

# Disturbi osteoarticolari

**Roberto Pozzoni**

Centro di Traumatologia dello Sport, Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

Il dolore osteoarticolare ha eziologia multifattoriale e può dipendere da una causa traumatica o infiammatoria/degenerativa; i traumi possono essere causati da evento diretto (i cui sintomi si presentano nel punto di contatto) o traumi indiretti (quando i sintomi si presentano lontano dal punto di contatto); tra questi distinguiamo contusione, distorsione, frattura, lesione muscolare o tendinea, lussazione o sub lussazione con sintomatologia acuta o cronica.

Dolori osteoarticolari a-traumatici sono da ascrivere principalmente alle malattie reumatiche; l'OMS le classifica al primo posto come causa di dolore e disabilità in pazienti over 65. Altre patologie di natura metabolica e tumorale possono essere causa di artralgie.

## Dolori post traumatici

Indagare il meccanismo traumatico può essere d'aiuto a capire se, dopo un trauma, possano residuare conseguenze più o meno gravi. Molto spesso i sintomi acuti sono difficili da interpretare e non è facile orientarsi nel richiedere esami strumentali dedicati, capaci di dirimere il dubbio diagnostico. In linea generale tutti i meccanismi traumatici portano alla comparsa di tumefazioni e/o aree ecchimotiche accompagnate da possibili soffusioni emorragiche.

Deve essere eseguito un esame obiettivo semplice (test clinici specifici sono da riservare allo specialista); in particolare è fondamentale l'osservazione (presenza di tumefazioni, deviazioni assiali e deformità articolari), la digitopressione (alla ricerca del punto anatomico doloroso ma anche di eventuali soluzioni di continuità, espressione clinica di lesioni parziali o a tutto spessore delle strutture anatomiche sottostanti), la valutazione della limitazione o impotenza funzionale e la ricerca dei segni clinici di

infiammazione (calor, rubor, tumor, dolor, functio laesa).

La presenza di una deformità del profilo anatomico dell'articolazione deve sempre far sospettare una frattura o una lussazione. Gli eventi traumatici con anamnesi ed esame obiettivo sospetto devono prevedere una batteria di esami strumentali, solitamente non invasivi, tra i quali:

- **ecografia:** utile a indagare l'apparato muscolo-scheletrico nel caso di traumi a bassa energia che abbiano coinvolto muscoli, tendini e strutture capsulo-legamentose superficiali. Esame semplice poco costoso ma utilissimo soprattutto nel caso di sospette lesioni tendinee;
- **radiologia convenzionale:** primo esame da richiedere nel caso di traumi a media-alta energia, con sospetto diagnostico di frattura o lussazione; utile nell'evidenziare patologie ossee di origine tumorale;
- **R.M.:** indicata in traumi diretti e indiretti a bassa, medio e alta energia che abbiano portato a un sospetto diagnostico di lesioni capsulo-legamentose intra-extra articolare o di lesioni muscolo-tendinee profonde; utile anche per evidenziare alterazioni osteoarticolari (edema osseo) o fratture composte misconosciute all'indagine radiografica. Per indagare l'apparato muscolo-scheletrico è fondamentale utilizzare apparecchiature dedicate ad alto campo che abbiano una risoluzione di 1,5 tesla; risonanze a basso campo non sono affidabili e possono spesso fornire immagini in contrasto con il dato obiettivo. Le immagini sono elaborate sui 3 piani dello spazio (assiale, coronale e sagittale) fornendo informazioni sulla composizione biochimica dei tessuti, densità cellulare, perfusione ematica

e metabolismo. Confrontare i dati strumentali con il dato clinico aiuta a porre diagnosi corretta.

- **T.C.:** esame dirimente dubbi diagnostici legati all'integrità dell'osso, capace di fornire prevalentemente informazioni di tipo morfologico e quantificare il danno osteoarticolare soprattutto in caso di fratture pluriframmentate. A oggi si utilizzano apparecchiature con basse radiazioni a 2d e 3d, capaci di ricreare l'esatta anatomia del distretto corporeo; molto utili allo specialista in caso di intervento chirurgico di riduzione e sintesi delle fratture;
- **T.C. e R.M. con mezzo di contrasto:** sono fondamentali per definire dubbi diagnostici complessi.

Meccanismi traumatici identici possono provocare conseguenze differenti in virtù dell'età del paziente: un trauma distorsivo-contusivo potrebbe determinare una frattura nell'anziano e un distacco osteocondrale in un soggetto in età pediatrica-adolescenziale, le cui estremità ossee sono ancora dotate di metafisi di accrescimento. Il trattamento conseguente al trauma avrà procedure simili ma tempi di guarigione e risoluzione differenti; in tutti i casi sarà indicata l'immobilizzazione in attesa di sapere se proseguire con trattamento conservativo o chirurgico la cui decisione è di pertinenza specialistica. I bendaggi articolari devono essere eseguiti con materiale elastico in modo da poter graduare la compressione; iniziare il bendaggio dall'estremità dell'articolazione favorendo così una compressione graduale senza creare "lacci" ischemici, spesso responsabili di dolore, tumefazione e parestesie.

In linea generale in caso di eventi traumatici è utile consigliare riposo articolare, crioterapia e controllo del dolore con antidolorifici e

automedicazioni capaci di ridurre l'edema e la sintomatologia locale.

Il protrarsi della sintomatologia oltre i 5-7 giorni deve portare a indagini più approfondite.

Le **contusioni** con integrità cutanea non devono destare preoccupazione; vanno trattate con terapie antidolorifiche e locali di automedicazione, crioterapia nelle fasi acute e bendaggio. Una rivalutazione a distanza è consigliata al fine di escludere la formazione di ematomi che potrebbero essere responsabili di compressioni dei tessuti molli sottostanti e della comparsa di sintomi vascolonervosi all'estremità degli arti.

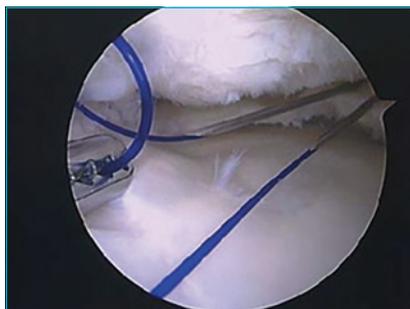
**Distorsioni:** perdita momentanea e reversibile della congruità articolare dovuta a un movimento anomalo a carico dell'articolazione.

Possono avere conseguenze importanti con lesioni capsulo-legamentose di vario grado e interessamento osseo dei capi articolari. Ricercare i sintomi è fondamentale per avere un sospetto diagnostico e consigliare la visita specialistica; sintomi soggettivi e oggettivi di instabilità, cedimento articolare e limitazione funzionale sono un'importante campanello di allarme che portano a consigliare riposo articolare, crioterapia, riduzione o esclusione dal carico nel caso siano interessati gli arti inferiori; il ricorso a farmaci disponibili senza obbligo di ricetta quali, ad esempio, antinfiammatori locali e medicinali a base di sostanze capillaro-protettrici possono essere utili a ridurre l'edema e i sintomi locali.

Gli esami strumentali di base prevedono le Rx standard nelle proiezioni A/P e Laterale al fine di escludere l'associazione con una frattura; esami più approfonditi, quali T.C. o R.M., utili a indagare eventuali danni capsulo-legamentosi, devono essere richiesti dopo visita specialistica. I traumi distorsivi sono sicuramente più frequenti in ambito sportivo, ma non dobbiamo dimenticare che eventi traumatici "banali" accompagnati da meccanismo "torsionale" possono essere gravi soprattutto se interessano gli arti inferiori di persone anziane con inabilità temporanea e instabilità articolare cronica oggettiva e soggettiva.

Negli ultimi anni l'evoluzione dei materiali in ambito sportivo ha determinato un aumento delle lesioni legamentose e meniscali a carico delle articolazioni, in particolare

**FIGURA 1.**  
*Sutura meniscale.*



del ginocchio. Le lesioni del Legamento Crociato Anteriore (L.C.A.) e dei menischi sono in aumento soprattutto nella popolazione adolescente, questo per i maggiori carichi di lavoro durante gli allenamenti, alla maggior performance durante le competizioni e, non per ultimo, per i materiali e campi da giuoco sempre più performanti. Le lesioni meniscali, soprattutto in età adolescenziale, devono essere trattate conservativamente tranne che per alcune lesioni definite instabili, dove l'approccio chirurgico deve prevedere un tentativo di riparazione mediante sutura; le lesioni della porzione vascularizzata del menisco hanno elevate possibilità di guarigione (Fig. 1). Una lesione capsulo-legamentosa cronica può portare a un lento ma progressivo deterioramento delle superfici articolari e conseguentemente accelerare i processi degenerativi artrosici. Per questo motivo la moderna chirurgia ortopedica mira a ricostruzioni anatomiche (Fig. 2).

**Lussazione:** perdita di contatto tra due capi articolari. Interessa tutte le articolazioni mobili per trauma diretto o indiretto, può associarsi a frattura. Impotenza funzionale e deviazione assiale del segmento interessato sono i principali segni clinici. È una situazione potenzialmente pericolosa poiché la dislocazione dei capi articolari può determinare lesioni capsulari/legamentose, nervose e/o vascolari che devono essere immediatamente diagnosticate attraverso l'obiettività periferica. È raccomandato non provare a ridurre la lussazione almeno fino all'esecuzione di una Rx al fine di escludere l'associazione di una frattura. Il trattamento conservativo o chirurgico compete allo specialista, obiettivo primario sarà ridurre i capi ossei ripristinando la normale congruenza

**FIGURA 2.**  
*Ricostruzione anatomica del L.C.A.*



articolare. L'immobilizzazione provvisoria può prevenire le suddette complicanze vascolo-nervose.

**Frattura:** una prima semplice ma importante classificazione consente di distinguere le fratture in chiuse e aperte, composte e scomposte, articolari ed extra-articolari. Possono essere causate sia da trauma diretto sia da trauma indiretto.

Nei soggetti giovani la frattura è principalmente data da un evento traumatico durante attività sportiva o in seguito a incidenti della strada. Alcune fratture, definite patologiche, sono causate da traumi di lieve entità che intervengono su segmenti scheletrici debilitati e provati da patologie in corso nel paziente. È il caso, ad esempio, di pazienti affetti da tumori e osteomieliti.

Rare sono le fratture da "stress" principalmente a carico degli arti inferiori. Queste fratture devono essere sospettate in assenza di traumi significativi. Si realizzano prevalentemente in soggetti sportivi e si verificano dopo intensa attività fisica; la clinica è rappresentata da dolore spontaneo ed elettivo alla palpazione del segmento osseo, limitazione funzionale spesso accompagnata da tumefazione e non si osservano deviazioni assiali dei segmenti ossei. Necessaria una indagine radiografica supportata, in caso di dubbio, da una R.M.

Molto frequenti nell'anziano, per caduta accidentale, le fratture di femore e dei somi vertebrali.

La maggior parte delle fratture osteoporotiche si verificano nelle regioni metaepifisarie delle ossa lunghe<sup>1</sup> e presentano un tasso di mortalità globale del 21%, mentre del 35% per le persone di età superiore ai 60 anni a un anno dall'evento traumatico<sup>2</sup>. Il diabete è associato a un aumento

di mortalità dopo frattura dell'anca in tutte le età, anche se la percentuale diminuisce con l'avanzare dell'età<sup>3</sup>.

Il paradosso dell'obesità sembra essere vero per i pazienti con frattura dell'anca di età pari o superiore a 65 anni; hanno maggiore possibilità di fratturarsi pazienti con malnutrizione e stato di sottopeso piuttosto che quelli con status di sovrappeso o obesità<sup>4</sup>.

Un onere finanziario importante per il Sistema Sanitario Nazionale sono le fratture in soggetti di età inferiore ai 70 anni non osteoporotici; ciò suggerisce che il trattamento farmacologico dell'osteoporosi non può garantire la riduzione della spesa pubblica, né tantomeno ridurre in percentuale rilevante il numero di fratture<sup>5</sup>.

La sintomatologia è caratterizzata da dolore e dalla limitazione/impotenza funzionale. Nelle fratture scomposte, che interessano ossa lunghe, è sempre presente la deformità anatomica. In particolare l'atteggiamento in extra-rotazione del piede, deve far sospettare una frattura sottocapitata o pertrocanterica di femore. Le fratture esposte hanno un elevatissimo rischio di infezione; è fondamentale lavare la zona di esposizione dell'osso e proteggerla, se possibile, con materiale sterile al fine di ridurre la possibilità di contaminazione batterica. Immobilizzare l'arto, anche con "oggetti di fortuna", può ridurre il movimento preternaturale dei monconi di fratture e conseguentemente il dolore. Il trattamento è specialistico e può essere sia conservativo sia chirurgico. Il trattamento conservativo prevede il confezionamento di un apparecchio gessato tradizionale o in materiale termoplastico; sono in commercio tutori articolati di facile utilizzo, degni sostituti dei convenzionali gessi. Il trattamento conservativo è solitamente riservato a fratture composte con buona integrità della superficie articolare, mentre il trattamento chirurgico prevede l'utilizzo di mezzi di sintesi metallici capaci di riallineare i monconi di frattura e di garantirne stabilità, condizione fondamentale a determinare la formazione di callo osseo. Alcune fratture pluriframmentarie scomposte, particolarmente complesse, in prossimità delle principali articolazioni dell'arto superiore o inferiore, richiedono invece un trattamento sostitutivo mediante l'impianto di protesi. Anche nel caso di

fratture è importante valutare l'integrità del sistema vascolare e/o nervoso saggiando il polso periferico, la motilità e la sensibilità tattile dolorifica a valle della frattura.

### Dolori osteoarticolari

Il dolore osteoarticolare può essere acuto o cronico per forme infiammatorie o degenerative.

Le patologie osteoarticolari possono dividersi in intra- e peri-articolari; tra le patologie intra-articolari le più comuni nei soggetti adulti sono l'osteoartrosi, l'artrite reumatoide e le artropatie da depositi di cristalli, mentre per le patologie periarticolari le più comuni sono rappresentate da borsiti e tendinopatie.

Le articolazioni interessate sono prevalentemente quelle mobili sottoposte a carico.

Nei soggetti in età pediatrica i sintomi sono prevalentemente legati a osteocondrosi/osteocondriti o al dolore muscoloscheletrico cronico (CMP) che è la terza causa più comune nei bambini e negli adolescenti<sup>6</sup>.

Tra i fattori predisponenti si ricorda:

- deviazioni assiali (coxavara/valga e ginocchio varo/valgo);
- sovrappeso;
- pregresse lesioni capsulo-legamentose e tendinee con instabilità articolare;
- pregresse fratture articolari complesse che residuano con linee articolari irregolari responsabili di alterazioni biomeccaniche e deviazioni assiali;
- lesioni osteocondrali o patologie cartilaginee in genere.

L'artrosi colpisce il 10% della popolazione dai 60 anni, è responsabile di una disabilità lavorativa nel 30% di soggetti con meno di 65 anni; in Italia ne sono affetti circa 4 milioni di persone<sup>7</sup>.

**FIGURA 3.**  
*Proiezione in carico.*



Dal punto di vista clinico il dolore osteoarticolare è spesso accompagnato da tumefazione articolare con sinoviti ricorrenti, limitazione funzionale e, in alcune articolazioni, da deformità del profilo osseo per la presenza di voluminosi osteofiti (segno indiretto di un quadro degenerativo artrosico). Il dolore è solitamente esacerbato dal movimento o, nel caso degli arti inferiori, dal carico tanto che è frequente la necessità da parte del paziente, di sostare e riprendere il cammino dopo alcuni secondi di sosta. L'esame strumentale per eccellenza rimane la radiografia che deve essere eseguita con proiezioni differenti. In particolare sono fondamentali nel caso degli arti inferiori, radiografie in carico (Fig. 3) e in proiezione di Rosenberg in grado di quantificare la riduzione della rima articolare (Fig. 4).

Deviazioni assiali, la presenza di osteofiti, la riduzione dell'interlinea articolare quantificano l'usura articolare e pongono le basi per il trattamento più corretto che può essere conservativo o chirurgico. La R.M. aiuta a valutare lesioni associate dei tessuti molli e dei legamenti, la cui integrità è di fondamentale importanza per decidere, nel caso sia necessaria, il tipo di protesi da utilizzare. In commercio esistono protesi per quasi tutte le articolazioni con caratteristiche d'impianto differenti; l'impianto di alcune di queste può avvenire solo in assenza di lesioni legamentose, fondamentali a garantire la stabilità articolare e ridurre al minimo la possibilità di mobilizzazione protesica.

Il trattamento conservativo è indicato nei quadri non gravi dove è ancora conservata una discreta articolare e la sintomatologia dolorosa è intermittente, facilmente controllabile con l'uso di farmaci antidolorifici quali FANS, coxib e cortisonici. I FANS tut-

**FIGURA 4.**  
*Proiezione sec. Rosenberg.*



tavia rappresentano il motivo di ricovero più comune per eventi avversi ed è quindi importante considerare il dosaggio, la durata del trattamento, la via di somministrazione e l'età del paziente<sup>8</sup>. La medicina rigenerativa, con il prelievo e il trattamento delle cellule staminali, potrebbe essere la cura del futuro ma, a oggi, le patologie articolari degenerative importanti hanno ancora indicazione chirurgiche di sostituzione protesica.

In Italia sono stati effettuati nel 2009 più di 159.000 interventi di sostituzione protesica, di cui circa il 58% interventi di protesi di anca, il 39% di ginocchio, il 2% di spalla e il restante 1% interventi su articolazioni minori.

Un'altra causa di dolore osteoarticolare è il mal di schiena. Una recente indagine online promossa da Assosalute evidenzia che oltre il 50,9% degli intervistati soffre di questa patologia. È presente a tutte le età (in aumento nell'età adolescenziale) e le donne sono maggiormente colpite. Molto spesso la causa dipende da vizi posturali. I tratti della colonna più sintomatici sono il cervicale e il lombare. Osservare il paziente può aiutare a capire la causa: disallineamenti delle spalle, del bacino e degli arti inferiori evidenziano in genere atteggiamenti scoliotici o scoliosi. La maggior parte degli episodi si risolvono spontaneamente entro qualche giorno con il riposo e l'uso di analgesici e miorilassanti. Al perdurare dei sintomi l'esame strumentale d'elezione è la radiografia, capace di

evidenziare deviazioni dei somi vertebrali sui tre assi, lo spazio intersomatico e il quadro degenerativo artrosico. Proiezioni oblique sono fondamentali nelle lumbalgie dell'adolescente per escludere la lisi dell'istmo vertebrale, spesso accompagnata da uno scivolamento del soma (spondilolisi con listesi). Può essere d'aiuto l'ecografia addominale per escludere patologie associate di natura vascolare o renale. La R.M. è indicata per indagare i tessuti molli articolari e peri-articolari nel caso di sintomatologia nervosa periferica persistente. Attualmente si preferisce il trattamento conservativo con riposo, terapia antiinfiammatoria e miorilassante o a base di corticosteroidi. La chirurgia è riservata a casi selezionati di ernia discale e/o frattura somatica.

#### Conflitto di interessi

Roberto Pozzoni dichiara di non aver ricevuto finanziamenti e di non aver in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con Enti pubblici o privati, anche se i loro prodotti non sono citati nel testo.

#### Bibliografia

- 1 Wong RM, Thormann U, Choy MH, et al. *A metaphyseal fracture rat model for mechanistic studies of osteoporotic bone healing*. *Eur Cell Mater* 2019;37:420-30. doi: 10.22203/eCM.v037a25.
- 2 Larsen P, Ceccotti AA, Elsoe R. *High mortality following distal femur fractures: a cohort study including three hundred and two distal femur fractures*. *Int Orthop* 2019 May 12.

doi: 10.1007/s00264-019-04343-9 [Epub ahead of print].

- 3 Madsen CM, Jantzen C, Norring-Agerskov D, et al. *Excess mortality following hip fracture in patients with diabetes according to age: a nationwide population-based cohort study of 154,047 hip fracture patients*. *Age Ageing* 2019 May 13. pii: afz048. doi: 10.1093/ageing/afz048 [Epub ahead of print].
- 4 Modig K, Erdefelt A, Mellner C, et al. *"Obesity Paradox" holds true for patients with hip fracture: a registry-based cohort study*. *J Bone Joint Surg Am* 2019;101:888-895. doi: 10.2106/JBJS.18.01249.
- 5 Mai HT, Tran TS, Ho-Le TP, et al. *Two-thirds of all fractures are not attributable to osteoporosis and advancing age: implication for fracture prevention*. *J Clin Endocrinol Metab* 2019;104:3514-20. doi: 10.1210/je.2018-02614.
- 6 Weiss JE, Stinson JN. *Pediatric Pain syndromes and noninflammatory musculoskeletal pain*. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65:801-26. doi: 10.1016/j.pcl.2018.04.004.
- 7 Tarantino U, Baldi J, Lecce D, et al. *Il dolore cronico osteoarticolare nel paziente anziano: le opzioni chirurgiche*. *G Gerontol* 2012;60:118-25.
- 8 Schumacher HR Jr, Boice JA, Daikh DI, et al. *Randomised double blind trial of etoricoxib and indometacin in treatment of acute gouty arthritis*. *BMJ* 2002;324:1488-92.
- 9 Funck-Brentano T, Nethander M, Movérare-Skrtec S, et al. *Causal factors for knee, hip and hand osteoarthritis: a Mendelian randomization study in the UK Biobank*. *Arthritis Rheumatol* 2019 May 16. doi: 10.1002/art.40928. [Epub ahead of print].

In collaborazione con Federchimica Assosalute

## L'opinione del medico di medicina generale

Il dolore è il motivo per cui più frequentemente il cittadino richiede una visita dal suo medico di famiglia o accede al Pronto Soccorso dell'Ospedale più vicino. Si stima che un paziente su tre che accede all'ambulatorio del medico di medicina generale manifesti il problema dolore. Nell'80% dei casi il dolore è di origine nocicettiva, ovvero origina dal nocicettore in sede periferica, nei tessuti, a causa di un processo infiammatorio e/o degenerativo dei tessuti stessi. Le malattie causa di questo tipo di dolore sono rappresentate principalmente dall'artrosi (rachide, grandi e piccole articolazioni), dalle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico (lombalgie, cervicalgie, dolori muscolari) e dalle patologie secondarie a traumatismi.

Molto spesso l'assistito provvede spontaneamente ad assumere farmaci che ritiene analgesici seguendo l'intuito o le proprie conoscenze. In subordine il farmacista diventa il primo interlocutore e solo dopo alcuni giorni, quando viene oltrepassata la soglia personale di sopportazione del dolore, che eventualmente persiste, l'assistito chiede una consulenza al suo medico di famiglia o, meno spesso, a uno specialista (ortopedico, fisiatra in prima battuta). Non è trascurabile la quota di assistiti che su suggerimento o meno del "Dr. Google" ricorrono alla cosiddetta medicina complementare anche rivolgendosi a esperti in omeopatia, agopuntura, osteopatia e purtroppo anche a maghi e pranoterapeuti.

Il problema che si pone *in primis* per chi si occupa di salute pubblica è quello di educare gli assistiti a un'auspicata corretta automedicazione, definendo bene i confini e i limiti di tale pratica, allertandoli sui pericoli di una non appropriata autoprescrizione.

L'automedicazione, se è ben conosciuta, può risolvere molti problemi fra i quali l'inutile intasamento degli ambulatori dei medici di cure primarie e del pronto soccorso ospedaliero. Tuttavia è importante fare luce sulla confusione semantica riguardo ai farmaci "analgesici", senza obbligo di ricetta, che l'assistito può acquistare autonomamente in farmacia. L'Università ha preparato medici e farmacisti a catalogare i farmaci utilizzabili per controllare il dolore come antalgici-antinfiammatori-antipiretici, non così lo schema mentale dei pazienti, che viene sconvolto quando il medico per il dolore artrosico prescrive un farmaco ritenuto efficace solo per la febbre!

In realtà ciascun medico ha in mente le tabelle in cui si riportano i farmaci di questa categoria con accanto l'efficacia maggiore sul dolore, sulla infiammazione, sulla febbre. La maggior parte dei medici e dei farmacisti si è fatta anche una idea precisa sul farmaco antinfiammatorio (FANS) più efficace, anche se a priori, prima di essere testati su quel paziente, tutti i FANS hanno la medesima efficacia. Non così per il paziente con dolore che conosce bene sia la tollerabilità che l'efficacia di quel tipo di farmaco (per esempio uno specifico farmaco antinfiammatorio oppure il paracetamolo) per esperienza personale.

La conseguenza diretta di questa confusione può determinare alcuni comportamenti non corretti che il medico di medicina generale ha il compito di identificare e monitorare per evitare abusi e danni alla salute dei pazienti.

Il "fai da te" antalgico, può però facilmente scivolare dall'automedicazione all'autoprescrizione. Questo è un fenomeno ben noto ed emblematico è stato nel nostro Paese il "caso nimesulide". Dal 1984, il farmaco, pur avendo l'obbligo di ricetta, è stato per molto tempo risultato di auto-prescrizione e dispensato dai farmacisti italiani, che denunciavano la pressione da parte dei clienti per acquistarlo. L'evidente efficacia sulla infiammazione e sul dolore e i modesti effetti indesiderati sintomatici inducevano gli assistiti a un utilizzo incontrollato, cessato solo con l'introduzione delle limitazioni date dalle indicazioni ristrette ed all'obbligo della ricetta non ripetibile.

Educare gli assistiti alla corretta automedicazione antalgica significa innanzi tutto identificare gli assistiti che, portatori di patologia osteo-articolare, presentano controindicazione all'utilizzo di FANS (patologia gastrica, ipertensione negli anziani, cardiopatia in labile compenso, TAO, insufficienza renale, terapia con ASA): comunicare loro che in caso di dolore debbono utilizzare paracetamolo, che è un analgesico che, pur non agendo sulla causa infiammatoria del dolore, può alleviare il dolore in attesa di una consulenza medica al suo persistere.

Rilevante è indagare le abitudini del paziente quando ha dolore e se ricorre all'automedicazione. In questo caso riportare in cartella i farmaci assunti Senza Obbligo di Prescrizione (SOP) oppure quelli OTC (*Over The Counter*), chiedere se sono stati ben tollerati, se sono comparsi effetti indesiderati e quanto sono stati efficaci è molto utile per scegliere, ad esempio nel caso di necessità future, quale farmaco scegliere tra i farmaci antinfiammatori disponibili.

La durata dell'automedicazione (in termini di giorni) può orientare il medico nella richiesta di nuovi accertamenti (se la lombalgia dura da più settimane in un paziente che si è auto-medicato il tempo di attesa per verificare l'efficacia della nuova terapia e per procedere con accertamenti radiologici o specialistici diminuisce).

Nel caso si identifichi il fenomeno dell'autoprescrizione, ovvero si accerti che il paziente assume farmaci SOP/OTC con posologie aumentate (quindi non appropriate) o farmaci per cui è d'obbligo la prescrizione medica, è necessario comunicare al paziente stesso il rischio potenziale/reale di effetti collaterali anche gravi, segnalando in cartella il comportamento a rischio.

Nei casi in cui, per controllare il dolore osteoarticolare, sia necessario l'intervento del medico il paziente deve trovare risposta *in primis* dal medico di medicina generale. Solo un 5% dei pazienti dovrebbe avere necessità di accedere ai nodi della Rete di Terapia del Dolore (Spoke e Hub) quando il dolore nocicettivo persiste oppure il dolore presenta caratteristiche di dolore neuropatico. Per la risoluzione delle cause che hanno determinato la sindrome dolorosa sono necessari specialisti d'organo (ortopedici, fisiatra, neurochirurghi ecc.) ed è stato ben descritto in questo articolo.

Pierangelo Lora Aprile  
SIMG