

Cure palliative «Il dolore si può controllare»

Il cardiologo ticinese Giorgio Nosedà ha racchiuso in un libro le sue riflessioni sulla vita e sulla morte
«Sono terapie efficaci e globali con lo scopo di migliorare la qualità di vita e diminuire i sintomi depressivi»

Il termine «palliativo» deriva da *pallium*, che nella Roma antica designava il telo di lana che si poggiava su una spalla e si avvolgeva intorno al corpo, per proteggerlo. Nella moderna medicina «cura palliativa» ha purtroppo assunto un significato di rimedio sostitutivo, di facciata, quando si tratta invece - come statuisce l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) - di un complesso di cure utilizzate in situazioni anche molto diverse fra loro: disabilità congenite, paralisi conseguenti a incidenti, depressioni, sindromi neurologiche e neurodegenerative (forme di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, distrofia muscolare progressiva), morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, paralisi dopo ictus cerebrovascolari, dolori cronici invalidanti (gravi affezioni degenerative della colonna vertebrale), seri scompensi cardiaci o respiratori, AIDS e forme avanzate di tumore. Giorgio Nosedà, medico cardiologo, professore emerito all'Università di Berna e membro onorario dell'Accademia svizzera di scienze mediche (ASSM), ha affrontato con un linguaggio accessibile a tutti l'ardua tematica nel saggio «Una finestra nella tua casa». Prefazione di Hans Neuschwander (Gabriele Capelli Editore, Mendrisio). Lo abbiamo intervistato.

SERGIO CAROLI

Da sempre convinto assertore della medicina scientifica, dopo aver vissuto grandi successi negli ultimi cinquant'anni, Nosedà ha accettato di fare parte del Comitato di Palliative (l'Associazione ticinese di cure palliative) ed ha «messo per iscritto alcune riflessioni sulle questioni della vita, della morte, della malattia, del sistema sanitario e, in particolare, del conforto dovuto alle persone sofferenti».

Professor Giorgio Nosedà, perché il titolo «Una finestra nella tua casa»?

«Un reduce dalla guerra e dai campi di sterminio polacchi, David Tasma, in cura da Cicely Saunders, fondatrice di Hospice, per un tumore in fase terminale, le lascio per testamento cinquantotto sterline per contribuire all'edificazione di un centro di cure palliative, accompagnando il lascito con queste parole: «Voglio essere una finestra nella tua casa». La finestra è da intendersi come apertura verso l'esterno di una persona costretta nel chiuso della sua camera e della malattia. La finestra è il simbolo dell'empatia con cui ci avviciniamo agli ammalati».

«Non ho voluto accingermi a cambiare il mondo, ma solo a fare qualcosa contro il dolore». All'inizio del suo saggio lei riporta questo pensiero di Cicely Saunders, appunto. Ma chi era?

«Cicely Saunders era un'infermiera inglese che nel 1967 aprì al St. Christopher Hospital di Londra, il primo reparto Hospice dedicato alla cura dei malati cronici e terminali. Più tardi si laureò in medicina, svolgendo un'importante attività di sensibilizzazione al tema delle cure palliative».

La validità delle cure palliative è dimostrata da un articolo apparso nell'agosto del 2010 sul «New England Journal of Medicine», la rivista di medicina più prestigiosa al mondo. Cosa dice?

«L'articolo riferiva di un'indagine, eseguita su due gruppi di pazienti, affetti da cancro polmonare avanzato, con metastasi. Le persone del primo gruppo avevano ricevuto la chemioterapia classica, quelle del secondo una terapia palliativa precoce. Alla fine dello studio, i pazienti del secondo gruppo godevano di una migliore qualità di vita e accusavano una minor frequenza di sintomi depressivi. Ma ciò che era più positivo era il fatto che essi avevano avuto anche una sopravvivenza superiore di quasi tre mesi».

La medicina palliativa si impegna non a curare organi e disturbi metabolici, a fare diagnosi, bensì a curare persone, che in quel momento sono diventate pazienti con delle necessità. Questo concetto aderisce ai due primi principi dell'etica medica?

«Certamente. Le cure palliative sono, come dice l'Organizzazione mondiale della sanità, cure attive e globali di un paziente, il cui malata non risponde ai trattamenti che mirano alla guarigione. Il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è prioritario. Il traguardo delle cure palliative è lo sviluppo della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e per le loro famiglie. Bisogna sfatare la concezione di cure palliative come terapie sostitutive e inadeguate. Si tratta al contrario di interventi di grande efficacia».



LA DEFINIZIONE

«Le cure palliative sono cure attive e globali di un paziente la cui malattia non risponde ai trattamenti che mirano alla guarigione. Il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è prioritario. Il traguardo delle cure palliative è lo sviluppo della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie».

Organizzazione mondiale della sanità (OMS)

IL PAZIENTE AL CENTRO

«Gli scopi: tenere in alta considerazione la vita e conferire dignità alla morte; rispettare la dignità e l'autonomia del paziente; porre le sue priorità al centro delle cure (...); alleviare il più possibile sintomi difficilmente sopportabili, quali dolore, difficoltà respiratorie, nausea, angoscia o confusione; mettere in atto ogni misura di riabilitazione, diagnostica e terapeutica, che migliori la qualità della vita del paziente».

Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM)

PROFESSIONALITÀ

«Tali cure, quando sono di grande qualità, sostituiscono a conoscenze e a metodi di lavoro professionali, e vengono prodigate, nei limiti del possibile, nel posto auspicato dal paziente».

Federazione dei medici svizzeri (FHM)



INSIEME Le cure palliative richiedono una rete composta di medico, infermieri, altri operatori socio-sanitari, autodomiciliari, parenti, conoscenti, volontari e, se richiesto, religiosi. (Foto Maffi)

Leggo: «Nel momento in cui la cura si rivela inefficace va ancor più rafforzata un'intensa relazione fondata sulla verità, sul colloquio costante e sulla partecipazione affettiva intensa». In che modo?

«Le cure palliative richiedono una rete protettiva composta di medico, infermieri, altri operatori socio-sanitari come fisioterapisti e ergoterapisti, autodomiciliari, parenti, conoscenti, volontari e, se richiesto, anche

di religiosi. Tutte queste persone insieme devono garantire una presenza e un impegno di tempo costanti, oltre che una terapia sintomatica, fra cui, in particolare, la morfina per alleviare i dolori».

«Da giovane medico - lei scrive - la morte mi faceva più paura. Ora sono capace di avere un rapporto intimo con chi sta morendo». Che cosa ha appreso?

«Con il trascorrere del tempo, le

esperienze di morte si accumulano nella nostra vita, diventando quasi più familiari e meno angoscianti».

La morte di una persona, se adeguatamente accompagnata e privata da sofferenze e dolore, può persino essere una liberazione auspicata e dunque meno traumatica. Fondamentale è inoltre l'accompagnamento dei parenti e degli amici nel processo di distacco e di elaborazione del lutto».

«IN SVIZZERA SEMPRE PIÙ ANZIANI E MALATI»



INDIFESI Un problema nuovo e in crescita nel nostro paese è la violenza contro le persone anziane. (fotogonella)

Attualmente in Svizzera - rileva il professor Giorgio Nosedà - il 15-20% delle persone anziane sono bisognose di cure e si prevede un loro aumento di circa il 30% nel 2030. Dato che le persone più anziane vivono più a lungo, occorre considerare un sensibile aumento del numero di malati di Alzheimer o di altre forme di demenza senile, previsti a circa duecentomila nel 2030 (+73%, secondo il Rapporto dell'Osservatorio svizzero della salute del 2011), o altre patologie, come i tumori, in crescita con il progredire dell'età.

Grazie all'intervento dei servizi di cura a domicilio, parte di questi anziani potrà essere curata a casa, ma aumenterà il numero di coloro che dovranno essere ricoverati in strutture specializzate. Un problema nuovo e in crescita è la violenza contro gli anziani. In Svizzera, secondo i dati al-



«Purtroppo si prospetta concretamente il rischio di una sanità a due velocità»

(Foto Crinari)

trali, sono stimati a circa cinquanta-mila sessantamila all'anno i casi di maltrattamento (che comprende diversi aspetti quali l'impiego di violenza fisica e psicologica, dall'intimidazione alle persone, alla trascuratezza, allo sfruttamento economico, ecc.). Allo stesso modo è in aumento il numero dei suicidi in tarda età.

Quanto vale la salute? Quanto vale la vita? Che ruolo deve avere lo Stato nel campo della salute? Si prospetta il rischio - risponde il professor Nosedà - di una sanità a due velocità che favorisce chi è in grado di pagare polizze complementari oltre all'assicurazione di base. Si parla addirittura di introdurre premi speciali che diano il diritto di precedenza nelle prestazioni ospedaliere».

L'introduzione del sistema DRG, Diagnosis related group, fatturato-

no ospedaliera forfettaria per patologia - prosegue il nostro interlocutore - spinge gli ospedali a dimettere i pazienti non ancora ristabiliti completamente».

Ciò rende poi difficoltosa la loro convalescenza, se privi di assistenza a domicilio, e purtroppo nel nostro Paese mancano le strutture per ricoveri subacuti destinati a questo ruolo».

Infine quali gli effetti della politica di austerità? «L'autorevole rivista medica «Lancet», nel numero di aprile 2013, riporta un articolo sulla «Salute in Europa», elaborato da insistenti studi che afferma come l'insieme delle politiche di austerità, unite agli squilibri dell'economia e collegate a una scarsa protezione sociale, potranno portare l'Europa a dover affrontare disordini sociali sempre più diffusi».

S.C.