

Stammi Bene

I consigli del medico

«Dotor gò mal de vita»: lombalgia tra dolore e sofferenza



di
Maurizio Scassola,
medico di famiglia
in pensione

Lombalgia: perché non provare a fare, ognuno di noi, una riflessione personale sulla differenza tra dolore e sofferenza?

in collaborazione con



«Dotor gò mal de vita»: quante volte ce lo sentiamo dire dai nostri pazienti! Possibile allora che si abbia a che fare con la lombalgia, un dolore localizzato alla regione posteriore del tronco, tra il margine dell'arcata costale e i glutei. La lombalgia è considerata la principale causa di disabilità e, come dicevo all'inizio, è motivo di accesso agli studi del medico di medicina generale.

La lombalgia può colpire entrambi i sessi e manifestarsi a tutte le età, con una frequenza maggiore in età lavorativa. Fattori professionali, sociali, ambientali e psicologici possono contribuire all'esordio e alla cronicizzazione della lombalgia che, quando è presente da più di 6 mesi, diviene, appunto, una lombalgia cronica.

Oggi riconosciamo diversi fattori associati con il dolore lombare, tra questi condizioni psicologiche ed emotive, oltre a traumi e sovraccarichi posturali. La postura, l'atteggiamento abituale di una persona nello spazio, è determinata dalla contrazione di gruppi di muscoli – si instaura una competizione tra muscoli agonisti e muscoli antagonisti – che si oppongono alla gravità (per questo non crolliamo a terra) e dal modo con il quale comunichiamo con l'ambiente. La postura è la risposta della persona, con le sue reazioni neuro-motorie, psichiche ed emozionali, all'ambiente.

Studiato da questo angolo visuale perciò il dolore lombare ha subito negli anni un approccio diagnostico e terapeutico

completamente diverso: non solo orientato alla risoluzione della lombalgia come dolore, ma come occasione di un approccio bio-psico-sociale che tenga conto della persona come portatrice di sofferenza. E qui: perché non provare a fare, ognuno di noi, una riflessione personale sulla differenza tra dolore e sofferenza?

Conseguenza diretta di questo nuovo punto di vista è che l'approccio diagnostico e terapeutico alla persona portatrice di lombalgia deve prevedere scelte diagnostiche e terapeutiche appropriate, cioè specifiche per quella persona, in quel contesto lavorativo e sociale, dopo un'attenta valutazione della sua storia e impiegando strumenti diagnostici e terapeutici coerenti.

Le evidenze indicano che la diagnostica per immagini è utile solo nel 10% dei casi e in persone che presentano situazioni specifiche compatibili con fratture, cancro, infezioni, malattie infiammatorie, gravi deficit neurologici. Nei pazienti con lombalgia aspecifica, cioè senza cause organiche nel 90% dei casi, la diagnostica radiologica può causare più danni che benefici perché innesca ansie, perdita di tempo e di denaro per le persone e per la spesa pubblica.

Anche in questo caso, allora, è indispensabile un buon rapporto di fiducia tra paziente e medico ricordando che se "gà mal de vita" il paziente sta portando al medico una sofferenza e non solo un dolore.

