

La Dott.ssa Bonaiuti ha bene messo in luce i problemi posti dall'ultima revisione di Di Fabio¹ che si affianca ad altri tentativi analoghi ed analogamente inconcludenti^{2,3}, nel senso che non rispondono in modo definitivo alla domanda se le Back Schools siano realmente più efficaci rispetto al trattamento usuale ed al placebo. La eterogeneità dei pazienti, come giustamente fa notare la Bonaiuti, si affianca alla eterogeneità dei trattamenti, dei gruppi di controllo, delle misure di outcome, in un modo tale da rendere molto difficile trovare un comune denominatore che consenta la composizione di una meta analisi³. Lo studio italiano della EPM⁴, d'altronde, non contribuisce a chiarire il problema in quanto molto povero dal punto di vista metodologico: rispecchia molto bene la realtà italiana fatta da entusiasti ricercatori che però cadono quando si tratta di definire un disegno sperimentale rigoroso.

Per quanto riguarda le "zuppe multifattoriali", va citato il tentativo della Moffett⁵ di dimostrare che il valore aggiunto della Bach School risiede nella componente informativa, visto che usa come gruppo di

controllo pazienti che fanno solo esercizi.

Il problema del rapporto costo-beneficio non mi sembra secondario in un periodo di trasformazione del meccanismo di rimborso delle strutture sanitarie: siamo abbastanza sicuri che le Bach School "brevi"⁵ siano inefficaci e quindi volentieri proporre non possiamo che optare per le versioni più "lunghe", che prevedano cioè almeno 7-8 ore di trattamento. In questo caso il costo di ciascuna ora di trattamento ricadrà su un gruppo di persone, con un costo per paziente che sarà solo una percentuale del costo del trattamento "usuale"⁶, in Italia ancora rappresentato dal trattamento singolarizzato (1 terapeuta per 1 paziente). Quindi paradossalmente nel nostro Paese le Back School costituirebbero un elemento di risparmio delle risorse! Ma con quali dati andremmo dal nostro Direttore Generale a chiedere di istituire (o a difendere l'esistenza di) una Bach School? Quali misure outcome gli porteremmo? La nostra esperienza con le Back School non può che dirsi complessivamente positiva, non fosse altro per l'entusiasmo con cui i nostri pazienti vi partecipano: in uno studio fatto qualche anno fa abbiamo anche

potuto sottolineare come la richiesta di terapie fisiche nell'anno successivo alla frequenza della Back School sia diminuito nella nostra popolazione⁷. Ma sarebbe sufficiente? Ci si può accontentare della soddisfazione dei pazienti? Possibile che non ci sia un indicatore di efficacia più soddisfacente? Come potremmo, tra l'altro, difendere questo approccio da quello ben più "affascinante" fornito dalle tecniche eponimiche provenienti d'oltralpe, che si vantano di essere oltretutto "globali" (ma che vorrà mai dire?)?

Nonostante la nostra (e dei pazienti) soddisfazione, la mancanza di una definitiva verifica di efficacia del trattamento ci lascia profondamente insoddisfatti: non vorremmo che accadesse a noi quello che si è verificato in passato per i cardiologi⁸ che, in uno studio sulla efficacia della terapia antiaritmica nei pazienti con pregresso infarto miocardico hanno dovuto interrompere la sperimentazione perché la terapia riduceva sì la frequenza di crisi aritmiche ma il tasso di mortalità del gruppo sperimentale era superiore a quello dei controlli. Il razionale d'impiego del farmaco esisteva ed era forte ma si era rivelato fallace e l'impiego dell'antiaritmico alla lunga dannoso per i pa-

zienti. Non si può dimenticare che il tema della efficacia dei trattamenti in Medicina Riabilitativa sia centrale e che non debba essere trascurato sulla scorta di facili entusiasmi e risultati clinici osservazionali. In questo senso è nato, e non a caso ne fa parte anche la dott.ssa Bonaiuti, il gruppo italiano di Terapia Fisica e Riabilitazione della Cochrane Collaboration⁹ che si propone di raccogliere tutti i riabilitatori interessati a lavorare nella produzione e mantenimento di revisioni strutturate della letteratura sulla efficacia delle nostre pratiche terapeutiche.

Roberto Iovine

- 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: 865-973
- 2) SCHEER S.J. ET AL. *Randomized controlled trials in industrial low back pain relating to return to work. Part I Acute interventions.* *Arch. Phys. Med. Rehabil* 1995, 76, 10: 966-973
- 3) KEUSERS J.F.E.M., BOUTER L.N. AND MEERTENST R.M. *Validity and comparability of studies on the effects of back schools.* *Physiotherapy Theory and Practice* 1991, 7: 177-184.
- 4) MOPFETT J.A.K. ET AL. *A controlled, prospective study to evaluate the effectiveness of a Back School in the relief of chronic low back pain.* *Spine* 1986, 11 (2): 120-122.
- 5) BERWICK D.M. ET AL. *No clinical effect of back school in an HMO. An randomized prospective trial.* *Spine* 1989, 14 (3): 338-344.
- 6) DEYO R.A. "Exercise in the prevention and treatment of illness" Goldberg L. & Elliot D.L. eds, F.A. Davis Company, Philadelphia. pp 153-170
- 7) MOLINARI N., RUGGERI C. E IOVINE R. *Verifica di efficacia di una Back School.* *Atti XXII Congr. Naz. SIMFER*, Torino 1994
- 8) The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) investigators preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.* 1989; 321: 406-412
- 9) Per ulteriori informazioni sulla Cochrane Collaboration, si può contattare direttamente l'Autore o meglio il Direttore del Gruppo Italiano della CC Dott. Alessandro Liberati, presso l'Istituto Mario Negri di Milano.