SULL'ONDA della SALUTE

2022

Fondazione onda

Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere



Il mal di schiena non ti dà tregua?



ONDA - CHI SIAMO

Un Osservatorio che dal 2006 promuove la medicina di genere* a livello istituzionale, scientifico, sanitario-assistenziale e sociale con l'obiettivo di sostenere, tutelare e migliorare la salute delle donne secondo un approccio *life-course*, declinando attività e progetti sulla base delle specifiche esigenze dei diversi cicli vitali femminili.
Dal 2018 focus anche sulla salute maschile e della coppia.
Per conoscere i progetti e scaricare i materiali informativi:
www.ondaosservatorio.it

Dal 2007 vengono segnalati e premiati gli ospedali che promuovono servizi e percorsi diagnostico-terapeutici "a misura di donna". Per conoscere le strutture con i Bollini Rosa e le iniziative per avvicinare la popolazione alle cure attraverso servizi gratuiti e per lasciare un commento sulla propria esperienza:
www.bollinirosa.it

Dal 2016 vengono segnalate e premiate le strutture residenziali sanitario-assistenziali dedicate alle persone anziane non autosufficienti (RSA) che promuovono una gestione personalizzata e umana degli ospiti. Per conoscere le strutture con i Bollini RosaArgento e le iniziative promosse per i famigliari dei pazienti ricoverati e per lasciare un commento sulla propria esperienza:
www.bollinirosargento.it

* La medicina di genere (più correttamente genere-specifica) studia i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere maschile/femminile influiscono sullo stato di salute, sull'impatto dei fattori di rischio, sull'insorgenza, sul decorso e sulla prognosi delle malattie, nonché sugli effetti – in termini di efficacia e sicurezza – delle terapie. Gli uomini e le donne, infatti, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione delle malattie e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro: da qui la necessità di adottare un approccio orientato al genere in tutte le aree mediche.

INDICE

1. Mal di schiena cronico: quando è infiammatorio 06

1.1. Un sintomo comune, da non sottovalutare
1.2. Come riconoscerlo: i campanelli di allarme
1.3. Vivere con il dolore

2. Malattie infiammatorie croniche delle articolazioni associate a mal di schiena 09

2.1. Spondilite anchilosante
2.2. Spondiloartrite assiale non radiografica
2.3. Altre malattie reumatiche infiammatorie croniche

3. Affrontare il mal di schiena cronico infiammatorio 12

3.1. L'importanza della diagnosi precoce
3.2. A chi rivolgersi
3.3. Strategie di cura
3.4. Le "buone" abitudini quotidiane: consigli pratici

INTRODUZIONE

Il mal di schiena è un'esperienza comune e per questo spesso banalizzata e sottovalutata. È invece importante prestare attenzione a due aspetti: da quanto tempo soffro di mal di schiena e quanto incide sul mio benessere, sulle relazioni, sulla qualità della vita?

Se il dolore persiste per oltre tre mesi, allora non è più un sintomo, ma una malattia: parliamo di dolore cronico. E solo chi ne soffre sa cosa significhi vivere con questa problematica e quanto sia invalidante.

Nella maggior parte dei casi il mal di schiena è riconducibile a cause di natura meccanica, ma può essere anche espressione di una patologia infiammatoria cronica delle articolazioni appartenente alla famiglia delle cosiddette spondiloartriti. Quest'ultimo, se non trattato correttamente e tempestivamente, può portare nel tempo all'instaurarsi di gravi danni articolari irreversibili.

Prevenzione e accesso precoce alle cure rappresentano, dunque, le strategie vincenti per contrastare queste patologie. Eppure, ancora oggi i tempi per raggiungere una diagnosi specifica sono molto lunghi: ci sono pazienti che raccontano di aver aspettato 7-9 anni per dare un nome alla propria malattia, anni segnati da profonda sofferenza, frustrazione, estenuanti pellegrinaggi tra specialisti alla ricerca di una diagnosi.

Le spondiloartriti sono malattie insidiose, ma il dolore che le connota presenta alcune caratteristiche cliniche piuttosto specifiche che solo se conosciute possono essere riconosciute, consentendo di rivolgersi allo specialista di riferimento che è il reumatologo.

Questo opuscolo informativo ha proprio l'obiettivo di far conoscere la problematica del mal di schiena cronico infiammatorio e di fornire alcune indicazioni per facilitare la comunicazione con il proprio medico al fine di promuovere l'accesso precoce ai percorsi di diagnosi e cura.

Francesca Merzagora
Presidente Onda

1.

Mal di schiena cronico: quando è infiammatorio

1.1. Un sintomo comune, da non sottovalutare

Si stima che il 20% della popolazione adulta soffra di mal di schiena “cronico” (per più di 3 mesi). Nella maggior parte dei casi la causa è di natura meccanica (patologie dei dischi intervertebrali, contratture o strappi muscolari...) ma esistono anche forme di **lombalgia infiammatoria.** Sono queste a non essere spesso riconosciute come tali e diagnosticate tardivamente dopo lunghi anni di sofferenze. Questo ritardo può comportare gravi danni articolari ad alto impatto invalidante.

Pertanto se soffri di mal di schiena da più di 3 mesi è importante capire se possa essere di natura infiammatoria. Anche se il dolore a tratti ti dà tregua, anche se con gli antidolorifici e l’attività fisica migliora, è necessario rivolgersi al medico per comprenderne la causa e formulare una diagnosi specifica.



1.2. Come riconoscerlo: i campanelli di allarme

Il mal di schiena cronico infiammatorio si caratterizza per alcune connotazioni che lo differenziano in modo piuttosto marcato da quello di natura meccanica:

- **Dolore lombosacrale continuativo per oltre tre mesi**
- **Peggioramento del dolore a riposo o al risveglio**
- **Insorgenza del dolore notturna**
- **Rigidità mattutina (che dura più di 30 minuti)**
- **Attenuazione del dolore con il movimento**
- **Comparsa dei sintomi prima dei 45 anni**

È invece tipico del dolore di origine meccanica il fatto di migliorare con il riposo e peggiorare con l'attività fisica.

Conoscere queste differenze può aiutare il paziente ad orientare correttamente il sospetto diagnostico formulato dal medico.

1.3. Vivere con il dolore

L'esperienza del mal di schiena cronico comprende non solo aspetti sensoriali correlati al dolore "fisico", ma anche quelli emozionali, cognitivi, comportamentali e relazionali, impattando pesantemente sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari.
Le attività quotidiane, anche le più semplici, diventano un peso insostenibile e l'impossibilità di portare avanti i propri impegni familiari, domestici, lavorativi e ludici, genera **sensi di colpa e di inadeguatezza, frustrazione, e insoddisfazione.**
Il dolore cronico fa sì che la persona che ne è affetta focalizzi i propri pensieri sul problema e modifichi i propri ritmi di vita per adattarli alla sintomatologia stessa, con il rischio di **depressione, ansia e isolamento.**

Affrontare il mal di schiena cronico e comprenderne la causa significa poter identificare le soluzioni terapeutiche più efficaci per alleviare la propria sofferenza e vivere meglio.



2.

Malattie infiammatorie croniche delle articolazioni associate a mal di schiena

Il mal di schiena cronico infiammatorio è, nella maggior parte dei casi, provocato da malattie infiammatorie croniche delle articolazioni: le **spondiloartriti**. Il termine comprende un gruppo di patologie, di cui di seguito saranno illustrate le più comuni.



L'esordio è caratterizzato, in genere, dall'insorgenza di sintomatologia dolorosa profonda e persistente, localizzata nella zona lombare inferiore e/o glutea, accompagnata da rigidità mattutina, che migliora con l'attività fisica e peggiora a riposo. Il dolore diventa via via più persistente, peggiorando durante la notte (in particolare nella seconda parte) tanto da provocare il risveglio. Affaticamento cronico e insonnia sono frequenti manifestazioni a corredo del quadro clinico.

Esistono diverse forme cliniche connotate da diversa gravità; la forma severa si accompagna alla fusione dei corpi vertebrali con marcata riduzione della mobilità della colonna che può esitare in una rigidità completa.
Sono comuni anche le manifestazioni extra-articolari della SA; tra queste, la più diffusa è a carico dell'occhio (uveite anteriore acuta → dolore, aumento della lacrimazione e ipersensibilità alla luce).
La SA può associarsi ad altre patologie croniche – intestinali (Morbo di Crohn o Rettocolite ulcerosa), della pelle (psoriasi), scheletriche (osteoporosi) – e ad aumentato rischio cardiovascolare.

2.1. Spondilite anchilosante

La spondilite anchilosante (SA) è una patologia dolorosa, spesso progressivamente invalidante, causata dall'infiammazione cronica della colonna vertebrale e delle articolazioni sacro-iliache.
Colpisce maggiormente i soggetti di sesso maschile (incidenza tre volte maggiore rispetto alle donne) in giovane età adulta (20-40 anni).
Per questo motivo nelle donne la diagnosi è ancora più ritardata rispetto all'uomo.
Non sono ancora state chiarite le cause di questa malattia, ma si ipotizza un ruolo della componente genetica che ne spiega la tendenza alla familiarità.



2.2. Spondiloartrite assiale non radiografica

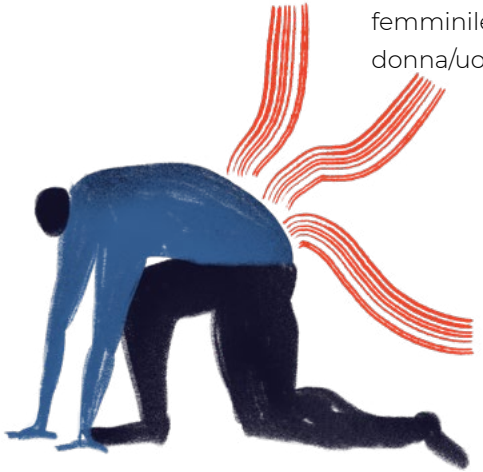
È caratterizzata da dolore lombo-sacrale e riduzione della flessibilità della colonna vertebrale in assenza di segni radiografici di infiammazione; per questo è denominata spondiloartrite assiale "non radiografica". Il quadro clinico è in gran parte sovrapponibile a quello che connota la SA, da cui può essere differenziata attraverso esami diagnostici specifici.

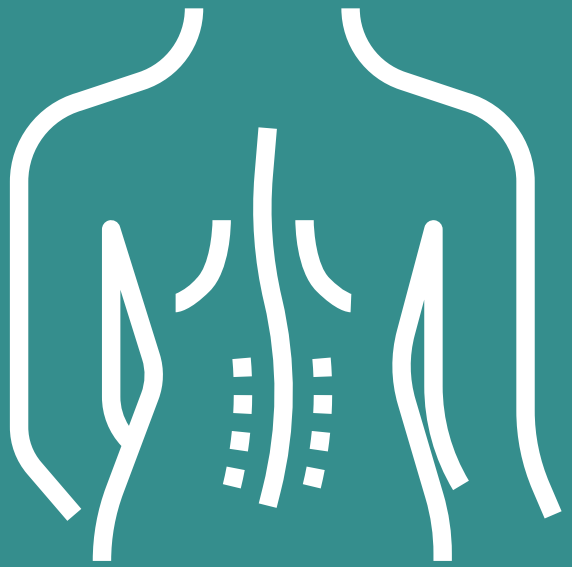
2.3. Altre malattie reumatiche infiammatorie croniche

Il mal di schiena cronico infiammatorio è un sintomo comune anche per altre malattie reumatiche infiammatorie come l'artrite psoriasica e l'artrite reumatoide.

L'artrite psoriasica si caratterizza per la presenza di manifestazioni articolari a carattere infiammatorio, periferiche (in particolare mani, piedi, ginocchia e caviglie) e/o assiali (colonna e articolazioni sacro-iliache) che si associano a psoriasi. La malattia colpisce ugualmente uomini e donne e nella maggioranza dei casi la psoriasi precede la comparsa dell'artrite.

L'artrite reumatoide colpisce le piccole e grandi articolazioni: queste diventano dolenti, tumefatte e vanno deformandosi nel tempo. Può coinvolgere anche la colonna cervicale a livello della prima e seconda articolazione e altri organi e apparati come il polmone, l'occhio, la cute e i vasi. Ha una connotazione di genere: colpisce il sesso femminile più frequentemente con un rapporto donna/uomo di 3-4:1.





3.

Affrontare il mal di schiena cronico infiammatorio

3.1. L'importanza della diagnosi precoce

I sintomi sono spesso trascurati da chi ne soffre. Le spondiloartriti si manifestano tipicamente in età giovanile quando i dolori alla schiena sono più facilmente associati a cause meccaniche, anche perché le malattie reumatiche, secondo l'immaginario collettivo, sono tipiche dell'età avanzata. Inoltre, il caratteristico andamento di queste patologie con alternanza di periodi di malattia attiva e periodi di benessere porta a sottovalutare la problematica per lungo tempo, con ricorso all'automedicazione e abuso di farmaci algesici.
La diagnosi precoce è cruciale perché consente di avviare tempestivamente le cure, prima che il danno articolare diventi irrecuperabile.

3.2. A chi rivolgersi

Nella maggior parte dei casi il primo medico a cui ci si rivolge è **il medico di medicina generale.** È importante in questo primo contatto condividere le **caratteristiche del proprio dolore**: sede, intensità, durata, insorgenza notturna/diurna, miglioramento/peggioramento con attività fisica, presenza/assenza di rigidità al risveglio... tutte queste informazioni sono preziosissime per formulare il sospetto di una forma di lombalgia cronica su base infiammatoria e dunque indirizzare alle competenze specialistiche del **reumatologo per una diagnosi precoce.**

La diagnosi viene formulata sulla base del quadro clinico, degli esami di laboratorio (marker dello stato infiammatorio in atto: VES e PCR) e di diagnostica per immagini (radiografia e risonanza magnetica del rachide lobare e delle articolazioni sacro-iliache, alla ricerca di segni di infiammazione ed eventuali modifiche strutturali delle strutture osteoarticolari). A completamento possono essere prescritti ulteriori esami (ricerca di auto-anticorpi circolanti, test genetico su un campione di sangue venoso...) per una diagnosi differenziale nell'ambito della "famiglia" della spondiloartriti.
È il reumatologo lo specialista di riferimento per le malattie caratterizzate da infiammazione che colpiscono l'apparato muscolo-scheletrico.

3.3. Strategie di cura

L'attività fisica è una preziosa alleata nel migliorare il percorso di cura e nel contribuire al benessere psico-fisico del paziente e deve essere considerata parte integrante del programma terapeutico. È fondamentale che venga praticata regolarmente e costantemente (almeno 30 minuti di attività fisica 3 volte alla settimana, meglio ancora tutti i giorni). Gradualità, moderazione e personalizzazione devono essere alla base, per questo è necessario consultare lo specialista di riferimento (fisiatra o un terapeuta della riabilitazione) per la definizione di un programma adeguato anche in relazione al quadro clinico.
In linea generale, sono indicate tutte le attività a basso impatto aerobico (nuoto, camminata ...) a cui è raccomandato affiancare esercizi di riabilitazione posturale per potenziare le masse muscolari.

Per quanto riguarda il **trattamento farmacologico**, la prima linea di trattamento è rappresentata dai *farmaci antinfiammatori non steroidei* (FANS) ma laddove venga riscontrata una persistente elevata attività di

malattia devono essere considerati i *farmaci antireumatici modificanti la malattia di tipo biologico* (DMARDs). Queste terapie – che nascono dalle bio-tecnologie e che si basano sulla sintesi di anticorpi monoclonali – possono essere prescritte solo da reumatologi esperti e presso centri di riferimento autorizzati. La prescrizione deve essere attentamente ponderata per ciascun paziente, soppesando benefici/rischi.

I DMARDs hanno rivoluzionato lo scenario di cura delle spondiloartriti, migliorando significativamente il decorso clinico della malattia nella grande maggioranza dei casi con riduzione del dolore, miglioramento della funzionalità articolare e della mobilità e, conseguentemente, della qualità della vita.

Condividete qualsiasi dubbio con il vostro specialista di riferimento: *è importante una partecipazione attiva e consapevole nel processo decisionale della scelta terapeutica e nel percorso di cura.*

Le spondiloartriti, come spiegato, hanno un significativo impatto sull'equilibrio psico-emotivo. Può essere pertanto molto utile attivare, al momento della diagnosi, un counselling psicologico per ricevere un sostegno nel processo di accettazione della malattia.

Laddove la malattia si associ a disturbi d'ansia/depressivi, ritiro sociale, problematiche relazionali, è opportuno un intervento psicoterapeutico (es. psicoterapia cognitivo-comportamentale).

Non abbiate vergogna a chiedere aiuto: è il primo passo per poter stare meglio.



3.4. Le "buone" abitudini quotidiane: consigli pratici

Come per tutte le malattie croniche di tipo infiammatorio, anche per le spondiloartriti è opportuno ridurre al minimo gli alimenti che hanno un effetto pro-infiammatorio (alto contenuto di zuccheri, grassi saturi e sale). **La dieta mediterranea,** ricca di ortaggi, frutta, cereali, legumi e pesce rappresenta un regime alimentare ottimale in questo senso.

Attenzione anche alle porzioni: **prevenire il sovrappeso** aiuta a non aumentare il "carico" sulla colonna e sulle articolazioni che aggrava la sintomatologia dolorosa. Inoltre la condizione di sovrappeso è implicata nel mantenimento dello stato infiammatorio dal momento che il tessuto adiposo produce attivamente sostanze pro-infiammatorie.

Anche la **corretta igiene del sonno** è una preziosa alleata. Nelle spondiloartriti il sonno è spesso difficoltoso e disturbato, poiché l'inattività fisica è la condizione che più aggrava il dolore. Adottare strategie comportamentali come non andare a letto troppo tardi, non fare uso eccessivo di dispositivi elettronici nelle ore serali, non mangiare cibi/bere bevande che ritardano il sonno, mantenere una regolare routine sonno/veglia … può aiutare a preservare la qualità del sonno.

I farmaci specifici per l'insonnia possono rappresentare una soluzione solo temporanea, da condividere sempre con il proprio medico: la strategia vincente per un sonno "ristoratore" è il trattamento

(farmacologico e non) della patologia di base.

Per contrastare la rigidità mattutina che connota le spondiloartriti, è buona abitudine **al risveglio fare qualche esercizio** per "sciogliere" le articolazioni e allungare i muscoli. L'avvio degli esercizi potrà essere faticoso e anche un po' doloroso ma necessario per riattivare l'apparato muscolo-osteoarticolare dopo la prolungata inattività notturna. Superata la fase critica iniziale, potrete constatarne i benefici.

Fumo e alcolici sono fattori che peggiorano il dolore cronico poiché alimentano i meccanismi alla base dell'infiammazione: un motivo in più per rinunciarci.

Inoltre è fondamentale mantenere le **relazioni sociali** e condividere la propria problematica con la rete degli affetti ma anche con chi la vive in prima persona attraverso le **Associazioni di pazienti** di riferimento. La condivisione ha un "potere" straordinario: non potrà certo sostituirsi alle cure ma ne favorisce l'efficacia e l'aderenza nel tempo.



Con il Patrocinio di

SIR

REDO

Testi a cura di
Nicoletta Orthmann
Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere

Si ringrazia per la supervisione scientifica
Maria Sole Chimenti
Reumatologia, Dipartimento di Medicina dei Sistemi. Università di Roma Tor Vergata
Presidente ReDO - Associazione delle Donne Reumatologhe

Graphic design e illustrazioni
Matteo Scarduelli - scarduellidesign.it

Stampa
Yooprint srl

Febbraio 2022





Con il supporto
non condizionante di

NOVARTIS