

LA LOTTA CONTRO IL DOLORE

ASPETTI TECNICI E MORALI

Premessa.

L'uomo non ha mai desistito, nell'affannosa ricerca del suo pieno benessere, **dalla lotta contro il dolore**, dal quale è perseguito senza sosta nel tempo e nello spazio. **Nel passato** il problema della legittimità di questa lotta non ebbe mai aspetti di particolare perplessità: la semplicità e la ristretta conoscenza delle sostanze e delle maniere di intervento, non richiese mai approfondimenti particolari.

Oggi, la lotta contro il dolore ha mutato radicalmente impostazioni e sistemi, per la scoperta dei nuovi medicinali e delle nuove tecniche, capaci di agire sull'organismo umano con tale efficacia e profondità, da compromettere l'integrità psico-fisica del paziente. Per cui, **il problema della legittimità della lotta contro il dolore oggi è più che giustificato**, con le sue proposte di nuovi quesiti e con le sue richieste di nuove assicurazioni morali.

Pio XII, in una sua recente allocuzione ad un gruppo di studiosi di medicina, ha dato precise ed interessanti direttive, rispondendo a tre quesiti morali, proposti l'ottobre scorso dal Prof. Mazzoni, in occasione del IX Congresso della Società italiana di anesthesiologia (1). A tali direttive ci richiameremo, soprattutto nell'ultima parte, come a norma di sicurezza, fondate sul diritto naturale e sul diritto cristiano.

IL DOLORE FISICO (2)

I dolori provocati da cause esterne.

1. Fra gli innumerevoli messaggi che giungono al nostro cervello dalla periferia del nostro corpo, ve ne sono alcuni che riescono particolarmente sgradevoli e intollerabili: **sono i messaggi del dolore**. Essi avvertono che agenti dannosi o pericolosi colpiscono il nostro corpo, e invocano dai centri nervosi un immediato movimento di difesa.

(1) Pio XII, *Risposta a tre quesiti sull'analgesia*, in *L'Osservatore Romano*, 24-25 febbraio 1957, pp. 1-2.

(2) P. CHAUCHARD, *La douleur*, Presses Universitaires de France, Paris, 1950, pp. 128; J. BUYTENDIJK, *Il dolore*, Morcelliana, Brescia, 1957, pp. 17 ss.; L. SPADOLINI, *Fisiologia umana*, Un. Tip. Ed. Torinese, Torino, 1943, vol. II, pp. 1599 ss.; R. J. MINNITT e J. GILLIES, *Trattato di anestesia*, Garzanti, Milano, 1953, pp. 1 ss.; *Cahiers Laënnec, La douleur*, n. 4, 1952, pp. 1-9; G. PUIJULA, *De medicina pastorali*, Marietti, Torino, 1948, nn. 68-86.

Lo stimolo esterno colpisce gli organi nervosi terminali afferenti, detti « recettori »; questi, prolungandosi in fibre nervose, portano il messaggio ai centri nervosi secondari, dislocati sull'asse cerebro-spinale a varia altezza. Da qui, a mezzo di neuroni (cellule nervose) intercalati, l'impulso viene portato ai centri superiori, alle così dette aree sensoriali della corteccia, dove l'impulso viene specificamente analizzato e trasformato in sensazione dolorosa cosciente (3).

2. Si ritiene che lo stimolo effettivo per i recettori del dolore sia rappresentato non solo dalla causa meccanica (puntura, strngimento, ecc.), ma anche dalla liberazione di sostanze chimiche, che ecciterebbero le terminazioni nervose del senso (4).

3. Questi recettori del dolore sono disseminati su tutta la superficie del corpo, con varia densità, a seconda dell'importanza vitale dell'organo interessato. Nel collo, nell'inguine, ecc., dove le ferite potrebbero essere mortali, le terminazioni nervose sono assai più numerose (5). E' prevalente, oggi, la teoria che i recettori del dolore siano distinti specificamente dalle altre sensazioni tattili o termiche (6).

I dolori interni o viscerali (7).

1. Questi hanno un'origine piuttosto patologica, corrispondente ad anomalie, a disfunzioni, a rotture, ecc.; per cui vengono chiamati anche « dolori-malattia ». Essi insorgono nelle profondità dei tessuti e degli organi, quando questi vengono sottoposti a contrazioni spasmodiche, a torsioni, a distensioni, a infiammazioni, ecc. Sono detti anche « dolori spontanei », in contrapposizione ai dolori direttamente e evidentemente stimolati, come avviene alla superficie. Essi sono piuttosto indici e manifesta-

(3) J. BUYTENDIJK, o. c., pp. 34 ss.; P. CHAUCHARD, o. c., pp. 18 ss.

(4) I. SPADOLINI, o. c., p. 1616; *Cahiers Laënnec*, cit., p. 4.

(5) Perchè si abbia un'idea della distribuzione di questi punti recettori, ricordiamo che nel dorso della mano, per esempio, sono distribuiti con una densità di 100-200 per cmq., e di 44 sulla punta del naso, di 228 alla fossa iugulare (I. SPADOLINI, o. c., p. 1615).

(6) C'è ancora notevole divergenza circa l'esistenza o meno di questi recettori specifici del dolore. La maggioranza, però, dei fisiologi pensano con Von Frey (1894) che tali recettori siano peculiari e indipendenti (I. SPADOLINI, o. c., pp. 1615 ss.; P. CHAUCHARD, o. c., pp. 10 ss.; *Cahiers Laënnec*, cit. pp. 37 ss.). Difatti, è possibile dissociare la sensibilità del freddo e del tatto da quella del dolore; come avviene nell'uso della novocaina, che sopprime la sensibilità dolorosa e lascia sussistere quella tattile; così in un trapianto di pelle, al momento della rigenerazione, è la sensibilità dolorosa che riappare per prima (*Cahiers Laënnec*, cit., p. 4). - In operazione di laboratorio si può verificare che le fibre nervose afferenti del dolore e i relativi percorsi sono diversi da quelli del tatto; le fibre tattili sono grosse e rapide, mentre quelle delirifere di puntura sono più sottili e meno rapide (*Ibidem*).

(7) P. CHAUCHARD, o. c., pp. 47 ss.

zioni di una malattia in corso, che si ripercuote sulle innervazioni presenti.

Difatti: i visceri sono per sè insensibili, cioè nessun messaggio può giungere da essi alla nostra coscienza; essi, in forza di un meccanismo automatico, basato su innervazioni motrici e secretorie, poste in contatto con fibre esecutive, vengono spontaneamente e convenientemente eccitati e posti in movimento (così avviene per la respirazione, per la circolazione sanguigna, ecc.).

Noi, di questo meccanismo, abbiamo semplicemente una vaga ed imprecisa sensazione, attraverso il così detto «senso cenestesico», per cui possiamo percepire se tutto va bene o qualcosa non va bene, e possiamo renderci conto di qualche particolare bisogno (come la sensazione della fame, della sete, ecc.).

2. Il dolore insorge, quando la stimolazione spontanea, ad-detta al meccanismo automatico, per qualche ragione diventa eccessiva e violenta. Il dolore è sempre piuttosto diffuso e **mai localizzato con precisione**; il che fa supporre che non vi siano, a differenza di quanto avveniva alla superficie, recettori specifici per il dolore interno; ma si tratti solo di dolorazioni, provocate dalla contrazione violenta dei muscoli lisci (per coliche, per occlusioni, contrazioni di parto, ecc.), da torsioni, da compressioni (tumori), da stiramenti, ecc.

Non sono assenti a questi dolori anche fattori chimici, particolarmente evidenti, per esempio, nei bruciori di stomaco, nelle perturbazioni sanguigne, nelle reazioni delle pareti vascolari. Così, certamente si devono attribuire agli stessi fattori i dolori dei crampi, della gotta, dei dolori ossei, dentari, muscolari, scheletrici, ecc.

Dolori irradiati (8).

I dolori, fin'ora elencati, provenivano o da cause esterne ben precise e localizzate, o da cause interne di malattia, meno precisabili; ma tutti potevano essere, almeno vagamente, individuati, per lo meno entro una certa zona. Vi sono, invece, certi dolori che vengono **percepiti a distanza** dal punto obiettivamente colpito o ammalato («irradiati»).

Vengono ricondotti a questa categoria quei dolori cutanei, che non corrispondono affatto a lesioni superficiali, ma sono unicamente «riflessi» di una disfunzione o malattia profonda, che tante volte non è neppure sottostante alla zona cutanea dolorante. Sembra trattarsi, in questi casi, di ripercussioni sui muscoli delle pareti (ad esempio, addominali), che vengono percepiti come cutanei (9).

(8) *Ibidem*, pp. 53-55.

(9) L'esistenza della «irradiazione cutanea» del dolore profondo, sembra quasi confermare la vecchia concezione della *medicina cinese*, che riteneva che ad ogni lesione interna dovesse corrispondere un contraccolpo sulla superficie della pelle; per cui si poteva agire contro il dolore profondo per vie riflesse (*acupuntura, ignipuntura*). Difatti, però, le localizzazioni cinesi non corrispondono a quelle della medicina moderna (P. CHAU-CHARD, *o. c.*, p. 56).

Le nevralgie (10).

1. Un altro gruppo di sensazioni dolorose è quello delle « **nevralgie** ». Esse consistono in dolori parossistici o continui, che insorgono lungo il decorso di un tronco nervoso, in quei punti dove il nervo è **particolarmente suscettibile** allo stimolo dell'irritazione o dell'infezione. L'origine, quindi, del dolore si può attribuire alla ipersensibilità delle stesse fibre afferenti, percosse da un'azione diretta o periferica.

Le nevralgie più comuni sono quelle facciali e quelle sciatiche. Le prime sono dolorazioni intense in una metà della faccia, di cui è responsabile il trigemino. Si tratta di un dolore a sbalzi, atroce, paragonabile a scariche elettriche o a morsi. E' difficile, per lo più, mettere in evidenza la causa; alle volte vanno attribuite a infezioni dentarie, oculari, a compressioni tumorali.

Le seconde colpiscono il nervo sciatico, che muove e sensibilizza quasi completamente l'arto inferiore. Si tratta di un dolore continuo, sordo, con parossismi violenti prodotti da scotimenti o spostamenti. Assai spesso non si riesce a conoscere la causa di queste nevralgie; potrebbe trattarsi di compressioni alle radici del rachidiano.

2. Abbiamo nominato due soli tipi di nevralgie; ma se ne potrebbero elencare molte di più; per esempio: **le intercostali**, dove un semplice colpo di freddo, in un individuo predisposto (artritico o reumatico), basta a scatenarle in tutta la loro crudeltà. Così, **i dolori nei monconi degli amputati**, che si riferiscono o al membro amputato (11), e in tal caso sono piuttosto tollerabili, o allo stesso moncone, da cui si irradiano verso le radici del membro e in tal caso sono irritanti, sordi, indefinibili, atroci.

I dolori dei centri nervosi.

I centri nervosi, secondari e superiori, hanno il compito di portare e di interpretare gli stimoli, che giungono dalla periferia o dai visceri; i primi come segnali, gli altri come manifestazioni di malattia. **Ma essi stessi possono subire lesioni o irritazioni;** in tal caso, verranno provocati dolori più o meno intensi, che verranno riferiti alla periferia o ai visceri, senza obiettive cause stimolatrici.

Questo avviene nelle varie malattie del midollo, che, a seconda delle lesioni, provoca sensazioni dolorose localizzate in vari punti, secondo una topografia che la scienza conosce.

Così avviene nelle affezioni del talamo (12). Il paziente si lamenta

(10) P. CHAUCHARD, *o. c.*, pp. 57 ss.

(11) Per quanto concerne l'illusione del membro assente, essa è spiegata dalla perturbazione dell'interpretazione corticale; il membro continua a far parte dell'immagine completa del corpo e il cervello vi rapporta ancora i dolori (P. CHAUCHARD, *o. c.*, p. 62).

(12) Il talamo è quella parte dell'encefalo a cui affluiscono le stimolazioni del senso e da cui partono speciali riflessi (A. C. BRUNI, in *Enciclopedia Medica*, Labor, Milano, 19592, vol. I, pp. 326-327).

di dolori diffusi, mal definiti, atroci e angosciosi; ogni leggera eccitazione esaspera il malato, perchè viene trasformata in sensazione dolorosa. Sembra che la ragione di questo, sia il fatto che la lesione sul talamo sopprime o sconvolge la sua funzione di filtro, lasciando così che tutti i messaggi giungano alla corteccia, e vengano da questa interpretati come dolori.

Anche le lesioni della corteccia cerebrale (13) provocano profonde modificazioni nel meccanismo del dolore. Fra le più importanti sono le illusioni e le allucinazioni del dolore, al quale in realtà non corrispondono cause visibili. Naturalmente non si tratta di un dolore totalmente immaginario, in quanto veramente vi corrisponde una perturbazione corticale (14).

SISTEMI ANALGESICI.

Propriamente parlando, il termine «**analgesia**» significa soppressione o diminuzione del solo dolore; mentre «**anestesia**» è soppressione di qualsiasi sensazione oltre quella del dolore (tattile, termica, ecc.). In pratica, i due termini assai spesso vengono confusi fra di loro.

In linguaggio corrente fra i medici, l'analgnesia è soppressione o diminuzione del dolore ottenuta mediante medicinali, in occasione di stati dolorosi (come il mal di denti, ecc.). Si parla di analgesia anche quando la diminuzione del dolore è ottenuta, durante stati dolorosi prolungati, mediante inalazioni intermittenti di gas (per esempio del trilene durante i dolori del parto).

Mentre si parla di solito di anestesia, quando si tende a sopprimere o a diminuire il dolore durante un intervento chirurgico. Questa può essere locale, regionale o generale.

a) L'**anestesia locale** viene ottenuta mediante uso di medicinali in loco, o **esternamente**, come avviene nell'uso del cloruro di metile, che spruzzato sulla pelle con la sua evaporizzazione rapidissima raffredda violentemente la parte interessata rendendola insensibile; o **con iniezione** di cocaina o derivati (15).

b) L'**anestesia regionale** estende maggiormente la sua azione nella zona circostante la parte dolorosa; essa non agisce ancora sui centri nervosi e lascia quindi la sensibilità generale; ma colpisce il punto di uscita di un nervo, rendendo così indolore tutta la regione del corpo dove quel nervo ramifica. Fra queste anestesi è nota quella **lombare, la epidurale** (16).

c) L'**anestesia generale** non tende a interrompere la sensibilità periferica ma agisce sui centri nervosi, mediante la narcosi. Può essere più o meno profonda secondo la necessità.

(13) La corteccia cerebrale è pure una parte dell'encefalo, avente la funzione di ricevere gli stimoli e trasformarli in impulsi e sensazioni coscienti (A. C. BRUNI, *o. c.*, p. 329).

(14) P. CHAUCHARD, *o. c.*, pp. 70 ss.; J. BUYTENDIJK, *o. c.*, pp. 53 ss.,

(15) R. J. MINNITT e J. GILLIES, *o. c.*, p. 409 ss.

(16) *Ibidem*, pp. 465 ss.

Essa viene indicata negli interventi di una certa durata e di una certa delicatezza; in quanto assicura all'operatore e anche al paziente quell'immobilità e quel silenzio muscolare, che è indispensabile per l'azione indisturbata e precisa dell'intervento. **Essa è controindicata** in certi stati patologici del paziente, in quanto essa rallenta il metabolismo delle cellule e produce altri inconvenienti. Per cui, oggi, si tende, se proprio essa non è necessaria, ad evitarla e a sostituirla con l'anestesia locale o regionale.

Essa si ottiene, con intervento di specialisti, attraverso un insieme di medicinali che agiscono sinergicamente e contemporaneamente. In genere, **per via endovenosa** (barbiturici e curaro) (17) o **per inalazione** (etere, protossido di azoto e ossigeno).

LA CHIRURGIA DEL DOLORE (18)

1. L'arsenale degli anestetici, oggi in nostro possesso, è certamente più che sufficiente per affrontare ogni varietà di dolore, che non esca dalla norma. Tuttavia, vi sono certi casi, fortunatamente pochi, nei quali è **il dolore stesso che costituisce la malattia**. Per questi non è più possibile, dato il carattere di cronicità di quel dolore, l'uso dei narcotici, che presto diventeranno insufficienti, e porteranno alla **tossicomania** (19).

In questi casi, trattandosi di dolori intensi e persistenti, **l'intervento chirurgico sulle vie nervose è il mezzo più sicuro ed efficace che rimane**: esso stronca il dolore con la sparizione simultanea della malattia. I tentativi fatti ne sono la testimonianza più evidente (20).

In questo senso sono già stati provati vari tipi di interventi, alcuni tendenti ad interrompere le vie sensitive, in qualche punto del loro percorso verso il centro corticale; altri tendenti ad agire sulla funzionalità delle vie sensitive attraverso il simpatico e le ghiandole endocrine.

2. Fra le principali categorie di interventi vanno ricordate:

(17) *Ibidem*, pp. 257-263. *I barbiturici* sono composti dall'acido barbiturico, dato dalla sintesi dell'acido malonico con l'urea. Provocano uno stato di assopimento rapido e profondo. *Il curaro* comprende numerosi estratti di piante esotiche, con cui l'indigeno componeva un veleno per le sue frecce. Non ha effetti sul cuore, ma può averne sulla respirazione. Deve essere assai bene dosato per i vecchi e bambini, e se ne deve conoscere perfettamente la tecnica della somministrazione.

(18) R. LERICHE, *La chirurgie de la douleur*, Masson, Paris, 1940.

(19) L'organismo nell'azione di difesa biologica, gradualmente si abitua (« assuefazione ») a sostenere la carica tossica del narcotico, accrescendo via via il suo potere di tolleranza; che a sua volta provoca un potente e insaziabile bisogno di droga. La tossicomania, può essere paragonata, per la sua violenza, ad una vera psicosi (G. STERN et C. VALLE, *Les stupéfiants, Cahiers Laënnec*, n. 3, 1953, pp. 45-46).

(20) R. HOUDART, in *Cahiers Laënnec*, cit., pp. 32; L. SCREMIN, *Dizionario di morale professionale per i medici*, Studium, Roma, 1954, pp. 258 ss.

gli interventi cerebro-spinali, che interrompono le vie sensitive, intervenendo direttamente o sui nervi periferici o sulle radici sensitive; gli interventi sul simpatico, che tendono a correggere il disordine vasomotore che è causa del dolore; la cordotomia o resezione del midollo spinale (20 bis). Interventi, che hanno avuto risultati, definiti spettacolari, con istantanea e completa cessazione del dolore, per es. nel cancro della cervice inoperabile con metastasi.

L'IPNOSI NEL DOLORE (21).

1. L'ipnosi è il sonno artificiale provocato con procedimenti e accorgimenti di varia natura, con azione suggestionante di uno specialista, al quale il paziente ubbidisce fedelmente eseguendo come un automa i comandi. **Le sue caratteristiche** sono: la persistenza nel sonno a piacere del soggetto induttore, la persistenza dell'attività sensoriale, la **soppressione parziale o totale** del dolore.

Durante il sonno letargico, il paziente si presenta con le palpebre chiuse, le membra rilasciate; rimane immutato nella sua vita vegetativa, nella circolazione, nella respirazione, nell'automatismo del midollo con le relative sensibilità automatiche e fisiologiche, anche se non percepisce; al risveglio riacquista rapidamente la conoscenza completa, ma non ricorda più nulla.

2. Recentemente il prof. Milton Marner, nel Congresso dell'American Medical Association, ha illustrato un suo intervento operatorio con il ricorso all'ipnosi per la completa anestesia. Il vantaggio, a cui egli accenna, è soprattutto la collaborazione del soggetto ipnotizzato, che, nonostante il profondo sonno, obbedisce ai comandi verbali del chirurgo, accanto all'altro vantaggio notevole di poter evitare quel seguito di disturbi postoperatori, propri della narcosi.

La tecnica del Milton è costituita in un'induzione ipnotica preparatoria, fatta il giorno prima, in cui si sono date alla persona istruzioni sulla sua collaborazione all'operazione; le si è inculcato ripetutamente che il mattino dopo sarebbe stata presa da un profondo sonno, con tutto il corpo rilasciato e che non avrebbe avvertito alcun dolore. Puntualmente, la persona la mattina dopo, poco prima dell'operazione, cade in ipnosi; una iniezione di dolantin (meperidina) serve come coadiuvante. Durante l'operazione la persona esegue ogni ordine ingiunto; e, avvisata di svegliarsi dopo due ore dall'operazione, puntualmente ha il risveglio all'ora fissata (22).

(20 bis) *Cahiers Laënnec, La psycho-chirurgie*, vol. II, 1951; R. HODART, cit., p. 46; L. SCREMIN, o. c., pp. 218-219.

(21) PAYEN, *Déontologie médicale d'après le droit naturel*, Zi-kawei, Tip. Mission., 1935, nn. 234 ss.; SCHMITZ, *L'ipnosi*, Casini, Roma, 1953.

(22) *Il Corriere della Sera*, 8 novembre 1956, p. 3. Anche in Italia, per la prima volta, è stata eseguita un'anestesia per ipnosi nell'ospedale di Pavia, dal prof. Ticozzi, in un intervento su appendicite cronica (*Il Corriere della Sera*, 22-3-1957).

3. Negli Stati Uniti di America, dove gli interventi incalzano per numero e per audacia, viene chiesto che l'**anestesista sia anche ipnotizzatore**; si otterrà così, almeno per molte persone che hanno più terrore dell'anestesia che del bisturi, che, ipnotizzandole preventivamente, si renderanno più sensibili a piccole dosi della droga, evitando le dosi forti ch'esse rifiutano.

LEGITTIMITA' MORALE DELLA LOTTA CONTRO IL DOLORE.

Le direttive dell'ascetica cristiana non negano tale legittimità.

1. Il cristianesimo, pur indicando nel Crocifisso la via autentica alla salvezza, pur proclamando beati i sofferenti e i perseguitati, pur invitando i credenti alla rinuncia e al sacrificio, **non ha mai rinnegato la legittimità della lotta contro il dolore**, come non lo ha mai esaltato come tale; ne ha solo rivalutato **gli aspetti di redenzione e di merito**, ch'esso contiene e che da moltissimi sono ignorati.

a) « Iddio, creando l'uomo, lo aveva per dono di grazia esentato da quella legge naturale di ogni vivente corporeo e sensibile, non aveva voluto mettere nel suo destino il dolore e la morte; il peccato ve li ha introdotti. Ma Egli, il Padre della misericordia, li ha presi nelle sue mani, li ha fatti passare per il corpo, le vene, il cuore del Figlio diletto, Dio come lui, fatto uomo per essere Salvatore del mondo. Così il dolore e la morte sono diventati per ogni uomo, che non respinge Cristo, mezzi di redenzione e di santificazione » (23).

Il dolore visto nello scorcio di questo suo immenso potere di elevazione, diviene elemento di incalcolabile valore, **dando compimento nella nostra carne a quello che manca alla passione di Cristo**, a beneficio del suo Corpo, che è la Chiesa (24).

b) Va, pure, ricordato che, se il dolore mortifica le energie fisiche e le iniziative terrene, **non agisce altrettanto sfavorevolmente sulle energie spirituali**. Una persona che soffre scopre il contenuto effimero dei valori puramente umani, ai quali inutilmente domanda soccorso e conforto; li trova estremamente piccini e limitati, e le sue ansie si portano verso valori più sostanziali. E' così che il dolore sfronda bruscamente le illusioni e ci mette in contatto coi nostri valori superiori.

« Frate Leone, scrivi che ivi è perfetta letizia » (25)! *Naturalmente non è da tutti capire questo linguaggio; esso suppone un notevole avan-*

(23) Pio XII, *All'Unione italiana medico-biologica S. Luca*, 12 novembre 1944, in Pio XII, *Discorsi ai medici*, Orizzonte medico, Roma, 1954, pp. 12-13; P. TESSON, *Analgésie et perfection chrétienne*, in *Cahiers Laënnec*, cit., pp. 62 ss.

(24) Cfr. *Col.* I, 24.

(25) S. FRANCESCO D'ASSISI, *I fioretti*, c. VIII « Della pazienza dove è perfetta letizia ».

zamento nelle vie della bontà e della carità; fino a sembrare, ai non-iniziati, stranamente paradossale.

«Inoltre, il cristiano è tenuto a mortificare la propria carne e ad attendere alla purificazione interiore, perchè non è possibile a lungo evitare il peccato [...] se si ricusa questo sforzo di purificazione e di mortificazione. Nella misura in cui il dominio di sè e delle proprie sregolate tendenze è impossibile ad acquistarsi senza il dolore fisico, questo diviene una necessità e bisogna accettarlo » (26).

2. Ma con tutto questo, l'ascetica cristiana non ha mai inteso indebolire e tanto meno rinnegare le norme classiche morali riguardanti il dolore. Se questo non è richiesto necessariamente per il dominio di sè, **nessun obbligo esiste di accettarlo**. «Il cristiano non è mai stato obbligato a volere [il dolore] come tale; egli lo considera come un mezzo più o meno adatto, secondo le circostanze, al fine che persegue » (27).

Anche l'invito, da parte della fede, ad una perfezione più grande, **non può spingere il credente** (ansioso di meglio partecipare alla passione di Cristo, col mortificare la propria carne) **ad una sistematica ricerca del dolore**. Questo può essere **assai bene, e, in taluni casi, assai meglio** sostituito da quell'eroismo meno rumoroso, in forza del quale il cristiano «giorno per giorno, da mane a sera, compie tutti i doveri che gli impongono il proprio stato, la professione, i comandamenti di Dio e degli uomini » (28).

L'accettazione del dolore fisico non è che un modo di esprimere la propria determinazione di accettare la volontà di Dio e delle sue leggi; **ma non è nè l'unico nè sempre il migliore**. Sarebbe, anzi, assai buffo il comportamento di colui che si preoccupasse di soffrire fisicamente e non si preoccupasse allo stesso tempo di essere più cortese e più controllato nei contatti sociali.

«L'uomo religioso del nostro tempo considera i mezzi di lotta contro il dolore un dono che ci ha procurato la civiltà, dello stesso ordine di ogni altro bene, e con ciò non necessariamente dannoso all'anima. Anche se l'uomo religioso sa che il dolore ha un enorme valore formativo, rafforza il carattere spinge alla meditazione e purificazione, sa tuttavia conciliare questa conoscenza con la volontà di prevenzione e di lotta contro il dolore » (29).

Le ragioni fondamentali e costanti per la legittimità della lotta contro il dolore.

1. Il dolore non è uno stato ineluttabile, tale da proibirci

(26) PIO XII, *Risposta...*, cit., pp. 1-2; A. TANQUERAY, *La santificazione e divinizzazione del dolore*, Desclée, Roma, 1932, pp. 206; F. MAURIAC, *Sofferenza e felicità del Cristiano*, Ave, Roma, pp. 84; L. BONGIOVANNI, *Il dolore e le sue benefiche ispirazioni*, Queriniana, Brescia, 1931, pp. 232; G. THIBON, *Propositions sur la douleur*, in *Etudes Carmelitaines*, II, 1936, pp. 142 ss.

(27) PIO XII, *Risposta...*, cit.

(28) *Ibidem*.

(29) *Ibidem*.

ogni sforzo per evadervi. Esso rimase sempre uno degli effetti indesiderati del peccato di origine, contro i quali siamo chiamati a batterci, per riportare l'uomo nelle condizioni, il meno possibile difficili, di vita e di azione. Come ci si chiede di lottare contro le altre conseguenze del peccato, **proporzionatamente ci si chiede di batterci contro il dolore**, nella misura con la quale esso ci distoglie dalla serena persecuzione del fine (30).

Il divino Maestro, che pure è stato «L'uomo dei dolori», è **passato per la sua terra guarendo** e confortando, e ai suoi ha domandato, come segno di amore, di visitare gli ammalati, di consolare gli afflitti, e fra i suoi credenti ha sempre suscitato i grandi taumaturghi, i grandi consolatori degli ammalati, degli abbandonati, degli infelici.

«*Nel piano della Redenzione, che è lotta perenne contro il peccato e contro le sue conseguenze, sono quindi da attuare tutte le forme che sono medicina, risanamenti, riscatto del male. In detto piano rientrano tutte le maniere, con le quali gli uomini cercano di liberarsi dal male: coi mezzi della natura e della grazia, con la scienza, con la preghiera e con il miracolo*» (31).

2. Il più delle volte il dolore, soprattutto se intenso, **finisce con l'impedire il raggiungimento di beni e scopi superiori**. E' certo, ad esempio, che in determinate circostanze la sofferenza mette a dura prova la fede, la rettitudine, la bontà; è certo che essa, se continuata e atroce, snerva e infiacchisce nel compimento dei propri doveri spirituali, morali, professionali, e può togliere da una esistenza ogni spunto di buona volontà.

Ora, è più che ragionevole che in simili circostanze **si debba ricorrere** alla soppressione del dolore; anzi pensiamo che, in

(30) In proporzione di quanto può contenere e portare con sé di nocivo, *il dolore può essere certamente soppresso*. In particolare: per quanto riguarda il versetto scritturale: «*In dolore paries*» (Gen. 3, 16), rimandando per il resto agli Autori sottoindicati, facciamo solo presente che proprio recentemente il P. DUNCKER, del Pontificio Ateneo Angelicum, in una lezione all'Istituto Biblico, osservava che «*la parola ebraica «eseb», che nel nostro testo risponde a doglie, significa nel Vecchio Testamento, dove ricorre altre cinque volte, semplicemente «sforzo, fatica, pena». E' ovvio, quindi, assumerla con la stessa accezione anche nel testo del «Genesi» [...]. Si vede, quindi, che l'idea precisa di doglie è stata inserita dal traduttore [...]. Nel testo originale — l'unico ispirato da Dio — si parla più generalmente delle fatiche o pene*» (L'Osservatore Romano, 11 febbraio 1957, p. 2).

Del resto, Pio XII, nel discorso dell'8 gennaio 1956, nel tracciare le direttive morali sul parto indolore, interpretava il passo scritturale così: «*la maternità darà molto a sopportare alla madre*»; in perfetta concordanza con la versione del P. Duncker.

Vedi, in proposito, anche: L. OLDANI, *Il parto indolore*, in *Rivista del Clero italiano*, marzo 1950, p. 95; A. BOSCHI, *Problemi morali del matrimonio*, Marietti, Torino, 1953, pp. 56-57; *Aggiornamenti Sociali*, (marzo) 1956, p. 143.

(31) *L'Osservatore Romano*, 7-8 gennaio 1950, p. 6.

particolari situazioni di pericolo, nei confronti di beni maggiori, il ricorso debba considerarsi obbligatorio, come è obbligatoria la fuga dei pericoli di peccato.

Legittimità della lotta contro il dolore, anche con la privazione parziale o totale della coscienza.

1. Anzitutto, va ricordato che **soppressione momentanea della coscienza e delle facoltà intellettive** (memoria, processi associativi, potere critico), sia essa parziale o totale, **non è per se stessa immorale**. Se lo fosse, nessuna ragione potrebbe renderla legittima; il che evidentemente è eccessivo, perchè, in tal caso, più nessun intervento operativo, neppure il più difficile e doloroso, basterebbe a moralizzarla (32).

La ragione vera della legittimità dell'abolizione momentanea delle nostre facoltà intellettive, è che essa, pur essendo effettiva minorazione della personalità (33), **tende al bene di tutto l'organismo**; in base al principio che la parte, di natura sua, è subordinata al bene del tutto, in maniera tale che ogni volta che il bene generale lo richieda, essa può essere lecitamente sacrificata agli interessi del tutto (34).

Di conseguenza, **anche la semplice indicazione clinica**, qualunque sia l'intervento medico, è più che sufficiente per legittimare l'anestesia. Anzi, « non è raro che l'anestesia s'imponga [...] e il chirurgo o il paziente non potrebbero farne a meno, senza mancare alla prudenza cristiana » (35).

2. Rientrano in questi schemi e in questa valutazione di massima, tutte le maniere di **narcosi**, di **ipnosi**, o di **psicocirurgia**: ciascuna con le proprie riserve, determinate dalla particolare tecnica dell'intervento, dalle sostanze usate, dalla durata dell'incoscienza provocata, dalle conseguenze derivanti (36). In

(32) GENICOT-SALSMANS, *Institutiones Theologiae Moralis*, Universelle, Bruxelles, 1951, vol. I, nn. 274-275; JORIO, *Theologiae Moralis*, D'Auria, Napoli, 1954, vol. II, n. 34; VERMEERSCH, *Theologiae Moralis Principia*, Gregoriana, Roma, 1945, vol. II, n. 363, 301; ecc.

(33) JACONO, *La narcoanalisi siero della verità*, in *Rivista del Clero italiano*, marzo 1952, pp. 102-103.

(34) GENICOT-SALSMANS, *o.c.*, vol. I, n. 363; JORIO, *o.c.*, vol. II, n. 167; ecc.

(35) Pio XII, *Risposta...*, cit.

(36) Quanto alla *narcoanalisi*, in particolare, v. *Aggiornamenti Sociali*, (gennaio) 1953, pp. 1-12; (febbraio) 1953, pp. 41-56. Quanto alla *ipnosi*, v. *Aggiornamenti Sociali*, (giugno) 1953, pp. 209-224. Quanto all'uso degli *stupefacenti*, v. *Aggiornamenti Sociali*, (novembre) 1954, pp. 361-376. Per quanto riguarda la *psicocirurgia*, L. SCREMIN scrive: « *Gli interventi chirurgici, in quanto non siano tali, per se stessi, da affrettare la morte, sono leciti e rappresentano una delle più utili ed alte conquiste nella cura del dolore, perchè lo sopprime senza di fatto ledere la coscienza. Interventi di questo genere, per il loro grandissimo valore umani-*

questi casi, è sempre la stessa ragione permissiva, che domina la rinuncia momentanea alla libertà e alla conoscenza: **il bene generale del soggetto.**

Limiti morali nel ricorso all'anestesia generale.

1. Essendo la soppressione della coscienza **una reale minorazione personale**, anche se momentanea, non vi si può ricorrere se non nel caso di **vera necessità**, cioè, quando non vi siano altre vie ugualmente sicure ed adatte per raggiungere lo stesso bene del paziente. Per cui, anche dal punto di vista morale, **non si dovrebbe mai ricorrere all'anestesia generale**, quando è sufficiente la regionale, la locale o la semplice analgesia.

E' norma costante di moralità, che, quando la necessità ci costringe a perseguire uno scopo per se stesso lecito (nel caso nostro la liberazione dal dolore), con una azione per se stessa lecita o almeno indifferente (narcosi, ipnosi, ecc.), ma che comporta anche un effetto cattivo, è indispensabile che non vi sieno altri mezzi disponibili per ottenere lo stesso scopo, e che si circoscriva al massimo l'effetto cattivo concomitante (37).

2. **Non si debbono ritenere motivo sufficiente** di bene personale, il solo scopo di preoccuparsi sensazioni nuove o piacevoli. L'ubriachezza (38), l'ipnosi, la narcosi, l'uso di stupefacenti, per puro motivo di evadere verso mondi irreali, oppure per motivo di gioco o di esperimenti di salotto, **sono certamente illeciti**, perchè privi di una ragione seria di vantaggio personale.

3. **Il motivo scientifico**, come sforzo di ricerca e di conquista nell'uso dell'anestesia, non dovrebbe presentare particolari difficoltà morali, in quanto detto motivo lo si potrebbe sempre accoppiare al motivo terapeutico o clinico, trattandosi in tutti i casi di una effettiva soppressione del dolore a vantaggio di un soggetto. Tutt'al più, esso esigerà **particolari cautele**, perchè l'uomo resti sempre il vero e primo motivo dell'intervento, e l'attività del medico-scienziato sia, innanzitutto, cura sincera e operosa dell'ammalato.

Pensiamo, tuttavia, che se l'intervento anestetico, usato anche come mezzo scientifico, dovesse, per ragioni di indagine, portare qualche piccola riduzione di efficacia o di sicurezza, **non dovrebbe essere moralmente condannato**, perchè tale danno sarebbe sufficientemente compensato dal motivo scientifico certamente

*tario e morale, devono essere salutati con entusiasmo dal medico, come quelli che potrebbero togliere all'eutanasia i più grandi pretesti e al paziente le più grandi tentazioni» (L. SCREMIN, o.c., p. 219); V. R. HOU-DART, cit., pp. 46-47; P. TIBERGHEN, *Médecine et morale*, Desclée, Paris, 1952, pp. 212 ss.*

(37) *Aggiornamenti Sociali*, (novembre) 1952, pp. 373 ss.

(38) T. GOFFI, *Il peccato dell'ubriachezza*, in *Rivista del Clero italiano*, marzo 1957, pp. 126 ss.

notevole e apprezzabile. Si richiederebbe, però, in tal caso, il **consenso valido dell'ammalato** (39).

Cautele di legittimità.

Trattandosi, soprattutto per quanto riguarda l'anestesia generale, di aspetti comunque pericolosi all'integrità e alle responsabilità del paziente, **la legge morale domanda cautele di sicurezza**, che riducano i pericoli e le tentazioni di abusi. A nostro parere potrebbero essere le seguenti:

a) **Competenza e onestà del medico o del perito.** Essa è richiesta dalle fatali conseguenze che i procedimenti anestetici portano con sé: ritardo del metabolismo delle cellule, soppressione dei riflessi difensivi, rallentamento del processo generale della vita del paziente, già fortemente esposto dalla malattia e dal trauma operatorio (40).

E' assai indicativo il fatto che da alcuni anni, la stessa organizzazione ospedaliera abbia costituito accanto al primario chirurgo anche lo specialista di anestesia, col compito di somministrare e di sorvegliare la narcosi, per lasciare libero e tranquillo l'operatore, troppo assorbito dal meticoloso lavoro di asportazione e di riparazione nelle coraggiose operazioni moderne.

b) **Il previo consenso del paziente**, formale o presunto o implicito. Si tratta di privare un uomo della sua libertà e dei suoi poteri conoscitivi, cioè dei suoi diritti e poteri fondamentali. E' ovvio che sia lui o chi per lui o altri che interpretano il suo desiderio, a concedere il permesso di agire sulle sue facoltà (41).

« Accadrà di doverlo trattare [il paziente] come un fanciullo o come un ferito privo di sensi, e accontentarsi dell'approvazione della sua famiglia, se ne ha una. Psicologicamente [...] si dovrà discernere quella che è la volontà profonda del paziente, ed agire secondo quella, malgrado le sue apparenti proteste » (42).

c) **Le debite precauzioni cliniche contro eventuali complicazioni**, insorgenti dalla generale o parziale soppressione del dolore.

L'anestesia agli ammalati inguaribili.

1. **Premettiamo che l'eutanasia**, cioè la somministrazione del narcotico, con l'intenzione precisa di provocare la morte o di affrettarne l'arrivo, è **illecita per il suo indubbio contenuto**

(39) *Aggiornamenti Sociali*, (agosto-settembre) 1956, pp. 458 ss.

(40) PAYEN, o. c., p. 259; G. PUIJULA, *De medicina pastoralis*, Marietti, Torino, 1953, nn. 254-255; GENICOT-SALSMANS, o. c., n. 275.

(41) JORIO, o. c. vol. II, nn. 736-745; A. CAZZANIGA, *Programma di medicina legale*, Cremona nuova, Cremona, 1946, p. 31; *Perfice Munus*, 15 settembre 1950, p. 287.

(42) TINIVELLA, *Recenti metodi di indagine e di cura della personalità*, LICE-Berutti, Torino, 1952, pp. 11-24.

omicida, disponente abusivamente della vita del fratello (43).
« Uno dei principi fondamentali della morale naturale e cristiana, è che l'uomo non è signore e proprietario, ma solo usufruttuario del suo corpo e della sua esistenza. Si ha la pretesa di un diritto di disposizione diretta ogni qual volta si vuole l'abbreviamento della vita come fine e come mezzo » (44).

2. Nel caso nostro, invece, non si tratta di eutanasia, ma unicamente di uno sforzo per **sollevare il paziente da dolori insopportabili**, anche se di fatto dalla somministrazione dei narcotici ne conseguirà un accorciamento della vita.

Le anestesie, in questi casi **sono certamente lecite, a queste condizioni**: — che l'abbreviamento della vita non sia intenzionalmente perseguito; — che non sia proprio esso la via per ottenere la soppressione del dolore; — che l'effetto negativo dell'accorciamento dell'esistenza sia compensato proporzionalmente dal sollievo dato al malato; — che non vi sieno altri mezzi clinici e che la somministrazione sia contenuta entro i limiti del puro necessario.

Anestesia ai moribondi (45).

Questi sono in una condizione tutta particolare: stanno per chiudere per sempre il loro periodo meritorio, cioè il tempo delle grandi possibilità di conquistare la loro salvezza; hanno compiti familiari e sociali, che forse non sono ancora completamente risolti e definiti; hanno le ultime volontà da esprimere. **La legge morale ha quindi per essi norme particolari.**

1. « Che i moribondi abbiano, più che altri, **l'obbligo morale [...]** di accettare il dolore o di accettarne la mitigazione, ciò non proviene nè dalla natura delle cose, nè dalle fonti della rivelazione. Ma, per il fatto che secondo lo spirito del Vangelo la sofferenza contribuisce alla espiazione dei peccati personali e all'acquisto di maggiori meriti, coloro la cui vita è in pericolo, hanno certo **un motivo speciale per accettarla**: perchè essa, la morte vicina tale possibilità dell'acquisto di nuovi meriti con il rischio di finire ben presto.

« Questo motivo, però, interessa direttamente il malato, non il medico che pratica l'analgesia, supposto che il malato vi dia il consenso o l'abbia espressamente richiesta. Sarebbe evidentemente illecito praticare l'anestesia contro la volontà espressa del morente (quando egli sia sui iuris) » (46).

(43) G. PUIJOLA, *o. c.*, nn. 204 ss.; A. BOSCHI, *Eutanasia, SOS*, Chieri (Torino), 1942; SEBASTIANI, *La deontologia del medico ospedaliero*, in *L'uccisione pietosa*, Bocca, Torino, 1923, pp. 280; VILLA, *Eutanasia*, in *Rassegna clinico-scientifica*, aprile 1952, pp. 99-105; A. ODDONE, *L'uccisione pietosa*, in *Civ. Cattolica*, 1950, I, 245-257; L. SCREMIN, *o. c.*, pp. 217 ss.

(44) Pio XII, *Risposta...*, cit.

(45) P. TESSON, *cit.*, pp. 66-68.

(46) Pio XII, *Risposta...*, cit.

2. Tuttavia, non si può, in modo assoluto, fare obbligo ai moribondi di sopportare i dolori fisici, per acquistare maggiori meriti, per motivi di amore di Dio. «L'aumento dell'amore di Dio [...] non proviene dalle sofferenze accettate in sè, ma dall'intenzione volontaria sostenuta dalla grazia; questa intenzione in molti moribondi può rafforzarsi e divenir più viva, se si attenuano le loro sofferenze, perchè queste aggravano lo stato di debolezza e di esaurimento fisico, ostacolano lo slancio dell'anima e logorano le forze morali, invece di sostenerle.

«Se vi sono moribondi che accettano la sofferenza come mezzo di espiazione e sorgente di meriti per progredire nell'amore di Dio [...], non si imponga ad essi l'anestesia; si aiutino piuttosto a seguire la propria via.

«Nel caso contrario, non sarebbe opportuno suggerire ai moribondi le considerazioni ascetiche sopradette, e bisognerà ricordarsi che invece di contribuire alla espiazione e al merito, il dolore può fornire l'occasione di nuove colpe» (47).

3. Da quanto sopra, si può comprendere, che «l'anestesia usata all'approssimarsi della morte al solo scopo di evitare al malato una fine cosciente, sarebbe non già una notevole conquista della terapeutica moderna, ma una pratica veramente deplorabile» (48). Assai diverso è il caso, in cui vi sia, a giudizio del medico curante, una indicazione seria all'anestesia.

Tuttavia, il medico non può prestarsi alla somministrazione del narcotico, se il morente non ha debitamente soddisfatto ai suoi obblighi spirituali e morali. Neppure il paziente può nè chiedere nè permettere l'intervento, trattandosi di doveri gravi e decisivi.

4. Nel calcolo della liceità, «bisogna inoltre domandarsi se la narcosi sarà relativamente breve [...] o prolungata (con o senza interruzione) e considerare se l'uso delle facoltà superiori ritornerà a certi momenti, per alcuni minuti almeno o per qualche ora, e darà al morente la possibilità di fare ciò che il dovere gli impone» (49).

5. Che se fosse proprio il morente a chiedere la narcosi, clinicamente giustificata, nonostante gli obblighi che ancora gli incombono, «il medico cosciente non vi si presterà mai, soprattutto se è cristiano, senza prima averlo invitato, egli stesso o, meglio ancora, a mezzo di altri, a compiere prima i suoi doveri. Se il malato si rifiuta ostinatamente e insiste nel chiedere la narcosi, il medico può consentirvi senza rendersi colpevole di collaborazione formale alla colpa commessa dal paziente.

«Questa, infatti, non dipende dalla narcosi, ma dalla volontà immorale del paziente; gli si procuri o no l'analgesia, il suo comporta-

(47) *Ibidem*; L. SCREMIN, o.c., pp. 220-221.

(48) Pro XII, *Risposta...*, cit.

(49) *Ibidem*.

mento sarà identico: egli non adempie al suo dovere. Se non è esclusa la possibilità di un pentimento, non se ne ha tuttavia alcuna seria probabilità; e chi sa se, anzi, non indurrà al male?» (50).

6. «Ma se il morente ha adempito a tutti i suoi obblighi e ricevuto gli ultimi sacramenti, se precise indicazioni mediche suggeriscono l'anestesia, se nel fissare le dosi non si sorpassa la quantità permessa, se se ne è accuratamente misurata l'intensità e la durata ed il paziente vi acconsente, **nulla allora vi si oppone: l'anestesia è moralmente permessa**» (51).

RIEPILOGANDO

1. **L'anestesia**, combattendo il dolore, combatte forze che sotto molti aspetti sono dannose e ostacolano beni maggiori. Quindi, **il medico** che ne accetta i metodi e che elegge come missione nella vita una costante lotta contro il dolore umano, non fa che sottomettere, secondo l'ordine del Creatore, il dolore al potere dell'uomo.

2. **Anche il paziente**, intollerante del dolore, può senza perplessità usare dei mezzi che la scienza gli offre per sopprimere la sofferenza; purchè naturalmente non siano in se stessi illeciti. **Neppure il dovere** della mortificazione suggerito dal Vangelo, sull'esempio di Gesù sofferente, **non è un ostacolo all'impiego dell'anestesia**, perchè tale dovere lo si può compiere in altro modo.

3. **La diminuzione o anche la soppressione totale della coscienza**, concomitante alla somministrazione del calmante o dell'anestetico, se necessaria e protetta dalle debite cautele, non è contro la legge naturale ed è compatibile con lo spirito del Vangelo.

4. **Anche nel caso di inguaribili e di morenti**, la soppressione del dolore e della coscienza per mezzo di narcotici e simili, purchè sia richiesta da una indicazione medica, **è permessa sia al medico che al paziente**, purchè non vi siano altri mezzi di sollievo e ciò non impedisca l'adempimento dei gravi doveri religiosi e morali, che incombono al morente.

5. **L'ideale dell'eroismo cristiano e delle beatitudini evangeliche impone**, almeno in modo generale, per tutte le persone e per tutti i casi, **il rifiuto della narcosi**, dal punto di vista morale legittima; questo vale anche per il caso del moribondo. Tutto dipenderà, caso per caso, dalle circostanze concrete. «La soluzione più perfetta e più eroica può trovarsi tanto nell'accettazione che nel rifiuto» (52).

Giacomo Perico

(50) *Ibidem*.

(51) *Ibidem*. Pensiamo che questa valutazione morale possa valere, fatte le debite riserve del caso, *anche per i condannati alla pena capitale* (L. SCREMIN, *o.c.*, p. 223).

(52) *Ibidem*.