

"Scuole per il mal di schiena": curare o insegnare a sopportare?

di Donatella Bonaiuti

Il solito autorevole Di Fabio, uno degli Editors di Physical Therapy, ha pubblicato (1) i risultati di una meta-analisi sull'efficacia della Scuola per il Mal di Schiena (ovvero, molto più attraente in Inglese, Back School-BS). La meta-analisi, ricordiamo, è l'insieme delle tecniche che consentono di aggregare dati presi da lavoro scientifici diversi, così da aumentarne validità e valore informativo. L'autore ha raccolto studi pubblicati su riviste indicizzate dal 1977 al 1992, per un totale di 1279 pazienti con una popolazione di confronto di 1094 casi. La ricerca è di notevole interesse: mira a capire non soltanto se la BS sia efficace o no rispetto al placebo e alla usual care, ma anche quale BS sia più efficace, e verso quale tipo di pazienti.

Non emerge una maggiore efficacia della BS (o meglio, dell'insieme delle diverse BS) rispetto alla "usual care" (o meglio, all'insieme delle "usual cares") ma soltanto nei confronti del placebo (è già qualcosa...). I risultati vengono poi analizzati in funzione di diversi indicatori di efficacia. La BS risulta efficace sulla forza muscolare, fornisce realmente ai pazienti maggiori conoscenze e competenze sulla loro patologia, ma non pare efficace sul dolore, sull'articolazione e sul tasso di rientro al lavoro.

Di maggiore interesse, e soprattutto originale, è il tentativo di differenziare i risultati sulla base delle diverse modalità di conduzione della BS: "primary intervention" rispetto a BS incluse in "comprehensive rehabilitation programs". Come "primary" l'autore intende BS prescritte isolatamente, organizzate per corsi di breve durata, gestiti da un terapeuta, e che comprendono l'educazione del paziente a movimenti corretti del rachide e l'apprendimento di alcuni esercizi utili.

Le altre BS sono inserite in interventi globali, all'interno dei quali si colloca hanno un ruolo prevalentemente educativo. Lo studio, a questo punto, conclude per una maggiore efficacia di questi ultimi programmi di intervento "integrati", soprattutto nel ridurre il dolore, nel migliorare la forza e la mobilità spinale, mentre non rileva alcuna differenza significativa fra i due tipi di BS per quanto riguarda altri indicatori. Con entrambi gli approcci il paziente ottiene una sufficiente conoscenza del problema "mal di schiena", ma non riesce a modificare apprezzabilmente la funzionalità nelle attività quotidiane né a rientrare più facilmente al lavoro.

Altre osservazioni interessanti: i risultati migliori sono riportati negli studi effettuati nei Paesi Scandinavi e in Olanda piuttosto che in Gran Bretagna, USA, Canada e Israele. Non a caso il primo gruppo di Paesi utilizza soltanto BS "integrate".

Il "succo" del lavoro di Di Fabio è che, allo stato attuale, sembra che sia efficace solo un intervento integrato in programmi più globali. Perché? Come in molti studi in riabilitazione, non è agevole capire a quali interventi terapeutici ci si riferisca esattamente: a quante sedute di BS, con quale contenuto volta per volta, con quali sussidi didattici, con quante persone per gruppo? Che dire poi della "integrazione"? All'interno di quali programmi riabilitativi e con quale modalità essa si realizza? Sono pochi i lavori che descrivono esplicitamente questi aspetti metodologici con la necessaria precisione. Proviamo comunque a farcene una idea. Gli Svedesi² sostengono che sia globalmente efficace il "graded activity programme": la BS consiste in un programma di insegnamento di elementi di anatomia, biomeccanica, ergonomia, insieme con la valutazione ergonomica del posto di lavoro effettuata in loco. Il tutto, in un contesto di esercizi graduati e progressivi personalizzati sulla base di una valutazione iniziale, e in base a un approccio psico-comportamentale (*operant-conditioning behavioural approach*; superamento di comportamenti depres-

sivi o invalidistici, per esempio) quest'ultimo basato sui risultati dei test di valutazione effettuati volta per volta e sulle necessità lavorative del paziente.

I Danesi³ propongono un programma globale comprendente, per 8 ore al dì per 3 settimane (!!), la medesima parte teorica, integrata però da esercizi aerobici, da un training di potenziamento progressivo con pesi, da stretching e da un intervento psicoterapico. Tutto ciò "per modificare (nei pazienti, ndr) l'immagine di sé e i comportamenti conseguenti al dolore, ... al fine di renderli più in grado di riprendere il lavoro..."

Gli Olandesi⁴ avrebbero dimostrato l'efficacia (con un follow up di 6 anni!) di una BS integrata in un programma consistente in: educazione al movimento del rachide, ginnastica, dieta, contenimento dello stress e rilassamento. Più semplicemente, i Britannici⁵ propongono una BS integrata in un programma di esercizi di rinforzo e mobilitazione per 4 settimane. Israele⁶ dimostrerebbe una maggiore efficacia di un programma di esercizi di rinforzo muscolare del tronco condotto per 3 mesi a frequenza bisettimanale. Manniche, un altro autore danese, propone⁷ esercizi di rinforzo muscolare per il tronco da eseguire per tutta la vita... Interventi quindi molto impegnativi per intensità e durata. Per lo meno, le cosiddette BS "primary intervention", quelle che si sono dimostrate "meno efficaci", sono sempre di minore durata. Per esempio, in uno studio del 1991 si parla di una BS di 5 sedute. La ricerca della brevità, però, può divenire paradossale. L'esempio estremo è dato dallo studio di Stankovich⁸: il famoso metodo McKenzie⁹ trionferebbe su una Mini BS, fatta addirittura di una sola seduta in cui si insegna "tutto" ai pazienti per una loro corretta gestione del rachide. Analoghe le conclusioni di un certo Berwick¹⁰ che dimostrerebbe la mancanza di efficacia di una BS di una singola sessione di 4 ore che pure era seguita da un programma di esercizi da effettuare a domicilio per un an-

no. A parte questi esempi eccessivi, sembra comunque che a poco valgano i programmi di breve durata.

Tomando a quanto riportato nel lavoro di Di Fabio, sembra che l'indirizzo da seguire sia quello dei Paesi Scandinavi: approccio di lunga durata e globale (ergonomico, educativo, motorio), al problema del low back pain con una maggiore attenzione agli aspetti psicologici e all'attività lavorativa. Ma a questo punto sorge un dubbio: che il richiamo alla globalità nasconda una ignoranza sui meccanismi patogenetici del dolore lombare, su cui si potrebbe meglio centrare il trattamento. Infatti, guarda caso, gli insegnamenti ergonomici non bastano, ma si deve aggiungere sempre altro: ginnastica, intervento psicologico, intensità nell'accudimento – diremmo quasi, "maternage" – del paziente: intenso e duraturo. Tutto ciò per rendere più tollerabile un dolore che noi in realtà non sappiamo colpire: né la Back School sembra mirare alla cura, ma piuttosto alla sopportazione.

È inutile nascondersi dietro un dito: in riabilitazione le "zuppe" terapeutiche multifattoriali, anche se sono assai interessanti dal punto di vista sociologico e assistenziale, possono essere insoddisfacenti dal punto di vista clinico. A questo proposito è bene sapere che gli studiosi dell'argomento, che sono fra gli stessi Autori degli studi citati da Di Fabio, hanno già superato questa "fase culturale" e ammettono la necessità di differenziare con criterio fisiopatologico l'approccio al mal di schiena: selezionando i casi con indicazioni più restrittive e personalizzando sempre di più l'intervento soprattutto in tema di contenimento dello stress e di facilitazione del rientro sul posto di lavoro.

Nella sessione sulla BS che si è tenuta nel 1993 a Bochum, nell'ambito del Congresso della European Spine Society, una psicologa olandese¹¹ ha affermato l'inutilità di alcune BS, e precisamente di quelle riduttivamente orientate soltanto agli aspetti lisco-organici della lombalgia.

La lombalgia cronica sarebbe il

frutto di un "auto-condizionamento operante" (una sorta di "abitudine", di "lasciarsi andare") che porterebbe alla somatizzazione definitiva e a comportamenti finalizzati ad evitare il dolore. La sua proposta? Strategie più individualizzate, maggiormente dirette al contenimento dello stress e del "condizionamento operante" per il reinserimento del paziente sul lavoro. Ancora una volta, però, la soluzione del problema viene vista in termini comportamentali, più specifici, ma comunque non bio-medici. Il fisiatra olandese Lankorst¹² nella medesima occasione ha affermato di esser stato condotto dai suoi ultimi studi (e dagli insuccessi della sua "Maastricht BS", di tipo "integrato") ad abbandonare del tutto l'utilizzo della BS. Se si vuole migliorare una lombalgia acuta, è dubbia l'opportunità di qualsiasi intervento visto che la sindrome presenta nella maggioranza dei casi un'evoluzione favorevole spontanea. Nella lombalgia cronica la BS sarebbe sicuramente inefficace. L'autore, quindi, ha comunicato di aver avviato un diverso programma di intervento, atto a selezionare i casi a rischio di cronicizzazione (lombalgia che perdura invariata da più di 5 settimane) e a trattarli con un programma personalizzato, senza la BS.

A questo punto è lecito chiedersi se esista una BS italiana, in quale categoria si collochi, e se siamo eventualmente sulla strada giusta. Da quanto emerge dagli scarsi lavori pubblicati, credo che ci collochiamo culturalmente in una via di mezzo: abbiamo corsi più articolati sia nella parte educativa sia nella parte di esercizi, con una durata un poco maggiore di quanto previsto dalla BS "primary intervention" (in genere si tratta di dieci sedute). Spesso prevediamo delle sedute a distanza, di "rinforzo" degli insegnamenti^{13, 14}.

Ci differenziamo dalla BS "primary intervention" in quanto prendiamo in considerazione i problemi legati a tutti i settori del rachide e non solo a quello lombare, ma nemmeno siamo troppo "integrati" perché ci limitiamo all'aspetto ri-

abilitativo strettamente motorio di alcuni distretti muscolari e ad alcuni elementi di rieducazione della colonna: non enfatizziamo nei nostri programmi riabilitativi il ruolo del correlato "psicologico" del mal di schiena e tanto meno abbiamo studiato il posto di lavoro, se non in alcune lodevoli – ma rare – ricerche^{15, 16}.

Sarebbe necessario che potessimo dimostrare anche noi, dati alla mano, quanto siamo "efficaci" e per quali particolari aspetti del recupero funzionale, ma studi di questo genere non sono noti. Mi risulta solo una ricerca multicentrica¹³ condotta su 212 casi contro 127 controlli, che ha dimostrato per una BS "italiana" risultati positivi per quanto riguarda il miglioramento qualitativo del dolore cervicale, dorsale e lombosacrale, ma non per l'intensità del dolore valutata con la scala visuoanalogica né per la disabilità, e il miglioramento dell'obiettività lombosacrale (dolorabilità alla digito pressione, contrattura dolorosa dei muscoli paravertebrali, dolorabilità alla mobilizzazione), risultati mantenuti anche a un anno di distanza. Dati promettenti ma purtroppo non emersi da un confronto con pazienti non trattati, quindi da un protocollo "forte" dal punto del disegno sperimentale. Senza l'altro il nostro approccio educativo/riabilitativo presenta degli aspetti di originalità rispetto alle esperienze utilizzate dallo studio di Di Fabio, meritevoli di una verifica di efficacia adeguata... e magari proponibili anche all'estero come "terza via": forse più incisiva delle BS brevi, ed anche facilmente realizzabile.

Resta comunque un problema. Fino a quando noi non saremo in grado di trovare per ogni paziente la vera causa della sua lombalgia e un trattamento specifico, l'unica possibilità terapeutica che abbiamo è quella di abituarlo a convivere meglio con il dolore stesso: conoscerlo per evitarlo. E questo, nelle migliori delle ipotesi, è quello che si riesce a fare con la BS. Ma siamo davvero sicuri che non si possa agire un poco più a monte?

1) DI FABIO R. *Efficacy of comprehensive rehabilitation programs and Back School for patients with low back pain: a meta-analysis.* **Phys Ther**, 1995, 75, 10: 865-878.

2) LINDSTROM I, OHLUND C, EEK C, WALLIN L, PETERSON LE, FORDYCE WF, NACHEMSON AI. *The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomised prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach.* **Phys Ther**, 1992, 72 (4): 279-90.

3) BENDIX T, BENDIX A. *Why intensive rehabilitation of patients with chronic back problems?* **Nord-Med**, 1993, 108 (12): 321-2.

4) VERSLOOT JM, ROZEMAN A, VAN SON AM, VAN AKKERVEEKEN PF. *The cost effectiveness of a Back School program in industry.* **Spine**, 1992, 17: 22-27.

5) FROST H, MOFFETT JA, MOSER JS, FAIRBANK JC. *Randomised controlled trial for evaluation of fitness programme for patients with chronic low back pain.* **BMJ**, 1995, 21; 310 (6973): 151-4.

6) DONCHIN M, WOLFF O, KAPLAN I, FLOMAN

Y. *Secondary prevention of low back pain. A clinical trial.* **Spine**, 1990, 15 (12): 1317-20.

7) MANNICHE C. *Back exercises for patients with chronic low back pain.* **Ugeski Laeger**, 1989, 7; 151(32): 2009-12.

8) STANKOVICH R, JOINELL O. *Conservative treatment of acute low back pain. A prospective randomized trial: McKenzie method of treatment versus patient education in "mini Back School".* **Spine**, 1990, 15 (2): 120-3.

9) MCKENZIE R. *Treat your own back.* **Spinal Publications New Zealand LTD**, 1983

10) BERWICK DM, BUDMAN S, FELDMAN M. *No clinical effect of back school in an HMO. A randomized prospective trial.* **Spine**, 1989, 14 (3): 338-44.

11) VERSLOOT N, VAN AKKERVEEKEN P. *When Back Schools are out, what is in?* **European Spine Society, Atti 4th Annual Meeting, Bochum 1993.**

12) LANKORST GJ. *Back School: negative results.* **European Spine Society, Atti 4th Annual Meeting, Bochum 1993.**

13) EPM, UNITÀ DI RICERCA ERGONOMIA DELLA

POSTURA E DEL MOVIMENTO: "La Back School, per un efficace trattamento delle rachialgie", Ed. E.P.M., Milano, 1994.

14) D. BONAIUTI, F. COMBI, R. MARTINELLI. C. MIANO, T. RAIMONDO, E. GENEROSO. G. CHIESA, A. FERRARI, R. AJONE, S. DI CARLO, M. TARICCO, L. ORLANDO, G. VALLIERI, C. COLOMBO: *Esperienze di Back School in ambito ospedaliero: metodologia dello screening, indicazioni, modalità di conduzione e prime valutazioni di efficacia.* **Atti XVIII Congresso Nazionale SIMFER**, Firenze 1990, pp. 564-569.

15) O. MENONI, D. BONAIUTI: *La riabilitazione nei luoghi di lavoro: le Back Schools specifiche per attività lavorativa a rischio per il rachide. Le Back Schools per gli infermieri.* **Atti del 1° Meeting di Medicina Fisica e Riabilitazione: "La riabilitazione: identità e prospettive"**, Gardone Riviera, 1992, pp. 128-131.

16) D. BONAIUTI, O. MENONI, F. DI MARCO, D. COLUMBINI, E. OCCUPINZI: *Preventive and rehabilitational Back Schools in industry.* **European Spine Society, Atti 4th Annual Meeting, Bochum, 1993, pp. 80-8**