

Il dolore muscoloscheletrico cronico e la fisioterapia. Ostacoli e opportunità per una “cura centrata sulla persona”



Massimo Zocchi

Fisioterapista e docente di Metodologia Clinica e Pain Management Master FRDM - eCampus

Il tema dell'umanizzazione della relazione di cura, alla riscoperta del cuore delle professioni sanitarie, ha risuonato armonicamente con alcuni dei temi emergenti della mia attività professionale e didattica. Sono fisioterapista, mi occupo di fisiopatologia del dolore e della metodologia clinica per la gestione dell'esperienza dolorosa in ambito muscoloscheletrico, con una particolare attenzione alle condizioni di cronicità.

Intendo cronico nell'accezione di “cronico primario”, quello che persiste oltre i tempi fisiologici della guarigione e quando non è più riconoscibile chiaramente un'origine tessutale (sorgente nocicettiva o neuropatica). Per queste condizioni, la letteratura scientifica sta rimarcando la necessità di passare da un approccio tecnico e orientato ai meccanismi biologici ad uno più relazionale per promuovere la “self efficacy” del paziente nel processo di cura, puntando al cambiamento dei comportamenti. Nello specifico si chiede di passare dalla “lotta al dolore” (spesso fallimentare) alla “lotta alla disabilità”, basata su attività che affrontino con progressione le limitazioni indotte dal dolore stesso e dai comportamenti evitanti acquisiti. L'obiettivo è quello di valorizzare e indirizzare le preferenze e prospettive di vita del paziente, per restituirgli il ruolo di protagonista della sua salute e della sua vita, riappropriandosi del posto di comando, indebitamente assunto dal suo dolore. Per arrivarci si propone il modello della Person Centred Care (PCC), che può essere definito, semplificando, un approccio che recupera la dimensione umana e personale della relazione medico/sanitario-paziente, necessaria per portare la persona a compiere scelte consapevoli e motivate per la propria salute.

Lo studio dell'esperienza dolorosa e l'evoluzione delle strategie di Pain Management possono contribuire a

comprendere la centralità delle dinamiche di relazione nell'attività sanitaria e, nello stesso tempo, mettono in luce alcuni fattori che rischiano di allontanarci dal cuore delle professioni di cura.

La definizione del dolore

Lo sviluppo della scienza del dolore a partire dagli anni '90 è stata definita una “Pain Revolution”. Favorita dalla disponibilità di nuovi strumenti di indagine, è andata via via integrando il sapere delle neuroscienze con l'approfondimento delle relazioni tra attività neurale e sistema endocrino e immunitario, con le teorie della cognizione, la teoria dei sistemi e la filosofia. In questo ampio scenario la definizione del dolore come “esperienza sensoriale ed emozionale associata ad una lesione tessutale reale o che sembri tale” (Iasp 2020), ha fatto un passo verso la verità esperienziale del dolore, verso ciò che sappiamo intrinsecamente e innatamente, perché nel dolore c'è di più di ciò che percepiamo con i sensi e le emozioni, come espresso nelle seguenti definizioni:

Definito in modo più semplice, il dolore è **un'esperienza interna divorante** che minaccia di distruggere tutto tranne se stesso: la famiglia, gli amici, il linguaggio, il mondo, i propri pensieri e, infine, anche se stessi. (Biro, 2010)

Il dolore è la sensazione avversiva di subire **un danno alla propria persona** e la minaccia di ulteriori danni, potenzialmente più gravi. (Boddice, 2014)

Il dolore esiste quando la tua prova credibile di **essere in pericolo** è maggiore della tua prova credibile di sicurezza. Il dolore non esiste quando la tua prova credibile di sicurezza è maggiore della tua prova credibile di essere in pericolo. (Moseley-Butler, 2015)

Il dolore e la regolazione omeostatica

Il dolore è una delle sensazioni corporee correlate alla conservazione dell'integrità del corpo e degli equilibri necessari alla vita (omeostasi). Origina dal profondo, da meccanismi primitivamente cellulari e tissutali. Con il sistema immunitario, il dolore è deputato a garantirci la sopravvivenza nell'interazione con il mondo, luogo di risorse e opportunità, ma anche di pericoli e minacce. Il dolore è "imperativo", si impone alla nostra consapevolezza e ci motiva ad assumere comportamenti di evitamento o di protezione a fronte di un possibile danno o in presenza di una perturbazione omeostatica, quando la regolazione automatica fallisce.

Parlare di omeostasi, però, richiede un ampliamento di vedute.

Una visione esaustiva dell'omeostasi deve includere l'applicazione di questo concetto a sistemi in cui menti coscienti, con il potere di decidere, singolarmente oppure in gruppi sociali, possono interferire con i meccanismi regolativi automatici e creare nuove forme di regolazione vitale. (A. Damasio, 2018)

Damasio sostiene da un lato il principio della variabilità dei parametri omeostatici, nota come regolazione allostatica, dall'altro, evidenziando il ruolo della coscienza individuale e della natura sociale degli umani, sottintende anche l'esistenza di altre possibilità, non biologiche, di alterare gli equilibri vitali. Si può dire che ogni volta che il nostro sistema si scontra con l'ineadeguatezza delle proprie risorse per gestire le condizioni del vivere, si possono attivare le stesse vie e gli stessi meccanismi originariamente preordinati per la risposta alle minacce fisiche, si percepiscono sensazioni ed emozioni di malessere e dolore e l'organismo si regola con le risposte biologiche di adattamento.

I fattori non biologici del dolore

I fattori non biologici devono essere considerati importanti, ai fini della salute, quanto quelli biologici. Engel, nella sua critica alla biomedicina (1977, 1997) volle evidenziarne l'importanza nel suo modello Bio-Psico-Sociale (BPS). Le tre dimensioni sono sempre presenti nelle diverse fasi della malattia e nel percorso di guarigione, anche se con rilevanza variabile, e per questo dovrebbero essere prese in carico.

A tutto ciò che accade alla persona (eventi, relazioni, ogni visione e suono) e a tutto ciò che accade al corpo è dato un significato. I significati, consapevoli e inconsapevoli, sono acquisiti in molteplici modalità e risiedono in diversi livelli della memoria. I significati creano le percezioni, che attribuiscono senso agli input corpo-

rei o ambientali. Dalle percezioni partono le risposte di adattamento.

La dimensione psicologica e cognitiva del paziente, le sue relazioni sociali, il contesto e le sue prospettive di vita sono potenti generatori di significati, ma generalmente nella comune pratica della cura sono relegati sullo sfondo della malattia o assumono rilevanza quando si manifestano in comportamenti abnormi. La relazione di cura è da considerare un'importante occasione per generare significati favorevoli alla salute e modificare quelli che agiscono in direzione contraria.

Il positivismo e lo "scientismo"

Il presupposto di una azione scientifica risiede nella prova (misurabile) e questa è il principale criterio di "verità". Il paradigma di riferimento è quello positivista, fondamentale per la ricerca e lo sviluppo della medicina, ispiratore della medicina basata sulle evidenze e criterio per la costruzione delle linee guida che devono basarsi su criteri comprovati di efficacia.

L'approccio positivista è necessario, ma espone al rischio di misconoscere la rilevanza degli aspetti non misurabili dell'esperienza di malattia. Un atteggiamento decisamente "scienziato" diventa "riduzionista": l'interesse principale tende a rivolgersi ai dati clinici della malattia e non alla persona e la crescente specializzazione legata ai progressi della ricerca circoscrive per sua natura la gestione dei problemi di salute a componenti dell'organismo o a specifici processi, rischiando di perdere di vista il quadro generale.

Un secondo limite del positivismo è il ricorso al modello di causalità lineare: un dato fenomeno sarebbe determinato dal susseguirsi temporale di una serie di fattori identificabili e misurabili. Nell'ambito della malattia ciò avviene mediante la scomposizione degli eventi biologici correlabili, ma non è adatto a comprendere la complessità.

Nell'ambito del dolore muscoloscheletrico, ad esempio in una lombalgia, la diagnosi di artrosi o di discopatia basata su rilevazione strumentale, per quanto utile ai fini della descrizione di una condizione anatomica, non dice nulla sulla genesi dei sintomi e sul conseguente comportamento di malattia. Molti altri soggetti che hanno le stesse anomalie radiologiche, perché non hanno dolore? E perché, visti i tempi necessari allo sviluppo di un quadro artrosico, i sintomi si sono manifestati in un dato momento? Se è mancato un evento causale, quali altri fattori hanno modificato lo stato dell'organismo e favorito l'insorgenza del dolore? Perché, malgrado interventi terapeutici di comprovata ef-

ficacia sulle strutture, il dolore e i comportamenti correlati possono diventare persistenti? Quali significati ha attribuito il paziente al suo dolore, al danno fisico, alla disabilità?

La prevalenza della prospettiva “fisica”

Il paradigma biomedico è fondamento della formazione sanitaria, ma permea anche i pazienti e condiziona le loro aspettative verso il medico. Considerano il corpo come “una macchina perfetta” e nella malattia vogliono (forse hanno bisogno) di considerare i loro medici come figure colte, depositarie di quella scienza che li rende capaci di “aggiustare” il malfunzionamento del corpo. Si aspettano l’esame che confermi “il guasto” e l’intervento che corregga il difetto della struttura fisica. L’attenzione esclusiva al corpo e alle sue funzioni, indipendentemente dal livello delle conoscenze in materia, ha radici più profonde. L’esperienza di essere (non solo di avere) un corpo coincide con quella della vita. Pensare ad un problema del corpo quando il corpo si fa sentire è inevitabile e questa realtà rende difficile afferrare e capire spontaneamente la relazione e l’influenza reciproca che sussiste tra il corpo e la mente. Oggi sappiamo che il dolore è il prodotto di una elaborazione da parte del sistema nervoso centrale delle informazioni che giungono dal corpo e dall’ambiente. Lo stato del sistema nervoso e le priorità dell’individuo possono alterare, amplificare o annullare la percezione dolorosa, variando il valore (la salienza) delle informazioni sensoriali, in presenza o meno di una lesione. Ci sono, inoltre, molte conferme circa la natura mentale in senso ampio dei fattori predisponenti e perpetuanti del dolore muscoloscheletrico cronico. Molti studi hanno messo in evidenza il ruolo delle convinzioni, della paura del movimento, della catastrofizzazione, della perdita di “self-efficacy” sia nella percezione dell’intensità dei sintomi che nello sviluppo di una disabilità in seguito a dolore. (Lombalgia - Costa et al., 2011 e Jarvik et al., 2005; Dolore alla spalla - Menendez et al., 2015, Chester et al., 2016; Dolore femoro rotuleo - Piva et al., 2009).

La difficoltà di liberarsi da un modello di funzionamento corporeo “fisico, biologico e meccanico” rende difficile spostare l’attenzione del paziente sui vissuti, sui processi mentali potenzialmente dannosi, sullo stile di vita e di relazione che possono causare o sostenere questa condizione. Tendenzialmente le spiegazioni “psicologiche” sono rifiutate o viste con sospetto. Altre volte lo “stigma” che deriva dal vedere attribuita alla mente la causa della loro sofferenza provoca un rifiuto. Anche per questo, molti pazienti, malgrado una

storia di trattamenti dagli esiti fallimentari, persistono nella ricerca di soluzioni terapeutiche dirette alla presunta sede corporea dei loro disturbi (sovente più di una e con localizzazioni variabili!).

L’interpretazione del modello Bio-Psico-Sociale (BPS)

Nato per superare la visione esclusivamente biomedica e riduzionista della salute (Engel 1977, 1997), il modello BPS mirava a integrare l’esperienza umana all’interno della scienza medica.

Engel ha creato il modello applicando i principi della teoria dei sistemi generali e ha tentato di unire gli aspetti biologici, psicologici e sociali della salute sotto un unico ombrello con l’obiettivo di facilitare una migliore comprensione della malattia, pur mantenendo un’attenzione alla biologia. Nel tempo, però, il modello BPS è diventato prevalentemente uno strumento per l’identificazione di fattori causali, che restano tendenzialmente separati e gestiti da interventi frammentati e nuovamente dualisti, con mente e corpo distinti e netta prevalenza degli aspetti biologici.

I fattori contestuali sono generalmente quelli più scarsamente considerati: l’ambiente fisico e sociale, la cultura ecc. La relazione dolore-contesto è invece molto forte e reciproca: il dolore cambia la relazione della persona con il suo mondo, ne ostacola le possibilità di interazione, genera la sua disabilità e le possibilità di partecipazione; d’altra parte, l’ambiente fisico, le relazioni familiari e lavorative, la cultura ecc. influiscono sulla percezione del dolore e condizionano il comportamento di malattia tanto quanto le alterazioni della fisiologia e, come già visto, generano o rafforzano significati non sempre favorevoli alla salute.

Nel dolore, la separazione delle componenti BPS è artificiale e ignorarlo è un fattore di rischio. È interessante, a proposito, che nella gestione del dolore lombare in fase acuta sia stata inserita la valutazione delle cosiddette Yellow Flags (Kendall et al. 1997), indicatori psicosociali del rischio di cronicizzazione e disabilità e, più recentemente il Keele STarT Back Screening Tool (Hill et al. 2008), un breve questionario che rileva indicatori prognostici e guida la decisione clinica.

Spunti per la riflessione e il confronto

Alcune considerazioni conclusive, ma non esaustive, con riferimento alle tematiche proposte.

- La medicina ha bisogno della scienza, ma non è una scienza esatta.

- È una pratica razionale che si esprime in una relazione tra sistemi complessi (il sanitario e il paziente) e che richiede esperienza clinica e giudizio. La scienza non cura: chi cura è il sanitario! La scienza deve integrarsi con “l’arte” della medicina per considerare il paziente come un individuo completo in una prospettiva olistica.
- Proprio per la loro complessità i problemi di salute richiedono di essere interpretati secondo una causalità circolare: il corpo e i processi mentali si influenzano reciprocamente e la persistenza delle risposte di adattamento in situazioni stressogene, fisiche, mentali o sociali determina l’impiego di risorse neurochimiche, energetiche, endocrine, immunitarie che, in alterato equilibrio, possono condurre a stati di malattia. Modificare da più punti di vista questo innesco circolare, magari agendo sui significati o sullo stile di vita, favorirebbe una migliore disponibilità di risorse utili alla guarigione.
- Occorrerebbe mettere in campo un percorso educativo sui limiti della medicina, che aiuti i pazienti ad adeguare le loro aspettative e promuovere una comprensione più realistica della pratica medica. Tra i fattori riconosciuti alla base del dolore cronico, ad esempio, vi è il continuo ricorso alla gestione ospedaliera e/o ai farmaci. Questo comportamento genera passività e non favorisce la “self-efficacy” e uno stile di vita salutogenico. Nelle sindromi dolorose muscoloscheletriche (non solo croniche), questa seconda via è decisiva per ottenere esiti positivi a lungo termine.
- La qualità dell’intervento di cura deve fondarsi sullo sviluppo e l’integrazione delle conoscenze. Nello specifico del dolore e della gestione delle condizioni croniche, la “Pain Revolution” ha indotto la fisioterapia a trasferire nella sua pratica clinica molti nuovi concetti: le neuroscienze del dolore e delle funzioni cerebrali correlate all’apprendimento, al comportamento e all’attività predittiva, la biologia delle relazioni mente-corpo, l’influenza dello stress system e dello stile di vita sull’infiammazione sistemica, la risposta immunitaria e la plasticità neurale fino all’epigenetica. Queste conoscenze hanno arricchito l’approccio fisioterapico di nuovi strumenti e nuove opportunità per accedere al sistema che genera dolore e interromperne la circolarità “bloccata”. Credo che ogni altra disciplina medica trarrebbe vantaggio – come è avvenuto per la fisioterapia moderna - da un ampliamento delle prospettive di intervento.
- Il processo di “cura centrata sulla persona” richiede una rilettura approfondita del modello BPS, che eviti la frammentazione dei fattori di salute e consideri invece le loro interazioni. Portare questo modello a livello di sistema, significherebbe organizzare un intervento sanitario capace di abbracciare la complessità. Ci sono proposte che vanno in questa direzione, ma richiedono un importante cambiamento culturale, la condivisione di valori e scelte politiche chiare. Indubbiamente è un compito arduo, ma ciò che sembra lontano in una prospettiva di sistema può essere attuato in una relazione terapeutica fatta di comunicazione semplice, ma efficace, ascolto attivo, educazione e istruzione, coinvolgimento dei caregivers nella prospettiva della Person Centred Care, optando per decisioni cliniche condivise, che valorizzino la responsabilità della persona per la propria salute.
- E arriviamo alla qualità della relazione terapeutica. È un processo basato in buona parte sulle attitudini personali dei sanitari, che l’esperienza clinica permette di affinare, e sulla disponibilità del paziente. Tuttavia, è possibile potenziarla con strumenti e tecniche per l’ascolto attivo e la conversazione motivazionale. Anche le modalità per attuare una “decisione condivisa” possono essere apprese. Nel loro insieme questi strumenti relazionali aiuterebbero il clinico ad ottenere più informazioni e di migliore qualità per arricchire il ragionamento clinico e facilitare un approccio multidimensionale alla cura.

Per cominciare basterebbe chiedersi non tanto “cosa faccio o cosa devo fare”, ma “come lo faccio e come sarebbe meglio fare”!

Bibliografia minima

- ENGEL. G., *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, in “Science”, 1977 196 (4286): 129-136.
- ENGEL. G., *From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain*, in “Psychosomatics”, 1997, 38 (6): 521-528.
- LAZZARI D., *Mente & salute*, Franco Angeli, 2007.
- SANTANA M.J. ET AL., *How to practice person-centred care: A conceptual framework*, in “Health Expectations”, 2018, 21(2): 429-440.
- AFTAB A. ET AL., *From Engel to enactivism: Contextualizing the biopsychosocial model*, in “European Journal of Analytic Philosophy”, 2021, 17(2): 5-22.
- Damasio A., *Sentire e conoscere*, Adelphi, 2022.