto all'ipnosi attraverso l'impiego di tecniche di rilassamento. Tale modalità ha la sua importanza e la sua giustificazione.

La rappresentazione mentale, l'immagine mentale, il pensiero sono una forza. E lo sono in particolare se esprimono in maniera focalizzata l'energia della coscienza.

La coscienza e la presenza al pensiero è l'azione in embrione; e più il pensiero è circoscritto, preciso, unico, carico di significato, più è ricco di forza interna per il manifestarsi della coscienza

Perché l'ipnosi, o l'autoipnosi, possa essere realizzata deve essere chiaro per l' operatore qual è il pensiero realmente efficace: il *giusto pensiero*.³³

Il pensare nervoso, incerto, superficiale, agitato, distratto, senza chiarezza, che scivola da un contenuto all' altro, non guidato, è un pensiero povero di energia realizzatrice.

La rappresentazione mentale deve essere affermativa, decisa, chiara nella sua finalità.

Il pensiero esprime la sua potenza quando è unico ad occupare la mente. Quando è unico l'obiettivo da raggiungere e tutta l' energia mentale è orientata ad esso, il pensiero si fa plastico, creativo.

La focalizzazione dell' attenzione è attiva quando è libera da passioni, emozioni e sentimenti fuorvianti quali sono la paura, la preoccupazione nella riuscita, il desiderio.

La rappresentazione mentale trova la sua massima espressione in uno stato equilibrato della mente.

Si comprende facilmente come un "ambiente mentale equilibrato" sia sinonimo di rilassamento, di tranquillità e pace interiore.

E su tale argomento molto ci hanno insegnato le tecniche di rilassamento che sono state messe a punto negli ultimi cinquant'anni.³⁴

Il rilassamento fisico è "introduzione" al silenzio interiore.

È nel silenzio della mente che la rappresentazione mentale, l'immagine, il pensiero esprime la totalità della sua energia.

Il silenzio è non soltanto assenza di rumori esterni, ma assenza di giudizio e passività attenta.

Le potenzialità dell'ipnosi

Per concludere un accenno alle potenzialità dell'ipnosi.

Quanto una persona abbia la possibilità di ottenere impiegando adeguatamente la potenzialità dell'immaginazione creativa, oggi non ci è dato sapere.

Tutti i giorni si fanno scoperte nuove.

³³ Gruppo di UR (a cura), *Introduzione alla magia*, Mediterranee, Roma, 1987, vol. III p.275.

³⁴ Di notevole rilevanza è il Training Autogeno elaborato da Schultz.

Da diversi anni ormai esistono corsi per insegnare alle persone a camminare sui carboni ardenti senza ustionarsi (pirobazia).

Di certo sappiamo che il soggetto in ipnosi può modificare la percezione del mondo esterno; può percepire stimoli che in realtà non ci sono e non percepire quelli che sono presenti; può distorcere percezioni di stimoli effettivamente esistenti creando illusioni; è in grado di percepire con maggior penetrazione la realtà al di fuori di lui.

In ipnosi è possibile modificare il vissuto cenestesico; il vissuto di schema corporeo e in particolare è possibile un controllo del dolore. Il soggetto in ipnosi può orientare con facilità la propria introspezione nei diversi settori del suo organismo, può ampliare o ridurre le sensazioni che provengono dall'interno del suo corpo, può alterare i parametri fisiologici avvertibili come il battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la temperatura cutanea.

Con l'ipnosi è possibile entrare nella propria storia e variare i criteri di elaborazione dell'informazione in ingresso; è possibile modificare i significati che il soggetto ha dato in passato alle sue esperienze fruendo delle alternative che possedeva.

Si possono ottenere dei cambiamenti nella continuità della memoria (amnesie parziali o totali).

È inoltre possibile accentuare la possibilità di ricordare; è possibile che il soggetto ricordi esperienze anche molto remote.

I meccanismi psicodinamici regolatori del comportamento sono più accessibili e le resistenze sono più facilmente superate.

In ipnosi la valutazione e la critica possono essere modificate.

L'emozione è una risposta dell'organismo ad una certa situazione. Mentre nello stato di veglia il controllo volontario delle emozioni pare essere un compito particolarmente arduo, in ipnosi queste possono essere alterate sia nella direzione dell'accentuazione sia nella direzione opposta della riduzione; e vi è inoltre la possibilità di passare repentinamente da un'emozione all'altra.

Attraverso l'ipnosi il soggetto può apprendere a smorzare la sua risonanza emotiva.

In tale stato variano i parametri spazio temporali.

Il senso dell'io può essere distaccato da un'ampia varietà di tipo di informazioni e situazioni ai quali è normalmente applicato.

In un soggetto in regressione d'età l'emergere di un ricordo con tonalità affettiva particolarmente coinvolgente può essere vissuto non come esperienza propria ma semplicemente come informazione neutra attinta dalla memoria.

Il senso dell'io può anche essere distaccato dal proprio corpo come avviene per la non percezione del dolore. (Granone scrive: "...essendo il dolore una presa di coscienza di un'aggressione, grande o piccola, portata al nostro organismo; la quale prevede l'attività vigile della corteccia e della zona limbica, è presumibile che tutto ciò che contribuisce a spegnere questa attività, dai farmaci (barbiturici, antidepressivi, anti-ansia, ecc.), alla distrazione, può produrre la disattivazione della presa di coscienza del dolore e quindi analgesia").

In ipnosi esiste la possibilità di alterare la qualità e la quantità del controllo della muscolatura volontaria, della motilità e in particolare di modificare alcune modalità di funzionare del nostro organismo, credute al di fuori di ogni controllo volontario, quali quelle del sistema neurovegetativo, del sistema neuroendocrino e del sistema immunitario.

Tutte le possibilità di comportamento elencate non possono essere ovviamente pensate come realizzabili allo stesso livello da tutti i soggetti, almeno immediatamente, in quanto sono coinvolti predisposizione genetica e tempi di apprendimento.

Dall'elenco fatto si evince come la potenzialità dell'immaginazione creativa (ipnosi o meglio gèniosi) possa essere impiegata con successo nell'aiuto psicologico e in diverse forme di terapia.

Il "prendersi cura" della persona

Sig.ra Maitan Patrizia

Coordinatore Infermieristico presso SC Direzione Sanitaria Servizio di Dimissioni Protette, Continuità assistenziale A. O. CTO-Maria Adelaide

Il concetto di "cura" verso la persona umana ha radici profonde nella storia dell'uomo, perché l'uomo "com-patisce" e offre aiuto all'altro provvedendo, se necessario, alla sua sopravvivenza, per garantire in fondo quella della specie, rispondendo ad un sentimento istintivo.

Prendersi cura vuol dire dare attenzione.

Quando una madre si prende cura dei cuccioli? Quando ne sente il richiamo.

La sua risposta è già la cura.

Così il sintomo quale espressione di sofferenza di un dolore profondo, non chiaramente definito, sordo, dolente, diffuso, duraturo, inarrestabile, incontenibile, irrisolvibile e infine deprimente è il messaggio che arriva attraverso innumerevoli canali.

È una richiesta di aiuto lanciata più volte nel tempo, alla quale non è facile e a volte non è possibile dare una risoluzione positiva.

Ma la risposta è già una cura: ecco perché drammaticamente ci giungono immagini di madri denutrite che rispondono al richiamo dei loro bambini attaccandoli ai loro seni vuoti, dai quali non sgorga latte ma solo amore e tenerezza e una condivisione di disperazione.

Il dolore è un'esperienza personale sensoriale ed emozionale spiacevole e fa parte della realtà di ogni individuo e della sua famiglia, del suo contesto socio-lavorativo .

E' un'esperienza che ogni individuo manifesta e affronta in modo unico, a seconda della propria cultura, mettendo in gioco tutto sé stesso.

Prendersi cura , significa quindi ascoltare a trecentosessanta gradi i segnali e i messaggi, della persona sofferente.

Mantenere l'attenzione su tutta la sua sfera personale, senza cadere nella trappola del dualismo classico che distingue l'anima spirituale dal corpo fisico.

Il concetto di malattia come squilibrio psico-fisico-spirituale è da contestualizzare nell'ambiente dove l'uomo vive.

Bisogna interrogarsi socialmente su perché il 30% della popolazione adulta è affetto da dolore cronico benigno, attribuibile nei 2/3 dei casi a patologia muscolo- scheletrica; di conseguenza bisogna interrogarsi nei luoghi di lavoro sulle assenze conseguenti, cercando di creare le condizioni fisiche e psicologiche idonee a contenere il fenomeno.

Ascoltare gli stili di vita della persona sofferente, può portarci a spostare l'attenzione dal sintomo dolore riferito, riproposto, urlato o usato come arma a volte, per trovare l'origine di quel dolore stesso.

Un esempio: dolore sciatalgico ricorrente che si acuisce apparentemente non a causa di uno sforzo o del clima troppo umido o troppo freddo...ma che si presenta in prossimità di un esame universitario o di un periodo di stress e di insoddisfazione lavorativa o in concomitanza alle feste natalizie quando, suoceri, cognati e affini si riuniscono "felicitemente".

Ecco che il dolore c'è e non è una finzione, ma un tenero tentativo di fuga.

Uso la parola tenero perché è quasi ingenuo vedere quanto male una persona può farsi pur di non affrontare le situazioni.

Chi allora può ascoltare , raccogliere, monitorare e rispondere a questo dolore- messaggio, se non chi si prende cura?

Esiste quella splendida cerchia di specialisti che ruotano intorno alla persona e che vengono attivati su richiesta: Medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi e a volte ministri di culto.

Ma il prossimo della persona sofferente è chi con lui convive.

Oggi viene chiamato care-giver : colui che si prende cura...

Quando ci si avvicina all'uomo si sceglie di entrare in un labirinto dal quale si può uscire solo seguendo il filo del buon senso e dell'immedesimazione : chi si prende cura degli altri assume volontariamente un ruolo di responsabilità, che richiede un'impegno totale e una buona dose di pazienza e sopportazione.

Perché non è facile stare vicino a chi si lamenta come un disco rotto, a chi può diventare scortese, a chi non ti fa dormire la notte, a chi ti accusa di non far niente per lui (creando un senso di frustrazione e di sensi di colpa immani) a chi giunge infine persino ad invidiare benessere altrui.

Prendersi cura del care-giver significa salvaguardare la persona che sostiene: allontanarla dal peso anche solo momentaneamente per rigenerarla, creando alleanze con parenti o vicini. Ma chi può aiutare chi aiuta?

Esistono per fortuna reti di volontariato attivabili da chi ha in cura sanitaria la persona sofferente: ricordo che in ogni ospedale esiste un servizio di Assistenti Sociali che conosce bene il mondo del volontariato sui territori.

Ho lasciato per ultima la figura dell'infermiere, proprio come si fa con la torta nuziale al termine del pranzo. E' colui /colei che deve lasciare il dolce in bocca...

È una figura che oggi possiamo trovare operante in più ambiti, che è un punto di riferimento per il sofferente e per la sua famiglia, perché sa essere collegamento tra le diverse figure professionali che ruotano intorno al malato.

Oggi l'infermiere si distingue dalla signora della lampada che si aggirava nei cameroni ospedalieri inglesi, perché ne ha fatta di strada, ma che non deve rinnegare ora più che mai quella luce che portava conforto.

Quale luce? Quale conforto?

E' semplice: basta mettere in gioco sé stessi:

- accettare un caffè o programmare del tempo con la moglie del signor Rossi che stiamo seguendo in cure domiciliari;
- nel turno di notte, quando tutto diventa più difficile, può servire preparare una tisana da assumere insieme al malato, che non riesce a dormire per il dolore, dopo avergli somministrato il sedativo, monitorando il beneficio;
- educare, anche con il proprio esempio, a non assumere comportamenti errati in campo igienico (vedi fumo) per migliorare la perfusione e quindi il beneficio di un farmaco.
- dedicare del tempo... come dono più prezioso, oggi più che mai, senza farsi coinvolgere troppo nella spirale della produttività, della "numerologia", ma stando a fianco del protagonista, ancora e sempre dalla sua parte e per i suoi interessi...
- dedicare attenzione alla sfera spirituale della persona, considerando i vari aspetti che il dolore assume nelle diverse culture e religioni in una società multietnica...
- insomma: basta non lasciarli soli...!

Concludo con una poesia tratta dal libro di M.V. Grippo Tonini "Tanta è la vita", perché si addice a tutti i tipi di sofferenza anche quella del distacco e contiene un messaggio di speranza...:

Il lento abbandono del corpo

Ho parlato con Dio/ Le parole non eran le solite/ Gli dicevo: Signore ecco il dolore del mio corpo del mio spirito, non lasciarmi da sola/ Rispondeva l'Immenso con un piccolo gesto di qualcuno...

Proprio quello che calmava il dolore.

Tavola Rotonda

"Alimentazione / idratazione e sofferenza alla fine della vita"

Moderatore: Oscar Bertetto

Intervengono: *Pierpaolo Donadio, Domenico Gioffrè, Maurizio Mori, Michele Piccoli, Paola Piscozzi, Marilia Boggio Marzet, Ermis Segatti, Furio Zucco.*

Al dibattito partecipano vari esperti, portavoce di sfere specifiche del sapere, al fine di creare una amalgama valida di riflessioni sull'ultimo tema della giornata. Si tratta ora di affrontare più da vicino la sofferenza in senso più oggettivo: quella dell'ultima fase della vita. Infatti è decisamente attuale il dibattito sull'utilità o meno dell'idratazione alla fine della vita così come la discussione sulla proporzione o meno di integrazioni alimentari. Si tratta in questa sede di dar voce alle dimensioni bioetica, tecnica, psicologica, assistenziale, medico legale, religiosa, in un confronto teso a verificare se e quanto una alimentazione/idratazione alla fine della vita incidono sulla sofferenza del malato. In prossimità della morte il desiderio di bere e di mangiare diminuisce. Gli studi clinici sono limitati ma suggeriscono che l'idratazione in un paziente morente non influenza né la sopravvivenza né il controllo dei sintomi. Viceversa può costituire un'"intrusione non necessaria. Sete o sensazione di bocca asciutta nel paziente terminale possono essere causate dai farmaci e, in questi casi, l'idratazione artificiale è improbabile che allevi questi sintomi. Come "difendere" il valore simbolico dell'idratazione quando la sua sospensione o non attuazione diviene chiaro segno di morte imminente? Come comportarsi in situazione per cui clinicamente è richiesta una rigorosa restrizione idrica? In questa sede non ci si pone l'obiettivo di rispondere definitivamente a tali dilemmi e quesiti che sono e saranno oggetto di fiumi di parole per anni di dibattiti, ma certamente si vuole sollevare la questione, nella speranza che da qui possa partire un programma fattivo per studiare il problema e tracciare una linea di indirizzo condivisa. Al tavolo sono chiamate figure appartenenti a prestigiose Società Scientifiche autrici di importanti documenti di indubbia utilità

nella gestione di problematiche complesse in cui si uniscono istanze tecniche con quelle bioetiche e religiose.