



Il dolore e le sue specificità

Nell'aprile del 1995 (..25 anni fa...) si tenne a Brisbane un congresso intitolato *Moving in on Pain*. Per la prima volta medici, biologi, fisiologi furono invitati a parlare in un contesto ufficiale con dei fisioterapisti riguardo al tema del dolore. E come si può evincere dalla lettura degli atti di quel convegno [1], pubblicati con lo stesso titolo a cura di M. Shacklock, non si parlò di dolore declinandolo rispetto ad un distretto o ad una patologia o ad un'articolazione come si era sempre fatto (convegni sul dolore dell'arto inferiore, dolore dell'artrosi, dolore della spalla). Ma si parlò del dolore come fenomeno generale, comune a tutti gli esseri umani e solo per comodità settorializzato rispetto ad una zona particolare del corpo. In altre parole ci si chiese, dato che il dolore è un'esperienza comune a tutti, se le specificità anatomiche non fossero solo un correlato, neanche troppo fondamentale, di questo. Per cui non esisterebbe un dolore specifico del ginocchio o della spalla ma esisterebbe un'esperienza dolorosa che coinvolge il ginocchio o la spalla. E come molti degli insigni scienziati presenti a quel convegno, P.D.Wall solo per dirne uno, ebbero a concludere, spesso il dolore non è nemmeno collegato ad eventuali problemi strutturali o per lo meno non ne è collegato in maniera lineare e proporzionale all'entità del danno o dell'esperienza dolorosa. Si portava all'attenzione del mondo della fisioterapia quello che empiricamente si riscontrava nel lavoro quotidiano coi pazienti: il dolore e il problema strutturale non sono legati in modo stretto e indivisibile come intuitivamente si sarebbe portati a pensare.

E tutto questo faceva seguito alla definizione di dolore data dall'associazione internazionale per lo studio del dolore (*International Association for Study of Pain*) solo un anno prima nel 1994. Nel suo glossario la IASP definiva e definisce tutt'ora il dolore come:
"un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata ad un danno tissutale in atto, potenziale o descritta in termini di danno."

Si parla innanzitutto di esperienza, questa viene definita dal dizionario Devoto-Oli come un tipo di conoscenza fornita dalle sensazioni o comunque acquisita tramite i sensi (spesso polemicamente considerata certa, indubitabile, contro le astrazioni e le congetture della speculazione e della pura teoria): *verità confermata dall'e.; opinione fondata sull'e.; giudicare al lume dell'e.*

Essa è poi *sensoriale ed emotiva* ed ecco così apparire due visioni riferite a mondi apparentemente distanti: quello dei sensi che noi giudichiamo sempre molto affidabili e quello della sfera delle emozioni, dei sentimenti che hanno il compito di dare colore a questa esperienza. Si delinea

quindi una realtà data dall'interazione tra ciò che sentiamo (sensoriale) e ciò che proviamo (emotiva).

Essa deve essere *spiacevole*: in pratica se una cosa ti piace non si può definire dolorosa. E anche qui si evidenzia la differenza tra la sensazione e il significato che le si dà, la differenza tra il dolore sensoriale e il dolore che dà sofferenza.

Tutto questo riferito ad un *danno tissutale in atto* e questo è il dolore più intuitivo, legato ad un infortunio di qualunque genere o ad un evento acuto come un infarto.

Oppure riferito ad un danno potenziale e questo è il dolore nella sua forma più utile quella protettiva che mi impedisce di creare un danno strutturale se perseverassi in un certo comportamento: se mi appoggio con la mano su una superficie calda la ritraggo rapidamente prima di scottarmi in maniera grave proprio grazie al dolore che mi avverte della possibilità di un danno.

Da ultimo questa *esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole* può essere semplicemente *descritta in termini di danno*. Cioè in termini di danno ipotetico quindi anche se non ho danni strutturali posso provare dolore. E qui ci troviamo nell'ambito del "dolore inutile", quello che segnala una disfunzione del sistema sensoriale e di elaborazione. E questa non è, come potrebbe sembrare, una situazione confinata solo alle patologie psichiatriche ma assolutamente legata alla nostra esperienza di esseri umani e fisioterapisti: quanti pazienti si rivolgono a noi con dolori di spalla ed esami strumentali assolutamente normali? E quanti pazienti non si rivolgono a noi, perché non hanno nessun dolore pur avendo esami strumentali che evidenziano un danno?

Si può rilevare quindi sia dalla definizione che dalla nostra pratica clinica quotidiana come il dolore sia un'esperienza associativa, il risultato di una interazione composita di elementi personali, esperienziali, ambientali, culturali e che si rivela essere una fonte poco attendibile riguardo lo stato dei tessuti del corpo.

Proprio per questo, nel 1994, venne adottata la definizione di dolore sopra riportata perché permette di dare ragione delle varie e diverse manifestazioni legate ad infortuni, esiti di intervento chirurgico e mille altre esperienze che generano una risposta dolorifica mai sovrapponibile e anzi sempre diversa non solo da individuo a individuo ma anche per lo stesso individuo in contesti e tempi differenti. La visione popolare del dolore (che è la stessa che Cartesio descrive ne *Les Passions de l'âme* del 1649) cade in fallo proprio perché non riesce a spiegare la non linearità del dolore, non riesce a spiegare la sua assoluta non proporzionalità con la lesione, non riesce a spiegare perché un arto amputato possa far male, non riesce a spiegare perché il dolore possa persistere anche oltre l'avvenuta guarigione tissutale. Così che slogarsi una caviglia può generare in ognuno di noi una risposta differente a seconda che ci troviamo nel mezzo di un attraversamento pedonale col rischio di essere investiti, in montagna durante un'escursione con la necessità di tornare a valle, a casa propria con la prospettiva di essere accuditi da tutta la famiglia. È poi esperienza comune quella con pazienti che a più di dieci anni da una distorsione ancora si lamentano quando è chiaro che i tessuti sono sicuramente guariti in quel lungo lasso temporale. E ancora: una visione meccanica del dolore non ci spiega perché alle bioimmagini troviamo lesioni anatomiche anche in individui non sintomatici o perché, con la risoluzione della lesione non assistiamo ad una scomparsa del dolore.

Danno anatomico e dolore quindi possono coesistere ma la loro relazione causa effetto non è sempre semplice da provare. Pensate, ad esempio, ai pazienti operati che continuano a sentire dolore anche dopo un intervento perfettamente riuscito e che ha ristabilito l'integrità anatomica

del distretto interessato.

Non dobbiamo stupirci quindi se nel 1979 P. Wall scriveva nell'articolo "On the relation of injury to pain" che il dolore non è una semplice esperienza sensoriale che segnala l'esistenza di un tessuto danneggiato. Infatti la sua presenza e intensità sono troppo scarsamente correlate al grado di danno per esserne considerate un indicatore affidabile perciò il dolore è una cattiva difesa contro le lesioni in quanto si verifica troppo tardi in caso di danni improvvisi o molto lenti per fornire un'utile misura preventiva.

E va rilevato anche come il paragone che spesso si fa tra dolore e sistema d'allarme sia quanto meno poco preciso. Infatti il dolore è un sistema che suona, a volte, quando non dovrebbe o viceversa non suona quando dovrebbe. Pensate ad esempio a tutti quei pazienti asintomatici nei quali si rilevano i più svariati danni strutturali o per converso a tutti coloro i quali lamentano dolore o impotenza funzionale in presenza di esami strumentali pressoché perfetti.

Ecco come dovremmo forse considerare il dolore: come il segnale dell'esistenza di uno stato del corpo in cui perseguire la guarigione e la ricerca del recupero; così come la fame è associata alla ricerca di cibo e al nutrirsi, il dolore potrebbe essere associato alla ricerca di trattamento e delle condizioni ottimali per il recupero.

