

Dolore osteoarticolare cronico: il ruolo sentinella del mmg

Il corretto approccio al dolore osteoarticolare è fatto di semeiotica e intervento conservativo. Ma il consumismo sanitario ha spostato l'attenzione su richieste di imaging e terapia del dolore, che non risolve il problema e può portarlo alla cronicità

Il medico di medicina generale (mmg) è il primo sanitario consultato dal paziente per ogni problema di salute: ogni giorno nello studio di un mmg massimalista (1.500 assistiti) si presentano dai tre ai cinque pazienti con dolore osteoarticolare acuto o cronico. In dieci minuti di visita (questa è la media nazionale) il medico di medicina generale è chiamato a porre diagnosi avendo a disposizione un fonendoscopio, un apparecchio della pressione, un otoscopio, un martellino per riflessi osteotendinei, un glucometro per glicemia stick e tutto il suo bagaglio di esperienza clinica. Poco, se paragonato alla disponibilità di tempo e risorse di un pronto soccorso ospedaliero, dotato di molti più mezzi tecnici e con tempi di visita che, con il successivo controllo-sorveglianza in degenza, possono arrivare a 24 ore.

Il primo quesito che si pone un sanitario di fronte a un dolore è quello di capire se si tratta di un disturbo banale o se piuttosto può essere il sintomo di una patologia che mette a rischio la salute o persino la sopravvivenza del paziente. Per dirla in modo stringato, il sanitario deve

capire, ci sono in gioco anche risvolti penali, se sotto il dolore c'è un tumore o no. L'esperienza insegna che ogni dolore osteoarticolare è sempre una brutta gatta da pelare per tutti i medici, ancor di più per i mmg che lo devono affrontare con una preparazione universitaria vetusta e non al passo con i tempi.

La diagnosi: semeiotica quasi sempre trascurata

Se per definire un iperteso basta un controllo pressorio, se per definire un diabetico basta una glicemia, se per definire una leucemia basta un emocromo, per un dolore osteoarticolare serve di più, molto di più che l'imaging. L'imaging infatti descrive, in modo più preciso (risonanza, tac) o meno preciso (radiografia), la struttura anatomica di un'articolazione con i danni presenti, ma non fa assolutamente diagnosi eziologica: è solo una bella foto dello stato in cui si trovano tutte le principali componenti articolari.

Al contrario la semeiotica articolare è complessa, raffinata, ma impossibile da attuare nei dieci minuti di visita del medico di medicina genera-

le e spesso è poco utilizzata anche in pronto soccorso per motivi vari (anche qui, spesso, per poco tempo a disposizione). La semeiotica articolare, insomma, viene proposta e ribadita in ogni incontro scientifico, ma nella realtà quotidiana viene sostituita dalla più veloce richiesta di imaging.

A complicare la diagnosi è la possibilità frequente di trovarsi di fronte ad un dolore osteoarticolare riflesso: un esame di imaging all'articolazione dolente potrebbe infatti non mostrare nulla di utile alla diagnosi nel caso in cui il dolore origini da un altro distretto corporeo. Anche la distribuzione metamERICA del dolore, insomma, complica la vita dei medici.

Vista la complessità dell'argomento gli specialisti spezzettano il problema, dimenticando l'insieme, ignorando la postura, le catene muscolari, la genetica (lassa o rigida), puntando tutta l'attenzione su ciò che fa sparire il dolore il più velocemente possibile e che si chiama medicina sintomatica. Ogni specialista focalizza tutta la sua attenzione clinica sul singolo distretto osteoarticolare doloroso, con piena sod-

disfazione del paziente che si illude di aver trovato la soluzione ottimale al suo problema. Paziente che giudicherà l'operato del medico in base al successo o insuccesso nel fargli passare il dolore. È in questo ambito che trionfano anche fisioterapisti, osteopati e chiropratici, che sbloccando le articolazioni "rigide" fanno passare il dolore. Tutto questo però è solo l'inizio di un disastro strutturale osteoarticolare che sta investendo il paziente e che necessita solo di tempo (anni) per manifestarsi in pieno con degenerazione articolare irreversibile e conseguente invalidità.

I possibili danni della terapia del dolore

Una volta posta la diagnosi di dolore osteoarticolare benigno, insomma, non resta che far passare il dolore al paziente. E su questo il medico di medicina generale è molto preparato. La terapia del dolore è un'arma formidabile nelle mani del medico, ma è a doppio taglio: toglie il sintomo e lascia inalterata e libera di agire la causa che l'ha provocato. Un'abitudine clinica molto diffusa, che



> Giovanni Pietro Casali

sta creando grossi problemi sanitari, che sono cronicità e invalidità.

Il medico di medicina generale, in prima linea sul territorio, dovrebbe invece valutare l'eventuale cronicità del dolore, più che preoccuparsi di nascondere i sintomi: se il dolore si sta ripresentando a intervalli di tempo sempre più corti significa, senza ombra di dubbio, che la patologia sta cronicizzando e quindi serve allertare il paziente che il suo stile di vita, la sua ergonomia sul posto di lavoro, la sua postura stanno creando problemi di usura meccanica a carico di alcuni comparti articolari.

Approccio conservativo vs consumismo sanitario

Come medico di medicina generale e specialista fisiatra, credo che l'impostazione attuale di approccio al dolore osteoarticolare sia troppo spostata verso la sterile ricerca della patologia, verso la dimostrazione attraverso l'imaging del danno anatomico. Spesso poi tutto finisce lì, in attesa che il danno diventi di competenza chirurgica. La terapia del dolore, vera conquista sociale nel do-

re da patologia infausta, nella patologia osteoarticolare cronica porta più problemi che vantaggi, lasciando libertà d'azione al circolo vizioso dolore-degenerazione che porta lentamente, ma inesorabilmente, verso l'invalidità. Il medico di medicina generale è l'anello fondamentale della prevenzione osteoarticolare: è lui che lancia il sospetto di viraggio della patologia osteoarticolare verso la cronicità ed è sempre lui che dovrebbe privilegiare proposte riabilitative conservative. Ma sia il medico che il paziente spesso sono disorientati e fuorviati nelle loro scelte dalle spinte consumistiche motivate e sostenute dai grandi profitti che portano con sé. Così l'opzione conservativa, più lenta e impegnativa, viene a priori scartata per un'opzione interventista, senz'altro più veloce. È il "consumismo sanitario" che imperversa e che sta mettendo a rischio la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Giovanni Pietro Casali
Fisiatra e mmg
www.casalifisiatra.it

LA DIAGNOSI POSTURALE CON SPINOMETRIA

Nel dolore alla colonna la diagnosi può essere completata con l'utilizzo della spinometria, una tecnica senza radiazioni ionizzanti che descrive in modo virtuale, attendibile, riproducibile, validato, le curve sagittali della schiena, le sue torsioni (scoliosi), la posizione del bacino, il baricentro. La tecnica analizza la struttura di sostegno dal bacino in su, fino al collo.

Si utilizza il vecchio sistema di misura di perfezione chiamato video-raster-stereografia che, tramite una triangolazione, misura la superficie del dorso scannerizzato del soggetto posto a una distanza prefissata. Un software analizza e traduce in immagini tutte queste informazioni: il dorso è l'esatta espressione esterna di tutto ciò che lo struttura dall'interno, ecco ricostruito il rachide con le sue fondamentali tre curve (gli ammortizzatori dei carichi).

È l'esame funzionale ad oggi più attendibile delle curve della schiena e della posizione del bacino. È validato per il follow-up delle scoliosi e sta entrando nel "mercato del maldischiena": precede e completa, ma non sostituisce, la radiografia e l'imaging.

La spinometria, in sintesi, fotografa le curve della colonna e definisce dove sta andando, in senso funzionale, la schiena. Infatti l'esame spinometrico, veloce e innocuo, ha per-

messo di analizzare le schiene e quindi le posture di migliaia di soggetti asintomatici, quindi normali, definendo dove si trovano i valori di normalità. Passare dalla normalità alla patologia è stato semplice: ecco definito il maldischiena.

Una proposta riabilitativa

Ormai è risaputo: la postura si struttura su basi genetiche ereditarie e utilizza l'esperienza somato-sensoriale emotiva che deriva dall'ambiente in cui si vive. Ciò significa che maggiore attenzione dovrebbe essere rivolta ai giovani in fase di sviluppo, quando le curve del rachide stanno strutturandosi, quando le catene muscolari stanno cercando una loro armonia funzionale, quando la struttura di sostegno è ancora plastica e può essere indirizzata verso soluzioni posturali più stabili e fisiologiche. Proprio la spirometria ha definito alcuni range di normalità delle curve e questi criteri sono il punto di riferimento in un progetto rieducativo-posturale-cognitivo-comportamentale realistico (e a basso costo). Il maldischiena recidivante è il sintomo di allarme che il mmg deve cogliere e ciò vale per qualsiasi struttura articolare sottoposta alla forza di gravità e all'usura meccanica. Quindi l'imperativo è variare

la postura con la ginnastica per non avere dolore.

Una riabilitazione con l'esercizio ripetuto riuscirà a modificare la postura patologica inconscia verso un nuovo equilibrio posturale sempre inconscio, ma senza dolore. Tutori ergonomici dal basso e bite in bocca possono aiutare il riabilitatore a raggiungere traguardi

funzionali senza dolore. Questo è il compito fondamentale della riabilitazione, a cui si associano anche le manipolazioni vertebrali. Conoscere la causa del maldischiena aiuta a debellarlo, evitando la cronicità e l'invalidità.

Giovanni Pietro Casali
Fisiatra e mmg

