Intervista con il dottor Lorenz Wagner, responsabile del Centro per la cura del dolore della Clinica Luganese Moncucco

Alle origini del dolore

di Cristina Ferrari

Il Centro per la cura del dolore è parte integrante – insieme all'Anestesia, al Pronto Soccorso e alle Cure intense – del più vasto servizio di Area Critica della Clinica Luganese Moncucco. Il centro si prefigge di offrire al paziente, sotto un unico tetto, l'opportunità di accedere alle competenze specifiche di diversi specialisti e ha quale scopo quello di elaborare, una volta fatta la diagnosi, un piano terapeutico individuale che permetta al paziente un miglioramento della qualità di vita a lungo termine.
«Un elemento centrale della terapia – come si legge nella presentazione – è senz'altro la diminuzione del dolore o addirittura la sua eliminazione. I molteplici protagonisti di una terapia multidisciplinare in questo ambito sono il paziente, il medico di famiglia e gli specialisti del Centro per la cura del dolore stessi che sono medici anestesisti specialisti nel trattamento invasivo del dolore. Questi ultimi fungono da punto di riferimento per il malato». Altre figure specialistiche consulenti, legate al centro, sono il reumatologo, lo psichiatra, il neurologo, il radiologo e il fisioterapista. Responsabile è il dottor Lorenz Wagner, specialista in anestesiologia e trattamento invasivo del dolore.

Dottor Wagner, cos'è il dolore?
Ciò è molto interessante da sapere perché il dolore non è soltanto una percezione fisiologica, ma è anche una percezione psicologica. Quello, infatti, che noi sentiamo come dolore è già l'elaborazione dello stimolo dalla periferia fatta nel cervello. Significa che quello che noi sentiamo come dolore non è per forza quello che succede nel corpo. E più il dolore diventa cronico, più i processi che avvengono nel cervello diventano importanti e meno importante diventa il problema fisico.

Esiste un solo dolore o ve ne sono diversi?
Vi sono tantissimi tipi di dolore e altrettanto diversi. Esiste il dolore acuto ed esiste il dolore cronico, differenziazioni che vengono fatte soprattutto per la loro percezione nel tempo. Il dolore acuto viene normalmente definito come dolore fino a tre-sei mesi o un dolore che guarisce entro il tempo previsto dal trauma o dalla malattia. Se, per esempio, mi sono bruciato ai fornelli e ho da sei mesi dolore, è chiaro che è già un dolore cronico perché dovrebbe passare entro qualche giorno.

Come si è evoluta questa disciplina in questi ultimi anni? Possiamo dire sia nata solo recentemente?
La medicina del dolore esiste già da tanto tempo. La questione che caratterizza l'oggi rispetto allo ieri riguarda invece la

Il dottor Lorenz Wagner.

conoscenza pubblica del problema. In passato si sentiva spesso pronunciare frasi del tipo «stringere i denti», «il paziente ha una certa età, deve accettare il dolore». Oggi, invece, l'esistenza della nostra specializzazione è più conosciuta e la gente sa che non si deve per forza soffrire ma che il dolore è qualcosa che si può anche trattare o almeno tentare un approccio. Al giorno d'oggi poi le conoscenze sono certamente aumentate, ne sappiamo di più a livello scientifico. Siamo sempre più in

Foto © Ti-Press

grado di individuare e valutare i vari fattori del dolore, migliorando dunque al contempo anche il trattamento.

Quali dolori siete chiamati maggiormente ad alleviare?
La stragrande maggioranza delle problematiche riscontrate si rifà al mal di schiena. Posso citare in questo specifico ambito, che tocca il 60 per cento dei casi, le lombalgie, con o senza irradiazione nelle gambe. La seconda categoria ingloba le cervicalgie, come i colpi di frusta, i diversi problemi legati alla cervicale. Poi ci sono i pazienti che presentano i dolori cosiddetti neuropatici che si manifestano in seguito al Fuoco di Sant'Antonio. Nella casistica vanno conteggiati inoltre i pazienti che sviluppano dolore dopo interventi chirurgici dove il dolore post-operatorio non diminuisce e anzi diventa cronico. È un problema che, purtroppo, attualmente si sottovaluta. Vi sono molte persone che affrontano questa transizione del dolore e decidono di non intervenire, spesso stanno a casa pensando semplicemente all'operazione che non è andata bene perché la cicatrice fa ancora male.

In cosa consiste maggiormente il vostro approccio al dolore nel paziente: manipolazioni, farmacologia, un condensato dei due?
Se l'indicazione è buona e il paziente sta bene a livello psicologico, eseguiamo infiltrazioni vicino ai nervi. Una parte di queste procedure sono chiamate infiltrazioni diagnostiche in quanto infiltriamo soltanto anestetico locale, come dal dentista, così da verificare se il dolore diminuisce o meno. Il dolore può, infatti, avere diverse origini. La lombalgia, per portarle un esempio, può essere causata dal disco intervertebrale consumato, dalle articolazioni fra le vertebre, da un'ernia che schiaccia su un nervo, oppure da un problema muscolare, da tensioni spesso provocate da stress. Se non abbiamo però la diagnosi del dolore, non possiamo trattarlo ed è questo spesso il problema.

Perché trattare il dolore con un antidolorifico è possibile quando è soprattutto ancora acuto, ma se vogliamo diminuire la somministrazione dei farmaci, e così i loro effetti collaterali, dobbiamo capire prima di tutto da dove viene.

Circa la casistica: vi è un'età particolarmente colpita oppure il dolore è trasversale fra le generazioni?
Vi è certamente una preponderanza di anziani, forse anche perché la clinica ha una gran parte di pazienti facenti parte della terza età. Ma anche in generale è così. Riscontriamo, comunque, anche tanti pazienti fra i 50 e i 60 anni che hanno lavorato molto duro e arrivano ad un punto dove non ce la fanno più. Situazioni

anche socialmente difficili. Assentarsi dal lavoro per un cinquantenne può portare a delle difficoltà professionali, penso a un eventuale licenziamento. Abbiamo quindi pazienti che dovrebbero rallentare ma, per motivi di lavoro, non possono. Ma ci sono anche quelli che dovrebbero, almeno parzialmente, riprendere il lavoro ma vogliono restare a casa. È difficile… in molti casi va considerato anche l'aspetto culturale. In certi contesti la persona dice «ho mal di schiena, non posso più far niente», in realtà è proprio il contrario. Con il semplice mal di schiena uno si dovrebbe attivare e andare in palestra o fare ad esempio Pilates, per poi valutare il decorso. Spesso davanti a una risonanza magnetica della zona lombare di un paziente, infatti, non si riscontra nulla. L'80% dei mal di schiena passa da solo, non servono dunque né farmaci né infiltrazioni. Spesso sono problemi di postura, di decondizionamento fisico.

Quanti pazienti visitate alla settimana? Con quale frequenza?

Il nostro centro è attualmente aperto da lunedì a giovedì. Visitiamo circa fra i trenta e i trentacinque pazienti la settimana, di cui circa otto nuovi. Siamo ufficialmente operativi dal settembre scorso. Tra giugno e settembre abbiamo predisposto un tempo preliminare che è consistito in visite di pazienti della clinica.

Possiamo dire che il dolore è una nuova forma di malattia?

Sì, in effetti lo si cita già nella classificazione internazionale delle malattie. Il

dolore è diventato un vero e proprio capitolo a sé. Abbiamo pazienti nei quali non si trova niente, nessuna causa specifica, eppure affermano di provare dolore.

È vero, come spesso si dice, che la donna ha una soglia del dolore più alta rispetto a quella dell'uomo?

Dipende dal tipo di dolore; non si può parlare fra uomini e donne di una soglia più alta o più bassa. Forse è il modo di esprimerlo che è diverso. Gli studi che utilizzano un ago con un peso sopra per verificare con quanto peso l'ago provoca dolore riporta fra uomini e donne gli stessi risultati senza differenze significative. Piuttosto la differenza può essere colta in una questione culturale.

Si manifestano sempre più forme di dolore senza un motivo. Quanto l'aspetto mentale va considerato?

Fra zero e 100%. Oggi si dice che il dolore è un processo biopsicosociale. C'è la biologia, c'è la psicologia ed è evidente l'aspetto sociale. Prendiamo il caso di una persona che sicuramente non è un simulante ma il dolore è il linguaggio per esprimere sofferenza psicologica. Che una parte del dolore succeda solo nel cervello è quindi vero. Più il tempo passa e il paziente continua ad aver male e meno è il dolore vero che viene percepito. Lo vediamo anche con i farmaci classici contro il dolore che, dopo un certo tempo, perdono l'effetto per quanto la parte biologica ha meno importanza ed è così meno influenzabile.

Di quali figure è costituito il team del Centro per la cura del dolore?

Siamo due anestesisti con una formazione supplementare per il trattamento del dolore. Il mercoledì abbiamo la visita multidisciplinare dove i pazienti convocati vengono visti insieme con il reumatologo e poi, in una seconda seduta, dallo psichiatra che fa una prima valutazione. Poi ci sono colleghi delle altre specializzazioni a cui possiamo indirizzare i nostri pazienti con poca attesa per chiarire altre domande in merito. Un ruolo importante gioca ancora il servizio di fisioterapia con cui stiamo in stretto contatto per elaborare i giusti concetti di ricondizionamento fisico per i pazienti. Molto importante è che il paziente riconosca il problema e sia disposto a collaborare con i medici accettando le nostre indicazioni di cura.