



*Al convegno “Dolore e sofferenza nell’anziano”, organizzato dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), in collaborazione con la Conferenza Episcopale Italiana (CEI), presentati studi che mostrano come ascoltare e condividere la sofferenza dei pazienti sia una terapia in grado di innalzare la soglia del dolore riducendone la percezione*



Roma, venerdì 23 giugno 2017 – Dare voce alla sofferenza è un potente antidolorifico. Trovare modi, tempi e parole per condividere il dolore è una vera terapia, che può ridurre la percezione: lo dimostrano gli studi discussi in occasione del congresso “Dolore e sofferenza nell’anziano”, organizzato dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria – gruppo di studio “La cura nella fase terminale della vita” in collaborazione con la Conferenza Episcopale Italiana, secondo cui il dolore è troppo spesso sottostimato e sottotrattato negli over 65, nella falsa convinzione che gli anziani lo tollerino meglio o che quasi non lo provino, soprattutto quando per colpa di patologie gravi come la demenza riuscire a trovare le parole o i gesti per esprimere la sofferenza è ancora più difficile.

Stando ai dati degli esperti, otto milioni di anziani sono affetti da una forma di dolore cronico severo, con cui si è costretti a convivere quasi sempre da oltre un anno e che in un caso su due limita moltissimo la vita quotidiana; eppure il 60%, circa cinque milioni di over 65, non riceve alcuna cura per lenire le sofferenze anche se a volte basterebbero le parole e la condivisione per stare meglio, come mostra un recente studio pubblicato su PLOS One secondo cui più si comunica il proprio dolore, meno si attivano le aree cerebrali dell’insula e della corteccia cingolata anteriore connesse alla percezione del dolore stesso.

“La parola è cura: dare ascolto alle sofferenze può ridurre la percezione del dolore e questo è molto importante nell’anziano, che spesso prova dolore nel più totale silenzio – osserva Flavia Caretta, Responsabile del Centro di Ricerca Promozione e Sviluppo dell’Assistenza Geriatrica all’Università Cattolica di Roma – Il medico deve ritrovare la dimensione della relazione e dell’ascolto attento e disponibile: se il racconto del paziente viene interrotto per la fretta del curante il malato dà molte meno informazioni sull’origine, la qualità, l’intensità e la tipologia del dolore, portando a una sottostima della sofferenza che purtroppo è molto frequente. Si tende infatti a pensare che gli anziani, solo perché spesso

non trovano le parole per dirlo, percepiscono il dolore meno rispetto agli altri e abbiano una soglia della sofferenza più elevata: non è affatto così, non di rado l'assenza della rilevazione del dolore nell'anziano deriva piuttosto da una mancanza di formazione del personale di assistenza e dalla difficoltà nel misurarlo e valutarlo in pazienti che hanno patologie complesse come la demenza. Quest'ultima è e sarà sempre più un'emergenza con l'invecchiamento della popolazione: il dolore però non sparisce solo perché non c'è più la memoria della sofferenza o perché alcune componenti affettive si riducono, nel paziente con demenza il dolore è avvertito in maniera diversa ma è presente e deve avere diritto di ascolto e di cura”.

Gli esperti sottolineano perciò l'importanza di valutare e riconoscere il dolore anche e soprattutto negli anziani con maggiori difficoltà, adattando le scale di misurazione ai pazienti con demenza e utilizzando per esempio la scala PAINAD, Pain Assessment in Advanced Dementia, che tiene conto della postura e del linguaggio del corpo, delle espressioni del viso, dei vocalizzi, della respirazione e della consolazione: sono sufficienti cinque minuti di osservazione di questi cinque elementi non verbali, dando un punteggio a ciascuno da zero a due, per misurare in una scala da uno a dieci la gravità del dolore anche nel paziente con demenza.

L'ascolto della sofferenza infatti, narrata a parole o con i gesti, resta sempre la prima terapia. “Anche la neurofisiologia sta dimostrando che esiste un 'cervello sociale' che si attiva durante l'interazione con l'altro e che in ogni relazione, grazie per esempio ai neuroni specchio, si crea un legame funzionale reciproco che influenza chi narra e chi ascolta – interviene Massimo Petrini, Docente di Bioetica al Camillianum – Trattare l'altro come vorremmo essere trattati noi stessi ha perciò anche un fondamento scientifico nei processi neurofisiologici: l'essere umano ha per sua natura bisogno di interagire e relazionarsi con i propri simili e la condivisione del dolore non ha solo una motivazione compassionevole, ma una radice biologica. Il dolore colpisce il fisico, ma anche l'anima: stare accanto a chi soffre può ridurre la percezione, alzando la soglia del dolore stesso e divenendo terapia”.

“Ogni domanda di cura racchiude non soltanto una richiesta di aiuto tecnico in vista del recupero della salute, ma anche un'esigenza di relazione – afferma Nicola Ferrara, presidente SIGG – Ignorare questa dimensione significa ridurre la medicina ad applicazione di una tecnica, trasformando il rapporto tra medico e paziente in una prestazione di servizi e dimenticando che è in primo luogo l'incontro con una persona. Nell'anziano il dolore può essere correlato a malattie, ma anche a fenomeni psicologici e sociali come solitudine, lutto, fragilità; il dolore non trattato, inoltre, pone il paziente in una condizione di vulnerabilità e spesso di perdita della dignità. Il dolore è perciò un segno da decifrare che dobbiamo imparare a riconoscere, valutare, misurare per poterlo trattare in modo adeguato, ricorrendo alla farmacologia e a terapie non farmacologiche con un'attenzione globale alla persona. Il dolore non deve essere più un compagno scomodo e inevitabile dell'anziano”.