

IL SENSO DI UN PROGETTO AI CONFINI DEL DOLORE

Camminando sui bordi della scienza in terapia antalgica

GIUSEPPE SERAFINI

Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione (Dir. Prof. G. Leonardis)

1. Introduzione

Il mosaico del dolore si arricchisce, di anno in anno, di nuove tessere, che, invece di un'immagine più precisa, ne ampliano continuamente il profilo e quindi i confini.

Da semplice segnale neurofisiologico si è andati, via via, individuando un "modello nocicettivo" espressione di un complesso fenomeno neuropsicofisiologico. Tale complessità ha messo sul tappeto, in modo per lo più caotico, un insieme di problemi che attendono risposta, di cui l'elaborazione di una corretta strategia terapeutica è uno dei più pressanti, specie nell'affronto del dolore cronico.

Non si può e non si deve prescindere dalla necessità di mettere in atto un procedimento che sappia tener conto delle diverse realtà che impongono scelte e gestioni diverse; va sottolineato, cioè, che la necessità è quella di elaborare una strategia terapeutica adeguata rispetto ai problemi che deve affrontare e non può, quindi, non

- a] differenziarsi in interventi di tipo **multimodale** (attuazione di più tecniche all'interno di una stessa competenza) e/o **multidisciplinare** (integrazione coordinata di interventi diagnostici e/o terapeutici appartenenti a più competenze);
- b] proporsi nell'ottica della minor invasività possibile, della partecipazione del paziente alla terapia, del miglioramento della qualità di vita, del controllo dei disturbi collaterali invalidanti.

Il ricorso ad una strategia terapeutica sottintende, inoltre, una scala di priorità nell'impiego dei mezzi antalgici, e un uso sequenziale preciso delle procedure terapeutiche, che sappiano adattarsi alle specifiche esigenze del singolo paziente, e in cui siano privilegiate, almeno inizialmente, *terapie non invasive*, farmacologiche e non farmacologiche.

Non vogliamo addentrarci, in questo ambito, nelle controversie teoretiche della metodologia scientifica. Riteniamo che il solo criterio di validità di una strategia di ricerca sia il suo successo. Vale a dire, i metodi analitici così come quelli sintetici, come pure l'attuazione di metodiche scientificamente accreditate o di quelle che da quest'ultime si discostano, sono giustificati se incrementano la nostra comprensione di un fenomeno, che in medicina si traducono sempre in efficaci, o quanto meno più efficaci di quelle a quel momento disponibili, strategie terapeutiche.

Al di là di posizioni estreme, riteniamo che il dibattito ed il confronto tra medicina scientifica e pratiche non convenzionali debbano spostarsi nell'ambito dei progetti specifici, con un linguaggio che abbia sufficienti punti in comune per intercomunicare. Ognuno deve sapersi far carico della lacerazione che ogni cambiamento impone, ma non ci si può sottrarre all'obbligo di una continua messa in discussione del sapere che la conoscenza del reale, per essere vera, richiede.

Ci sembra ragionevole, ed inevitabile, prospettare così la rilevanza e la necessità di mettere in atto luoghi ed obiettivi, che questo Simposio vuol iniziare a porre, per uno sguardo di reciproco interesse, col solo scopo di evidenziare progetti originali, che non abbiano il gusto della "stranezza per la stranezza", con cui valorizzare i rispettivi patrimoni di conoscenza.

2. Tecniche non convenzionali

2.1. Terminologia

Si pone sin dall'inizio un problema di natura terminologica: indicate con vari nomi (*medicines alternative, naturali, eretiche, dolci, parallele, non-ufficiali*) ci è sembrato più adatto, in accordo con la Commissione affari sociali della Camera dei Deputati, il termine "NON CONVENZIONALI" perché «più adatto a descrivere una situazione fluida in cui determinate pratiche terapeutiche sono oggetto di minore tutela giuridica ed economica in forza di un giudizio soggettivo di opportunità temporaneamente condiviso in determinati ambiti ufficiali. Si è voluto evitare così qualsiasi giudizio di merito che poteva essere implicito in altri termini. Si sono scartate perciò definizioni come: "alternative", che implica una carica ideologica, e soprattutto non corrisponde a quelle realtà in cui tali pratiche terapeutiche sono accettate come complementari; "non tradizionali", perché alcune,....., sono in realtà più tradizionali della scienza medica oggi generalmente accettata; "differenti" come è in uso in Francia, che è parso eccessivamente generico, come anche il termine "altre", usato più spesso in Italia; "parallele", che presuppone un giudizio di pari dignità, e contemporaneamente un destino a non incontrarsi mai.».

2.2. Definizione

Ma cosa sono le tecniche non convenzionali (TNC)? Possiamo radunare sotto questo termine tutto quell'insieme di pratiche terapeutiche collocate o collocantesi al di fuori della medicina scientifica moderna, e che traggono origine o da tradizioni etniche tramandateci, o da correnti di pensiero filosofico o scientifico di rivalutazione di farmaci e pratiche naturali, o da tecniche di recente scoperta, ma non ancora accreditate nell'ambito scientifico.

Le più note e diffuse sono:

- ◆ **L'Agopuntura**, di tradizione millenaria in Oriente, utilizzata in Occidente soprattutto per il trattamento del dolore;
- ◆ **L'Omeopatia**, *similia similibus curentur*, applica il principio secondo cui la causa della malattia ed il rimedio per guarirla sono della stessa natura;
- ◆ **la Pranoterapia**, è l'"energia radiante o fluido vitale" emesso dalle mani del terapeuta a curare le patologie;
- ◆ **la Fitoterapia**, la terapia cioè attraverso le erbe medicinali;
- ◆ **la Chiroterapia**, tecnica di manipolazione vertebrale sviluppatasi agli inizi del '900 negli Stati Uniti;
- ◆ **la Mesoterapia**, tecnica farmacologica di microiniezioni sottocutanee locali;
- ◆ **la Magnetoterapia**, che utilizza gli effetti biologici stimolati dall'applicazione di campi magnetici;
- ◆ **la Laserterapia medica**, non chirurgica, che si avvale in modo non invasivo delle proprietà terapeutiche della luce laser

2.3. La problematica: i dubbi

E' indubbia, ormai, data la rilevanza sociale del fenomeno, con un forte incremento in tutta l'area occidentale nell'ultimo decennio, e la sua diffusione praticamente fuori di ogni controllo, la necessità, che si impone alle autorità sanitarie e agli ambienti scientifici, di porsi di fronte al problema in termini di valutazione e disciplina, non pregiudiziale né sommaria né ideologica.

Volendo compiere una sintetica analisi valutativa globale è possibile organizzare i rilievi critici del mondo scientifico, nei confronti delle medicine non convenzionali, nei termini di:

- ① critiche basilari,
- ② critiche metodologiche

①

Il razionale teorico, quando non è incompatibile, è, il più delle volte, maldefinibile con il linguaggio e nel sistema di conoscenze della medicina scientifica. *Qi, Yin, Yang, dinamizzazione, psora, miasmi, prana, corpo astrale, ecc.* sono alcuni esempi di concetti e fenomeni del tutto estranei ai

paradigmi scientifici, configurano, cioè, osservazioni ed eventi intraducibili nella moderna tassonomia, oltretutto sperimentalmente inidentificabili.

Un'altra caratteristica delle TNC è data dal fatto che le teorie che ne sono alla base sono irrimediabili, hanno, cioè, un'impostazione tautologica e autodimostrativa e, come tale, dogmatica. Gli assunti sono, per lo più, immutabili e permangono inalterati nei secoli.

Fondamentale è, infine, l'osservazione che le teorie delle TNC sono infalsificabili. Ogni evento osservato ha sempre una esauriente comprensione nell'ambito teorico, non sorprende né scompagina né, tanto meno, confuta alcun assunto di fondo, contrariamente al ben noto principio di falsificazione di Popper.

②

Al di là, ma, forse, proprio in forza dei fondamenti teorici atipici, ne derivano osservazioni critiche che coinvolgono gli aspetti metodologici clinici e sperimentali delle TNC:

- le osservazioni fattuali e i dati clinici di efficacia provengono, spesso, da studi non controllati o scarsamente controllati;
- gli studi metanalitici mettono spesso in evidenza disegni sperimentali, procedure di validazione interna (vale a dire quanto le differenze osservate misurano realmente l'efficacia dell'intervento) e di validazione esterna (quanto, cioè, i risultati dell'esperimento siano generalizzabili all'insieme dei pazienti) assenti o, comunque, insufficienti;
- anche volendolo, c'è una evidente difficoltà a progettare studi clinici sperimentali validi per molte TNC.

Ne consegue che, nel panorama attuale, ci troviamo di fronte all'applicazione di TNC con metodiche non standardizzate ed una esasperata personalizzazione del protocollo terapeutico, da cui è praticamente impossibile attendersi una oggettiva predicibilità di risposta ed in cui brilla l'assenza di un comune accordo in merito alle specifiche indicazioni terapeutiche.

2.4. La problematica: gli stimoli

Solo riferendoci all'agopuntura, la richiesta globale, in Europa, di trattamenti (su dati aggiornati al Settembre 1990) è di 42 milioni di unità, che rappresentano il 5.7% della popolazione complessiva, coinvolgendo 62.000 medici [23]. In Italia 3.000 operatori, 3 milioni di utenti saltuari, 300 mila quelli costanti. Oltre a ciò si assiste all'interesse a livello parlamentare, con la presentazione di proposte di legge sul settore, al crescente numero di operatori sanitari, USL, Ospedali ed Università che accettano e forniscono servizi di terapia integrata e/o corsi di formazione.

Sta di fatto, dunque, senza voler svolgere in questi fogli l'articolato e complesso quadro epistemologico, culturale, giuridico e normativo che le TNC sollecitano, che, anche se è prevalente un atteggiamento di rifiuto e monopolio, si impone l'opportunità di non dare adito a conclusioni negative definitive.

Questo anche per altre osservazioni, nel nostro specifico, più pertinenti:

- ◆ il paradigma scientifico, pur configurandosi come inalienabile modello di verifica e confronto di ogni teoria, per sua stessa natura non può rivestirsi dei caratteri della dogmaticità, tenendo in conto che esso, inevitabilmente, conduce ad una scarsa abilità ad interpretare, addirittura a "percepire", tutti quei fenomeni che si pongono al di là dei confini di quello specifico paradigma. Basti qui ricordare la presunta impossibilità dell'uomo di immergersi, senza perire, ad una profondità marina superiore ai 40 metri, o la curvatura del tragitto dei raggi solari durante le eclissi, inspiegabile secondo i canoni della meccanica Newtoniana. La comprensione dei fenomeni paradigmaticamente anomali può condurre a significativi progressi scientifici;
- ◆ al momento attuale alcune delle TNC sono in una promettente fase di transizione (sono in corso studi interessanti sull'efficacia e sui meccanismi d'azione, e si stanno delineando le specifiche indicazioni terapeutiche);

- ◆ la stessa Organizzazione mondiale della sanità ha iniziato dal 1977 ad occuparsi di TNC, con programmi mirati a promuoverne la diffusione della conoscenza, l'approfondimento e gli scambi di esperienze (Risoluzioni WHA22.54, WHA29.72, WHA30.49, WHA40.33, WHA41.19 e WHA42.43);
- ◆ in accordo con gli obiettivi della clinica algologica, c'è la necessità di ampliare la disponibilità di tecniche non invasive, anche per fronteggiare l'insorgenza di patologie iatrogene.

Naturalmente non ci può essere l'intenzione di operare un colpo di spugna su perplessità e riserve, indispensabili d'altra parte dal punto di vista metodologico, sicuri, come siamo, che se l'evoluzione paradigmatica ci deve essere, ci sarà, camminando sulle sue gambe, senza particolari riguardi. Non si può, cioè, non operare un distinguo rispetto a quelle TNC che o si collocano nell'ambito paramedico, o hanno una statuto clinico incerto, o sconfinano francamente nell'irrazionale.

Ci sembra, inoltre, che non si possa fare a meno di fornire, anche se in modo non definitivo, le indicazioni cliniche verso cui orientare, almeno in campo antalgico, l'utilizzazione delle TNC:

- 1] pazienti con dolore cronico che non risponde ad altri metodi di terapia antalgica non invasiva (laddove questa è di prima scelta);
- 2] pazienti con dolore cronico in cui un trattamento farmacologico è controindicato, o sono a rischio, attuale o potenziale, di patologia iatrogena;
- 3] pazienti con dolore cronico per cui si prevede un trattamento a lungo termine con analgesici (ai fini di una riduzione del dosaggio);
- 4] pazienti con patologia dolorosa ben localizzata.

3. Conclusioni

Nell'organizzare tale Simposio l'unico criterio che ci ha guidato, lontani dal voler esibire la consueta passerella, è stato quello di dar voce a chi, muovendosi ai confini della scienza accademica, è portatore o inserito in un progetto originale, discutibile se si vuole, ma ricco di intuizioni e comunque di grande interesse. Molti degli argomenti trattati (l'elettromanipolazione delle bioinformazioni, l'uso delle correnti ad alto voltaggio, il sistema oppioide/anti-oppioide come espressione dell'equilibrio Yin/Yang, l'elaborazione di un protocollo generalizzabile nei trattamenti in agopuntura, per citarne alcuni), avranno in questa manifestazione la loro prima espressione, o almeno quella per una più ampia considerazione,

All'interno del moderno sistema di conoscenze scientifiche e nell'ambito di un progetto di matematizzazione del sapere scientifico medico, le TNC si pongono, di fatto, come momento di contraddizione in continua tensione espulsiva. Accolte da un crescente consenso di utenza, patrimonio di interi popoli, le medicine non convenzionali veicolano, spesso, in chi le pratica e in chi le utilizza, la sfiducia in un sapere ufficiale ritenuto saccente e, in vari ambiti, impotente. Al di là dei permanenti, sacrosanti dubbi sulle teorie di base e sulle procedure metodologiche (avendo già operato una prima distinzione tra metodiche non convenzionali dotate di letteratura ampia e pratica clinica consolidata, e tecniche dal profilo clinico incerto o che sconfinano francamente nell'ambito dell'irrazionale e della manipolazione), crediamo debba divenire patrimonio stabile della cultura scientifica la capacità di non ripetere lo stesso errore assumendo una posizione rigidamente preconcepita, delineando, in questo modo, la scelta per un sapere scientifico ideologico.

In un quadro, quale quello che si è andato profilando negli ultimi decenni, di sostanziale stallo dei progressi scientifici in campo terapeutico, l'evoluzione dei paradigmi sotto lo stimolo anche delle anomalie provenienti dalle TNC può costituire un fattore di crescita.

In campo algologico, poi, c'è l'urgente necessità di ampliare il bagaglio di strumenti non invasivi a disposizione soprattutto contro il dolore cronico, senza incrementare l'insorgenza di patologia iatrogena e tenendo presente che molti dei pazienti che si presentano al trattamento antalgico sono già sotto carico plurifarmacologico.

Riteniamo opportuna, quindi, una attenzione verso quelle TNC che offrono premesse di un razionale attendibile, una pratica clinica diffusa, una sostanziale sicurezza operativa e la facilità

d'inserimento e integrazione nella struttura sanitaria, a fondamento di una strategia terapeutica integrata, che non vuole certo annullare le perplessità sui fondamenti, ma nemmeno ideologizzare i contrasti, annullando dubbi e benefici.

4. Bibliografia

1. Brooks, R. (1986): The Development and Construction Of Health Status Measures: An Overview of the Literature. The Swedish Institute for Health Economics, Lund.
2. Bulpitt, C.J. (1983): Randomized Controlled Trials. The Hague, Martinus Nijhoff Publ.
3. Crocella, C. (1991): Introduzione alle medicine non convenzionali. In Le medicine non convenzionali. Ricerca scientifica, problemi normativi, progetti di legge, pp.203-215, a cura di Crocella, C.. Quaderni di documentazione - Camera dei Deputati, Roma.
4. Gramaglia, M. (1991): Relazione per il gruppo informale di studio sulle medicine non convenzionali della Commissione affari sociali della Camera dei deputati. In Le medicine non convenzionali. Ricerca scientifica, problemi normativi, progetti di legge, pp.223-238, a cura di Crocella, C.. Quaderni di documentazione - Camera dei Deputati, Roma.
5. Heron, J. (1986): Critique of conventional research methodology. Complement. Med. Res. 1:12-22.
6. Kuhn, T.S. (1970): The Structure of Scientific Revolutions. University of Chicago Press, Chicago, Ill.
7. OMS (1987): Quarantesima assemblea mondiale della sanità. Dodicesima assemblea plenaria, 15 maggio. Punto 18.2 dell'ordine del giorno. In Le medicine non convenzionali. Ricerca scientifica, problemi normativi, progetti di legge, pp.331-332, a cura di Crocella, C.. Quaderni di documentazione - Camera dei deputati, Roma, 1991.
8. OMS (1988): Quarantunesima assemblea mondiale della sanità. Quindicesima assemblea plenaria, 13 maggio. Punto 23 dell'ordine del giorno. In Le medicine non convenzionali. Ricerca scientifica, problemi normativi, progetti di legge, pp.333-334, a cura di Crocella, C..Quaderni di documentazione - Camera dei deputati, Roma, 1991.
9. OMS (1990): Ottavo programma generale di lavoro relativo al periodo 1990-95. In Le medicine non convenzionali. Ricerca scientifica, problemi normativi, progetti di legge, pp.335-349, a cura di Crocella, C.. Quaderni di documentazione - Camera dei deputati, Roma,1991.
10. Paccaud, F. (1986): L'évaluation systématique des procédures médicales.A propos de l'efficacité des «médecines parallèles». Rev. Méd. Suisse Romande, 106:141-7.
11. Patel, M.S. (1987): Evaluation of holistic medicine. Soc. Sci. Med. Vol.24, n°2:169-175.
12. Patel, M.S. (1987): Problems in the evaluation of alternative medicine. Soc. Sci. Med. Vol.25, n°6:669-678.
13. Popper, K.R. (1969): Scienza e filosofia. Nuovo Politecnico 29, Einaudi, Torino.
14. Sabato, A.F. e Serafini, G. (1992): Ruolo e inquadramento delle tecniche non convenzionali in terapia del dolore (agopuntura, TENS, mesoterapia, laserterapia, magnetoterapia). In Atti "Giornate dedicate all'Anestesia, Rianimazione e alla Terapia del dolore", AAROI, Roma.
15. WHO (1978): The Promotion and Development of Traditional Medicine:Report of a WHO Meeting. Technical Report Series 622, WHO, Geneva.
16. WHO (1990): Executive Board - 87th Session: Traditional Medicine And Modern Health Care. Progress report by the Director - General. 31 October.
17. WHO (1990): Resolution of the 44th World Health Assembly: Traditional Medicine And Modern Health Care. 31 October.