

I PRINCIPI DELLE CURE PALLIATIVE

Giorgio Follin

Nel pensiero classico occidentale fisiologia, filosofia, scienza, sapienza erano sinonimi.

Intuizioni generali e cognizioni isolate dell'universo e della vita dell'uomo certamente furono possedute dalle civiltà delle antichità più remote ma solo nel corso del VI secolo a. C. questo patrimonio poté ergersi ad indagine autonoma e consapevole guidata dallo spirito conoscitivo che ricerca secondo una linea metodica il sapere.

Ippocrate di Coos (o COs o Kos) ebbe il merito di far avanzare lo studio sistematico della medicina clinica e stabilire la medicina come professione.

Anche se la medicina d'oggi ha un'immagine scientifica, questa si è costituita dopo molte generazioni di terapeuti che risalgono fino ai tempi in cui si confondevano medicina, divinazione e magia.

Al termine del medioevo si verifica una svolta decisiva nella coscienza che la chiesa ha della propria missione di cura del corpo: il malato ha valore smisurato non solo in quanto uomo ma perché coincide con Cristo.

Tale identità conferma il caposaldo della vita cristiana. Nasce così l'approccio assistenziale al malato.

La cura palliativa ha dunque le sue origini nella cristianità. Nei tempi moderni è nata come movimento rurale della classe media anglosassone. Entrambe condividono l'atteggiamento universalistico.

L'hospice non è un edificio, non è un modello, non è un proposito paradigmatico ma è un approccio assistenziale. L'equipe multidisciplinare è la sua risorsa maggiore.

L'hospice è incentrato sugli infermieri; il medico rappresenta tutt'al più il leader se ne ha i meriti e se viene riconosciuto come tale.

I pazienti la cui malattia non risponde più al trattamento curativo e la loro famiglia fanno parte integrante dell'equipe multidisciplinare.

Le decisioni sono spesso frutto di negoziazioni fra i vari componenti dell'equipe; si cerca costantemente il consenso per qualsiasi decisione importante e simbolica. L'informazione alla famiglia deve essere completa. Una comunicazione aperta con l'equipe multidisciplinare è essenziale per creare il consenso.

L'approccio analitico alle problematiche del paziente, la conoscenza approfondita del controllo dei sintomi, la creatività, la flessibilità e quello spirito pionieristico che in qualche modo la contraddistingue, non devono mai venire a meno nella cura palliativa.

Il concetto di “dolore totale” cioè l’idea che il dolore ha una componente fisica, mentale, sociale e spirituale porta alla distinzione tra dolore, un’esperienza sperimentata dal corpo, e la sofferenza che solo la persona può sperimentare.

Cosa dire al paziente?

Bisogna parlare solo dopo che sia stata effettuata una diagnosi globale.

Per evitare che le parole siano distruttive per il paziente il medico deve sapersi adattare al paziente stesso e dunque avere un’idea della sua struttura psicologica.

Le prese di posizione rigide possono prima o dopo essere nefaste.

Pensiamo che sia conveniente dire solo la verità, ma non sempre tutta la verità.

In fondo spetta più al paziente, con il suo atteggiamento implicito od esplicito dettare la linea di condotta da tenere che non al medico decidere in funzione delle sue preferenze personali.

Quando inizia la presa di coscienza, l’uomo nella sua incertezza, nel suo abbandono diventa consapevole e di coraggio c’è bisogno quando si pensa senza veli.

Di coraggio abbiamo bisogno e questo genera la speranza che non deve essere tolta.

Finché dura l’esistenza c’è sempre un minimo di speranza. La speranza si rivela ingannevole nel naufragio.

Pertanto alla speranza si associa il coraggio, l’essere preparati. Così l’uomo si avvia alla fine e dove non arriva la maturità possono arrivare i farmaci.