

### **Documento approvato dal Consiglio direttivo del 26/7/00**

I farmaci disponibili per la terapia del dolore, in particolare gli oppioidi, sono usati in Italia meno che in altri paesi paragonabili al nostro per sviluppo economico-sociale, per cultura medica e organizzazione sanitaria: secondo i dati del Pain Research Group dell'Università del Wisconsin, resi pubblici nel 1995 dall'International Narcotics Control Board, i consumi medi di morfina in Europa nel 1993 andavano dai 70 mg pro capite della Danimarca ai 10 dell'Italia, che seguiva Grecia e Albania e precedeva soltanto Romania, Croazia e Jugoslavia, ma usava una quantità di morfina che era la metà di quella consumata da Germania e Francia. È facile arguire di qui che nel nostro paese quei farmaci non sono usati in maniera adeguata e che la terapia del dolore non sfrutta tutte le potenzialità delle quali potrebbe disporre, non soltanto per affrontare le sofferenze gravi che spesso segnano la fase terminale della vita, ma anche per alleviare i dolori, non rimediabili con l'assunzione di altri farmaci compresi nella pur vasta gamma di analgesici disponibili, che accompagnano il decorso di malattie sia pure meno gravi o gli interventi chirurgici. Nonostante che la lotta al dolore stia diventando sempre più importante e si diffonda la medicina palliativa accade ancora troppo spesso che la terapia del dolore sia considerata un aspetto accessorio della cura: gli interventi in merito vengono sovente decisi al bisogno, senza protocolli validati, come accade per gli atti terapeutici maggiori. Questo comportamento deriva dall'assunzione che il dolore sia un aspetto marginale delle malattie e che esso vada combattuto soltanto dopo la sua insorgenza, come se la sofferenza fosse inevitabile o dovesse essere accettata. In questo modo si rinuncia a prevenire il dolore, diversamente da ciò che si fa, ovunque sia possibile, per altre manifestazioni patologiche. Si rinuncia cioè a impiegare misure per evitare che il dolore insorga e si accetta di limitarlo quando esso ha già raggiunto una certa intensità e il paziente non è più in grado di sopportarlo, lasciando al personale sanitario il giudizio sul momento in cui quella lotta non può più essere continuata e il malato ha diritto a un sollievo.

Il presupposto di questo atteggiamento è l'idea che il paziente debba avere sofferto almeno un po' prima di essere sottoposto a trattamenti analgesici, perché il dolore è un aspetto positivo dell'esistenza umana. La nostra tradizione culturale ha visto nella medicina una disciplina severa che, oltre a curare le malattie, contiene un messaggio morale: non soltanto la guarigione, ma tutti i benefici, di qualsiasi tipo, devono essere meritati, affrontando le sofferenze necessarie. Moralisti e filosofi si sono presentati come "medici dell'anima" e hanno sostenuto che la virtù è una forza, rivelata dalla capacità di resistere al dolore. Dottrine filosofico-religiose come il platonismo hanno visto nel dolore un tratto necessario dell'esistenza umana, associato alle colpe degli uomini, e nella sua accettazione un modo per espiare quelle colpe. Questa concezione del dolore, comune a molte religioni della salvezza, è stata accolta dal cristianesimo, che sulla sofferenza ha costruito una parte importante della propria teologia. Ma a partire dagli inizi dell'età moderna la cultura occidentale ha elaborato un'etica nella quale la riduzione del dolore e la ricerca del piacere sono tratti positivi e la medicina è considerata come uno strumento prezioso per migliorare le condizioni della vita. In questa prospettiva il dolore diventa semplicemente un'esperienza negativa, una vera e propria patologia, che va prevenuta, limitata e combattuta. Combattere il dolore non può più essere considerato un compito minore e facoltativo del medico, ma deve essere posto tra i suoi doveri principali, come il contrasto a qualsiasi altra manifestazione patologica. Nel numero del 18 settembre dell'anno scorso il British Medical Journal riferisce che in Inghilterra è stato preso un provvedimento disciplinare contro un medico che non avrebbe trattato adeguatamente il dolore in sei pazienti, e il periodico lamenta la scarsa attenzione prestata a questo tema da parte delle Facoltà di Medicina e del Ministero della Sanità. Queste osservazioni, tanto più significative in un paese che consuma una quantità di morfina doppia rispetto a quella che si consuma da noi, dimostrano che la lotta contro il dolore incomincia a essere considerata un dovere fornito di adeguate basi etiche. Del resto perfino la Chiesa cattolica, che tanto ha contribuito a diffondere l'idea che il dolore sia frutto del peccato e vada accettato come espiazione, ha da tempo ritenuto lecito ricorrere a terapie antalgiche, anche se esse dovessero determinare un'abbreviazione della vita: già Pio XII aveva dichiarato che, se l'intenzione dei medici è di alleviare la sofferenza, l'eventuale abbreviazione della vita può essere accettata come conseguenza indiretta.

Ma l'idea che l'uso degli oppioidi possa abbreviare la vita dei pazienti è soltanto uno dei pregiudizi correnti sui farmaci con i quali si può combattere il dolore, e in particolare sulla morfina, che anche nell'opinione comune è considerata il farmaco simbolo della fase ultima della lotta contro il dolore. Si tratta di pregiudizi derivati dalla giustificazione etico-religiosa del dolore: in questa prospettiva la morfina dovrebbe rappresentare un rimedio estremo, nel senso che dovrebbe essere somministrata soltanto quando la sofferenza è diventata insopportabile, come se ci fosse un limite inferiore, di carattere addirittura morale, al di sotto del quale essa non va usata. Inoltre la somministrazione della morfina avrebbe anche un limite superiore, nel senso che oltre una certa soglia essa diventerebbe inefficace, darebbe dipendenza o addirittura abbrevierebbe la vita.

Questi pregiudizi non soltanto hanno perso gran parte della loro forza morale, ma sono risultati infondati anche dal punto di vista strettamente scientifico. Del tutto ingiustificata è la preoccupazione che l'uso della morfina abbrevi la vita, perché anzi le terapie antalgiche addirittura possono prolungare la vita dei pazienti, dal momento che è semmai il dolore che deteriora la qualità della vita e può condurre alla morte. D'altra parte sono spesso errori nell'uso di analgesici, dovuti a sottodosaggio, che causano una "tolleranza precoce" e danno la falsa impressione di dover continuamente e inutilmente aumentare le dosi. Un "effetto tetto", cioè la comparsa di una soglia oltre la quale l'effetto analgesico di un farmaco non aumenta più al crescere della dose, mentre crescono gli effetti collaterali indesiderati, esiste per alcune sostanze, ma non per tutte. Perciò è compito di una terapia corretta scegliere la procedura che eviti tolleranza precoce e l'effetto tetto. Quanto agli effetti negativi dovuti a sovradosaggio di oppioidi, essi sono farmacologicamente ben contrastabili. La dipendenza infine è un fenomeno molto raro, reversibile e ben distinguibile dalla dipendenza psicologica compulsiva, tipica della tossicodipendenza vera e propria. Pertanto una buona conoscenza dei farmaci, della loro azione e delle interazioni tra i diversi farmaci può evitare interventi inefficaci, periodi troppo lunghi di non copertura, crisi di astinenza.

I pregiudizi sopra descritti hanno ispirato la legislazione formalistica e sospettosa che disciplina l'uso degli oppioidi. Con DPR del 9 ottobre 1990 n. 309 è stato emanato un "Testo unico delle leggi in materia di stupefacenti", che colloca gli oppioidi tra gli stupefacenti ad alta pericolosità. Per prescriberle il medico deve usare il Ricettario Ministeriale, del quale deve fare apposita richiesta e che esige la specificazione di molti dati relativi al paziente e al medico. Il medico può prescrivere una sola preparazione e deve indicare il dosaggio in uno schema terapeutico che non superi gli 8 giorni. La violazione di queste norme è punita con ammende che vanno da £ 200.000 a £ 1.000.000. Ancora più vessatorie sono le norme che regolano la detenzione, la somministrazione e la vendita degli oppioidi da parte dei medici o degli enti autorizzati e dei farmacisti: sono infatti previste registrazioni complicate, che vanno eseguite entro scadenze inderogabili e notificate all'autorità sanitaria, e sono previste sanzioni che arrivano all'arresto fino a due anni e all'ammenda fino a £ 4.000.000.

Nessuna di queste norme risponde a una qualche esigenza intrinseca all'uso degli oppioidi come strumenti terapeutici, mentre tutto l'insieme dei provvedimenti legislativi si ispira alla credenza che esista una stretta affinità tra l'uso antalgico degli oppioidi e l'uso di sostanze psicotrope a scopo stupefacente, e che i farmaci oppioidi possano sostituire le sostanze stupefacenti in questo loro uso. Oggi da un lato misure puramente repressive per controllare l'uso della droga sono considerate insufficienti perfino dai proibizionisti più rigorosi, dall'altro il pericolo rappresentato dall'uso medico della

morfina e dei farmaci antalgici non è più considerato rilevante, sia per le caratteristiche farmacologiche degli oppioidi, sia per le modalità di somministrazione sfruttate nella terapia antalgica, e ancora perché ben altri sono i fattori che possono indurre all'uso degli stupefacenti e rendere più facile l'accesso a essi. Eppure pregiudizi e timori infondati continuano a impedire la pratica di un'efficace terapia del dolore, trasformando quelli che sono atti terapeutici a tutti gli effetti in atti essenzialmente amministrativi. Ciò ha fatto sì che i medici siano scoraggiati dall'adottare un modo nuovo di affrontare il dolore. L'80% di loro non ritira neppure il ricettario speciale, necessario per le prescrizioni di oppioidi e molte farmacie non ottemperano all'obbligo di avere morfina a disposizione. E ciò avviene mentre aumenta il numero dei malati terminali e cresce da ogni parte l'auspicio che essi, quando è possibile, siano curati a casa loro, dove possono vivere la propria esperienza, seguiti dal medico di famiglia, tra gli affetti familiari, senza gravare gli ospedali di compiti che spesso essi possono svolgere meno bene di una famiglia. Del resto perfino negli ospedali, nei quali ci sono ampia libertà di uso degli oppioidi, disponibilità di mezzi adeguati di somministrazione e possibilità di controllo dei loro effetti, il regime di sospetto istituito dalla legislazione vigente fa sentire i suoi effetti, ostacolando lo sviluppo di una sistematica terapia del dolore posta sullo stesso piano degli altri interventi terapeutici e favorendo la mentalità per la quale le pratiche antalgiche hanno sempre qualcosa di eccezionale e sfiorano l'illecito.

Il primo passo per cambiare le cose è approvare una nuova legge sull'uso degli oppioidi nella terapia del dolore: questo passo non basta a cambiare la mentalità diffusa, perché deve cambiare l'atteggiamento dei medici e bisogna insegnare ai cittadini a chiedere di essere curati anche del dolore e prima che il dolore insorga. Non soffrire o soffrire il meno possibile è un diritto dei cittadini e la quantità del dolore deve essere apprezzata sulla base dell'esperienza del paziente.

Ma intanto occorre cambiare la legge. La correzione della legge vigente non dovrebbe essere difficile, perché istituzioni, gruppi e persone divise su molte questioni bioetiche, su questo punto sono concordi. Un progetto di legge è attualmente all'esame del Parlamento. Ma non viene discusso. La Francia aveva norme simili alle nostre, ma in breve tempo sono state cambiate. Nel 1992 il limite di prescrizione della morfina è passato da 7 a 14 giorni ed è stata immessa sul mercato della morfina a liberazione prolungata che evita la possibilità di usarla come droga. Questi provvedimenti hanno preluso a una campagna di lotta contro il dolore, culminata nel 1995 con l'estensione del limite di prescrizione a 28 giorni. Dopo l'approvazione delle nuove norme nel 1995 il 75% della morfina ad azione prolungata è stata prescritta ambulatorialmente dai medici generici. E in Spagna un'efficace campagna di addestramento dei medici ha fatto salire l'uso della morfina da kg. 24 del 1985 a kg. 350 del 1995. Bisogna sollecitare i nostri rappresentanti del popolo, i quali devono rendersi conto che ogni ritardo costa sofferenze a persone che non hanno colpe e soprattutto in coloro che non hanno i mezzi per difendersi dalle esperienze che devono affrontare. Si tratta cioè di sofferenze che colpiscono i più deboli, che non hanno gli strumenti, forniti dal sapere o dalla posizione sociale, con i quali ottenere ciò che già potrebbero avere nella pur difficile situazione attuale. Non sempre è chiaro se i provvedimenti che i politici sono chiamati a discutere e ad approvare o respingere siano buoni o cattivi, ma la nuova normativa sulle terapie antalgiche sono sicuramente buone e non hanno conseguenze negative prevedibili: perché non approvarla subito?