

Dolore e religioni

Rosanna Cerbo

Docente di Neurologia Università "Sapienza" Roma

Responsabile Centro di medicina del dolore "Enzo Borzomati" Policlinico Umberto I

Le dimensioni del fenomeno del dolore cronico sono ampie: 19% in Europa (l'Italia, dopo Norvegia e Polonia, è il Paese con prevalenza più alta: 32% al nord e 22% al sud) 56% donne, età media 50 anni. Il dolore cronico ha alti costi socio economici e l'Italia rappresenta il Paese Europeo in cui sono maggiori: 17% di perdita di lavoro, 28% di riduzione dei livelli di responsabilità, 22% di comparsa di depressione. Inoltre è noto il fenomeno dell'innalzamento dell'età: le persone over 65 nel mondo sono circa seicento milioni e l'Europa è l'area geografica con la più alta percentuale di anziani. Le statistiche rivelano che un anziano su due ha problemi di dolore cronico dovuti nella maggior parte dei casi a osteoartrosi, complicanze di malattie cardiovascolari o di diabete, e che la stragrande maggioranza di loro soffre di dolori cronici da oltre 8 anni, e che circa un quinto ha combattuto il dolore per più di un ventennio. Questi dati fanno emergere come in tali pazienti il dolore cronico non venga correttamente diagnosticato e di conseguenza non curato come dovrebbe. Secondo i dati dell'EFIC, (Federazione Europea) oltre il 25 per cento delle persone colpiti da tumore non riceve alcun adeguato trattamento per combattere il dolore associato alla patologia.

La lotta al dolore non è ancora considerata una priorità nel nostro Paese. E' evidente che la sensibilità intorno al tema sta crescendo, ma la strada è ancora lunga e i progressi piuttosto lenti. In base agli ultimi dati, i reparti di cure palliative sono, a tutt'oggi, 206, la gran parte dei quali concentrati nelle regioni del centro-nord, poco meno del 10% al sud. Per quanto riguarda le strutture ospedaliere, lo sforzo sostenuto per attivare la rete di "ospedale senza dolore" non è stato, finora, supportato dagli investimenti di risorse organizzative indispensabili.

La ricerca nel campo della medicina del dolore ha fatto passi da gigante negli ultimi decenni ed il medico ha a disposizione formidabili armi farmacologiche e procedure strumentali per combattere il sintomo dolore. E la frontiera più difficile da superare sono i pregiudizi e la mancanza di una cultura specifica . Per prima la scarsa diffusione della terapia con oppiacei. L'Italia è tra gli ultimi posti tra i paesi occidentali nel consumo terapeutico di morfina che viene indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come parametro di avanzamento sociale di una nazione. Vari sono i fattori che possono aver influenza su questo dato: carenza nel percorso formativo dei medici (poche ore nel corso di studi, una sola scuola di specializzazione a Verona), pregiudizi culturali dei pazienti e dei loro parenti: oppiacei vissuti" come ultima spiaggia, mancanza di informazione: paura di dipendenza. E tuttora, a pochissimi anni dalla approvazione delle nuove norme che rendono più facile la prescrizione di farmaci oppiacei, questa è cresciuta di poco. Proprio in questi giorni il Ministero competente ha emesso nuove disposizioni ancor più facilitanti.

E' interessante inoltre rilevare come ancora oggi non è raro il ritenere che fattori religiosi possano influire negativamente nella accettazione della terapia del dolore.

Le tre religioni monoteiste, che credono in unico Dio, hanno una visione della terapia del dolore abbastanza simile. Proprio perchè in poche situazioni come nel momento del dolore, il rapporto tra l'uomo e Dio è così profondo, complesso e, per alcuni versi, contraddittorio. La sofferenza è certamente banco di prova severo, a volte drammatico, del senso della vita, della fede in Dio. Di fronte al dolore fisico e morale, che accompagna la malattia , l'uomo interroga la propria fede, il suo Dio. Si mette alla prova e mette alla prova Dio. Certamente l'uomo ha paura del dolore fisico, teme la morte, si sente solo e talora abbandonato dal suo Dio. Nelle preghiere delle tre religioni è comune la richiesta di essere preservati dal dolore, ma anche viene ribadita, l'accettazione di questa condizione. Sono un medico che si occupa della medicina del dolore e sono credente. Altri, molto meglio di me, sapranno parlare del significato teologico del dolore nelle religioni monoteiste, ma è mio grande desiderio, accolto con

favore dagli amici di religione ebraica e dagli amici di religione islamica, che il convegno del 23 giugno 2009 e tutto ciò che ne deriverà, sia dedicato ad una persona che molto ha sofferto, che tutti noi stimiamo e che molti di noi amano: *KAROL WOJTYLA* E mi piace concludere questa breve introduzione con alcune citazioni di *Karol Wojtyla* sulla sofferenza umana, sulla terapia del dolore , soprattutto quando si accompagna alla malattia nella fase finale dell'esperienza terrestre dell'uomo. Queste testimonianze appaiono condivisibili da tutti coloro che credono in Dio, che possiamo chiamare in modo diverso, ma che sappiamo essere unico.

La sofferenza appartiene alla vicenda storica dell'uomo, il quale deve imparare ad accettarla e superarla

2000 – Giubileo degli ammalati: "Bisogna rendersi conto che anche il dolore e la malattia fanno parte del disegno di Dio, e come tali vanno accettati, anche se e' giusto lottare contro la malattia, perché la salute e' un dono di Dio"

Lunedì, 25 febbraio 2002

..... nell'impegno medico e assistenziale verso i sofferenti, come pure in quello alle frontiere della ricerca, è importante che si tenga sempre presente la centralità della persona, a qualunque razza o religione appartenga

Venerdì, 12 novembre 2004

La vera compassione, promuove ogni ragionevole sforzo per favorire la guarigione del paziente. Al tempo stesso essa aiuta a fermarsi quando nessuna azione risulta ormai utile a tale fine. Il rifiuto dell' accanimento terapeutico non è un rifiuto del paziente e della sua vita. Infatti, l'oggetto della deliberazione sull'opportunità di iniziare o continuare una pratica terapeutica non è il valore della vita del paziente, ma il valore dell'intervento medico sul paziente.

L'eventuale decisione di non intraprendere o di interrompere una terapia sarà ritenuta eticamente corretta quando questa risulti inefficace o chiaramente sproporzionata ai fini del sostegno alla vita o del recupero della salute. Il rifiuto dell'accanimento terapeutico, pertanto, è espressione del rispetto che in ogni istante si deve al paziente.

Venerdì, 12 novembre 2004

Al medico non deve essere impedito di rispettare il desiderio di un paziente di permettere al naturale processo di morte di seguire il suo corso nella fase finale di malattia. Nell'immediatezza di una morte che appare ormai inevitabile ed imminente è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita" poiché vi è grande differenza etica tra "procurare la morte" e "permettere la morte": il primo atteggiamento rifiuta e nega la vita, il secondo accetta il naturale compimento di essa. è stata sintetizzata la dottrina tradizionale sull'uso lecito e talora doveroso degli analgesici nel rispetto della libertà dei pazienti, i quali devono essere posti in grado, nella misura del possibile, "di soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incontro definitivo con Dio". D'altra parte, mentre non si deve far mancare ai pazienti che ne hanno necessità il sollievo proveniente dagli analgesici, la loro somministrazione dovrà essere effettivamente proporzionata all'intensità e alla cura del dolore, evitando ogni forma di eutanasia quale si avrebbe somministrando ingenti dosi di analgesici proprio con lo scopo di provocare la morte.