

SOGNI E MEMORIE DI UN CLINICO DEL DOLORE

Intervista a Renzo Ruggerini

DREAMS AND MEMORIES OF A PAIN CLINICIAN

A cura di Mauro Bianchi

Continua l'impegno di questa rivista a raccogliere le opinioni e i suggerimenti di chi è stato protagonista dell'epopea dello studio e della terapia del dolore in Italia. Nelle precedenti occasioni abbiamo ascoltato il professor Tiengo e il professor Carli, due figure strettamente legate all'ambiente accademico. Incontrando il professor Ruggerini, questo numero della nostra rivista può presentare l'esperienza umana e professionale di un primario ospedaliero dotato di grande attenzione per il paziente che soffre.

Lei è stato uno dei fondatori dell' AISD, nel 1976. Cosa le piace ricordare di quel periodo?

In quell'anno si è svolta la prima riunione sul dolore presso la Sala Consiliare della Provincia di La Spezia. Per quell'iniziativa dobbiamo ancora ringraziare il collega Cavallini, primario di Anestesia in quella città. Francamente, non ricordo in quanti eravamo. Ricordo bene, però, che molti colleghi sentivano un forte bisogno di approfondire le loro conoscenze su questo tema così importante per la pratica medica.

Personalmente, sono stato sensibilizzato al problema dolore quando, nel novembre del 1970, ho dovuto assistere nell'ultima settimana di vita mio suocero, una persona nota e stimata a Mantova. Era ricoverato presso il Reparto di Medicina per una neoplasia epatica in fase terminale. Il poveretto si contorceva nel letto e per il dolore si aggrappava alla testiera metallica. Mi rivolsi allora al collega anestesista, mio compagno di università, e mi feci dare un flaconcino di un'associazione di fentanyl e deidrobenezperidolo.

Ne iniettai 2 ml per via intramuscolare ogni sera e in questo modo il paziente si spense serenamente.

In una scala numerica da 0 a 10, quanta era l'attenzione al problema "dolore" nel suo complesso negli anni Settanta e quanta oggi?

In quel periodo l'attenzione al problema dolore era in pratica vicina allo zero. Qualche volta, ma non sempre, ai pazienti operati si dava una fiala di morfina la sera del giorno dell'intervento. Nei giorni successivi, la somministrazione di un analgesico era quasi un'eccezione.

Oggi, anche grazie alla campagna "Ospedale senza dolore", l'attenzione dei medici ospedalieri verso il dolore è molto buona.

Darei un punteggio di 8-9.

A proposito, le sembrerebbe auspicabile la misurazione dell'intensità del dolore anche negli ambulatori di medicina generale?

Penso che la misurazione del dolore da parte dei medici mediante la scala

dell'analogo visivo sarebbe senz'altro auspicabile. In questo modo, infatti, il medico potrebbe valutare in maniera chiara l'effetto di un farmaco basandosi su un dato maggiormente oggettivo rispetto a quello costituito dalla descrizione generale del paziente. Mi chiedo però quanti medici sarebbero disposti a farlo regolarmente, visto che spesso non sembrano avere nemmeno il tempo di controllare la pressione arteriosa dei loro pazienti.

Torniamo alla sua storia di medico. Quando e come è nato un interesse più specifico per questo aspetto della Medicina?

La sensibilizzazione al problema dolore è iniziata con il caso che ho già citato e che ricordo ancora con molta apprensione. Devo però aggiungere che nel 1961, unico anestesista presso l'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università di Parma, frequentai per un certo periodo la Clinica Chirurgica dell'Università di Bruxelles con il collega Antonio Fantoni, un allievo del professor Damia che sarebbe poi diventato primario del Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale San Carlo di Milano. Il motivo della mia partenza per Bruxelles era legato all'interesse per l'iniziativa di due anestesisti, De Castrò e Mundeleer, che nel 1959 avevano presentato al Congresso Mondiale di Vienna una nuova tecnica anestesologica definita "Neuro-leptanalgesia". Si trattava di un nuovo approccio che, sfruttando la potenza analgesica del fentanyl e quella neurolettica del deidrobenezoperidolo, consentiva l'esecuzione di interventi

chirurgici, anche a livello toracico, senza dover ricorrere ai barbiturici o agli anestetici per via inalatoria.

Quali sono stati, a suo parere, i progressi più importanti registrati in questo campo negli ultimi decenni?

Prima di tutto mi piace ricordare la scoperta dello spazio peridurale a opera di Dogliotti e la diffusione del suo utilizzo a scopo terapeutico da parte di Ciocatto. Quest'ultimo può essere considerato un mio Maestro indiretto in quanto la Facoltà Medica di Parma figurava per tradizione come una sorta di "dependance" di quella di Torino, almeno per quanto riguardava gli aspetti di tipo chirurgico-anestesiologico. Il professor Ciocatto merita di essere ricordato anche per l'alcoolizzazione del trigemino. Come non accennare, ancora, alla teoria del "gate control" a livello spinale elaborata da Melzack e Wall? Tra l'altro, essa ha fatto nascere la stimolazione elettrica transcutanea (TENS), con tutti i suoi impieghi. Voglio citare anche la neurolesione del fascio spino-talamico laterale a C1, sebbene la cordotomia sia oggi praticata sempre più raramente. Per quanto riguarda la ricerca, mi sembra di grande interesse l'utilizzo della termografia. Dal punto di vista farmacologico, le formulazioni per la somministrazione di FANS e, soprattutto, di oppiacei per via transdermica hanno rappresentato novità molto importanti. In questo senso, i provvedimenti legislativi messi in atto nel 2001 grazie alla Legge

Veronesi hanno avuto un impatto decisamente positivo.

Infine, un grande merito deve essere riconosciuto a Vittorio Ventafridda per il suo contributo alla preparazione e alla diffusione della scala OMS per la terapia del dolore oncologico.

Lei ha operato soprattutto in una realtà per così dire di provincia. Ha percepito qualche differenza sostanziale rispetto alla situazione di altri colleghi operanti in realtà di maggiori dimensioni e più vicini, per esempio, a sedi universitarie?

E' chiaro che quanti hanno operato presso sedi universitarie hanno potuto godere dell'aiuto di molti giovani e seguire direttamente gli sviluppi e le nuove conoscenze sul dolore partecipando in modo sistematico ai congressi internazionali.

Tutto questo era estremamente difficile da realizzare nei centri periferici, soprattutto per le carenze di organico.

Ci può raccontare qualche caso, per lei occasione di particolare soddisfazione professionale?

Per motivi di salute nel 1993 sono andato in pensione da primario ospedaliero e mi sono dedicato alla terapia del dolore presso una Casa di Cura a Piacenza. Interpellato da un amico, ho fatto ricoverare suo cognato, residente a Catania. Era itterico per una neoplasia del pancreas in atto da tempo e aveva dolori molto violenti. Ho eseguito il blocco del plesso celiaco, con tecnica classica, e ottenuto una completa

scomparsa del dolore e la ripresa della canalizzazione; il poveretto è vissuto ancora tre settimane e poi si è spento serenamente senza dover ricorrere all'uso di oppiacei.

Proprio qualche giorno fa ho incontrato un'anziana signora che mi ha raccontato ancora commossa che alla fine degli anni Ottanta avevo posizionato un cateterino peridurale al marito, un anziano cardiopatico con un dolore all'arto inferiore da gangrena diabetica.

Da notare che egli aveva ormai deciso di farsi amputare quell'arto. La signora mi ha ringraziato per averle insegnato a rifornire da sola, con guanti sterili, il catetere: aveva funzionato bene per circa un mese fino al decesso del marito, senza bisogno di utilizzare analgesici per via sistemica.

Nella pratica clinica, quali sono tuttora le sindromi dolorose più difficili da trattare?

Non è facile per me dare una risposta chiara a questo quesito. Oggi, grazie alle associazioni farmacologiche, per esempio di oppiacei e pregabalin, anche il dolore neuropatico, in particolare quello diabetico, può essere ben controllato.

Personalmente trovo più difficile trattare il dolore artrosico di vecchia data in persone che si sono auto-medicate fino a ieri abusando di FANS e che non vogliono ricorrere agli oppiacei perché significherebbe "drogarsi".

Non hanno capito che il trattamento antalgico, nel dolore artrosico, deve essere associato a fisioterapia, terapia

termale e quant'altro. In molti casi sarebbe necessaria in primo luogo una corretta educazione sanitaria.

Nell'era di Internet e di un accesso obiettivamente più facile a molte informazioni, le sembra che eventi di questo genere siano divenuti ormai inutili?

Internet è un mezzo meraviglioso di conoscenza e di diffusione del sapere ma naturalmente viene sfruttato soprattutto da chi è più giovane. Inoltre, è ancora poco noto nelle realtà di campagna o in montagna. Io penso che convegni, congressi e simposi conservino il loro valore per far conoscere ai cultori dell'arte quali sono le tecniche più aggiornate e più valide. Altrimenti potrebbe accadere che un paziente, dopo aver trovato molte informazioni su internet, ne sappia più del medico e sia più aggiornato di lui!

A partire dalla sua lunga esperienza clinica, in quale direzione dovrebbe orientarsi con più decisione la ricerca sul dolore nel prossimo futuro?

Obiettivamente, credo che i "Maestri" in questo settore, tra i quali mi piace ricordare Mario Tiengo, abbiano già fatto molto per diffondere le conoscenze di maggiore rilievo. La campagna "Ospedale senza dolore" che ho già menzionato, i congressi molto partecipati e le varie riviste scientifiche sono strumenti tuttora molto importanti.

Auspico ulteriori progressi nel campo degli oppioidi, ma credo che un passo avanti realmente

significativo si potrà realizzare quando avremo a disposizione un anestetico locale capace di bloccare selettivamente le fibre sensitive senza interferire con la funzione di quelle motorie. Spero non si tratti di un sogno.

Quali sono i passi più urgenti da compiere per migliorare la cura dei molti pazienti con dolore in Italia?

Mi sembra che nel nostro Paese vi siano molte, forse troppe, associazioni che si interessano di problemi connessi al dolore. Se sapessero trovare una sorta di denominatore comune potrebbero condizionare il Ministero della Salute a varare norme più esigenti e precise per favorire la terapia del dolore in ogni ospedale. Si potrebbero così soddisfare le esigenze dei pazienti che soffrono, spesso anche a causa di attese particolarmente snervanti.

Oggi ogni Regione è sostanzialmente autonoma in tema di Sanità; a mio parere questo è un aspetto negativo.

Vorrei che in ogni Ospedale, anche periferico, ci fosse almeno un ambulatorio di Terapia del Dolore con un gruppo di specialisti specificamente preparati.

Sono convinto che ogni città, anche se periferica, dovrebbe mettere a disposizione dei suoi cittadini strutture tipo "Hospice" capaci di trattare pazienti con sintomi difficili da risolvere a domicilio e dotate di medici, infermieri e psicologi preparati per questo lavoro. Si tratta di un'esigenza assolutamente urgente, direi indifferibile, perché la popolazione è sempre più anziana e affetta da patologie croniche invalidanti.