

# APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE VS APPROCCIO MONODISCIPLINARE NEL DOLORE CRONICO LOMBARE: RISULTATI A CONFRONTO

E. MARCUCCI<sup>1</sup>, M.A. MANGIAROTTI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Studio Fisiomega, Lido di Ostia, Roma. <sup>2</sup> ANIK Associazione Nazionale Idrokinesiterapisti, Roma

## RIASSUNTO

**Introduzione:** Il dolore cronico lombare è una delle patologie più diffuse nei Paesi industrializzati. Costituisce una tra le principali cause di assenza dal lavoro, di richieste di visite mediche e indagini diagnostiche. Rappresentando un alto costo sociale.

**Obiettivo:** Lo scopo di questo lavoro è stato quello di dimostrare come un approccio riabilitativo multidisciplinare rappresenti una migliore e più globale gestione del dolore cronico lombare rispetto a un trattamento monodisciplinare.

**Materiali e metodi:** La ricerca bibliografica è stata effettuata tra giugno e settembre 2015, attraverso due banche dati (PubMed e PEDro), sono stati scelti solo articoli in inglese con abstract, senza porre limiti temporali di pubblicazione, ad eccezione degli articoli inerenti al Cronic Low Back Pain AND Mckenzie.

**Risultati e conclusioni:** Dalla lettura degli articoli non è mai emersa una superiorità di una metodica. Negli articoli in cui i pazienti sono stati trattati con il McKenzie (autotrattamento), i risultati della terapia sono stati mantenuti a distanza di tempo. I pazienti trattati con un approccio multidisciplinare hanno raggiunto risultati migliori e in alcuni casi durevoli nel tempo.

**Parole chiave:** Dolore cronico lombare "e" Idrokinesiterapia "no" Balneoterapia "no" SPA Therapia · Dolore cronico lombare "e" Mckenzie · Dolore cronico lombare "e" Rieducazione Posturale Globale · Dolore cronico lombare "e" Approccio Multidisciplinare

## ABSTRACT

**Introduction:** The Chronic Low Back Pain is one of the most common diseases in industrialized countries. It is one of the main causes of absence from work, requests for medical examinations and diagnostic investigations. Representing a high social cost.

**Aim:** The aim of this work is to demonstrate how a multidisciplinary rehabilitative approach represents a better and more global management of chronic lumbar pain compared to a mono-disciplinary treatment.

**Materials and methods:** The bibliographic research was carried out between June and September 2015, using two databases (PubMed and PEDro), and selecting only english articles with abstracts, regardless years of publication, with the exception of the articles related to the Cronic Low Back Pain AND Mckenzie.

**Results and conclusions:** From the reading of the articles has never emerged a superiority of a method. In the articles in which the patients were treated with McKenzie (self-treatment), the results of the therapy were maintained along the time. Patients treated with a multidisciplinary approach achieved better results and in some cases lasting over time.

**Key words:** Chronic Low Back Pain "AND" Hydrotherapy "NOT" Balneotherapy "NOT" SPA Therapy · Chronic Low Back Pain "AND" Mckenzie · Chronic Low Back Pain "AND" Global Postural Reeducation · Chronic Low Back Pain "AND" Multidisciplinary approach

## STRATEGIE DI RICERCA - KEY WORDS

La ricerca è stata condotta consultando il database MEDLINE attraverso il motore di ricerca PubMed e PEDro, nel periodo compreso tra giugno e settembre 2015.

Sono state utilizzate le seguenti Keywords:

- Chronic Low Back Pain "AND" Hydrotherapy "NOT" Balneotherapy "NOT" SPA Therapy
- Chronic Low Back Pain "AND" Mckenzie
- Chronic Low Back Pain "AND" Global Postural Reeducation

- Chronic Low Back Pain “AND” Multidisciplinary approach

Sono stati scelti solo articoli in lingua inglese con la presenza di un abstract, senza porre limiti temporali di pubblicazione, ad eccezione degli articoli inerenti al Cronic Low Back Pain AND Mckenzie vista la quantità di pubblicazioni presenti nel database (criterio di inclusione articoli pubblicati negli ultimi 5 anni).

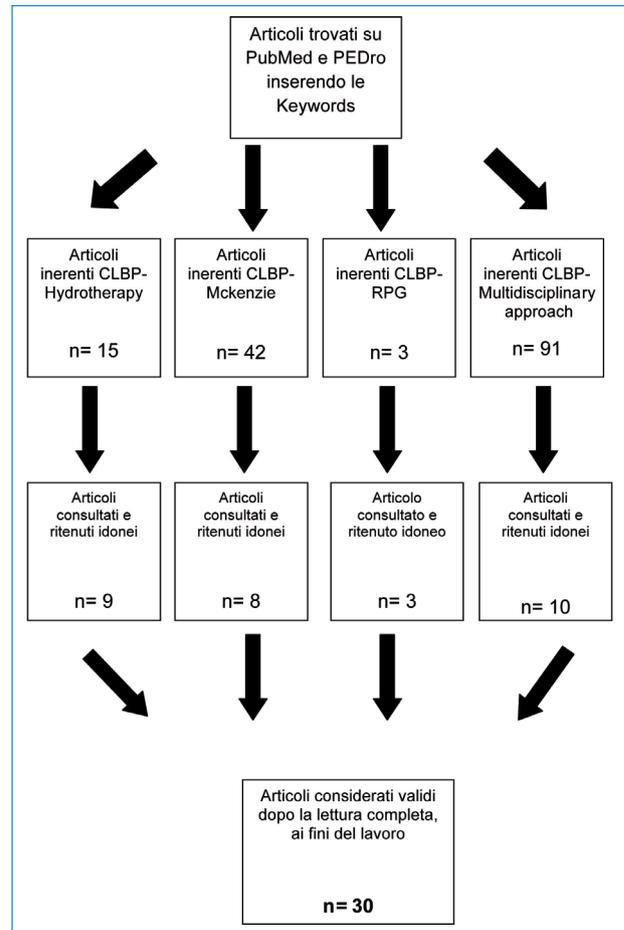
Da una prima ricerca, sulla base dei criteri di selezione descritti in precedenza, nei database sono emersi 151 articoli. Di questi:

- 15 articoli inerenti a CLBP-Hydrotherapy, di cui dopo la lettura degli abstract sono stati esclusi 6 in quanto non idonei al quesito della tesi.
- 42 articoli inerenti a CLBP-Mckenzie, includendo solo gli articoli con data di pubblicazione negli ultimi 5 anni si è arrivato a un tot di 13 articoli. Di questi, dopo la lettura degli abstract idonei alla tesi sono stati 8 articoli.
- 3 articoli riguardante CLBP- Global Postural Reeducation tutti e tre ritenuti idonei per la tesi.
- 91 articoli relativi al CLBP- Multidisciplinary approach, di questi 10 idonei al quesito della tesi.

Un totale di 30 articoli ritenuti idonei per valutare le modalità di approccio multidisciplinare e monodisciplinare proposto in letteratura nel trattamento del dolore cronico lombare. Di seguito viene riportato il diagramma di flusso della procedura di selezione che ha condotto alla scelta finale dei 30 articoli (figura 1).

## INTRODUZIONE

Il dolore cronico lombare è una condizione clinica molto frequente nella popolazione giovane-adulta<sup>1</sup>, costituisce una delle principali cause di assenteismo dal lavoro e di richieste di visite mediche e indagini diagnostiche<sup>5</sup> con costi economici alti per la società. Attualmente la gestione del dolore cronico lombare comprende una serie di differenti strategie includendo interventi chirurgici, terapia farmacologica, fisioterapia, agopuntura, yoga e tanto altro ancora<sup>13</sup>. La difficoltà è valutarne l'efficacia e in seguito organizzare questi strumenti per raggiungere gli obiettivi tera-



**Fig. 1** - Diagramma di flusso del processo di selezione degli articoli.

peutici. Il primo passo nella stesura del lavoro è stato trovare le attuali strategie riabilitative utilizzate nella gestione del dolore cronico lombare e la loro efficacia, per questo è stata eseguita una ricerca sui principali motori di ricerca di evidenza scientifica (Pubmed, PEDro), inoltre fondamentale nel nostro lavoro è stato l'articolo della SIOT<sup>2</sup> dove vengono confrontate le diverse Linee Guida internazionali e al termine della ricerca è risultato che il comune denominatore è rappresentato dall'approccio multidisciplinare. Quando si parla di multidisciplinarietà ci si riferisce ad una realtà non limitata ad un unico aspetto o materia, ma ne comprende diversi altri. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di dimostrare come un approccio riabilitativo multidisciplinare permetta una migliore e globale gestione del paziente con dolore cronico lombare rispetto a un trattamento monodisciplinare. Abbiamo cercato di dimostrare

che la fisioterapia non può utilizzare un approccio posologico, ma deve porre al centro del percorso riabilitativo il paziente, il quale deve essere un soggetto attivo nell'iter riabilitativo. Attraverso un approccio integrato si agisce sul paziente, ma anche sul contesto in cui vive (ambiente domestico, luogo di lavoro) eliminando i fattori di rischio. Coinvolgendo il paziente si condividono e si raggiungono insieme gli obiettivi, i quali possono essere modificati anche in corso d'opera in base ai bisogni e le esigenze del paziente. Il fisioterapista deve fornire al paziente gli strumenti per poter gestire e migliorare il dolore cronico lombare. Questo fa sì che si eviti la dipendenza nei confronti del fisioterapista e si mette il paziente in condizione di prendersi cura del proprio stato di salute in autonomia e di poter gestire le proprie risorse in termini di costi e di tempo mantenendo i risultati nel corso del tempo. Per dimostrare queste considerazioni abbiamo paragonato un gruppo di pazienti trattati con un approccio multidisciplinare (Idrokinesiterapia, Terapia Meccanica McKenzie, Rieducazione Posturale Globale-Souchard, autotrattamento) con un gruppo di pazienti trattati con una sola metodica riabilitativa (RPG). Non è nostra intenzione dimostrare la superiorità di una metodica rispetto ad un'altra, ma l'elemento centrale del nostro lavoro consiste nell'avvalorare l'idea che per raggiungere dei risultati e mantenerli nel corso del tempo bisogna gestire il paziente in maniera multidisciplinare e globale, migliorandone la qualità di vita.

## MATERIALI E METODI

### *Pazienti*

Tra giugno 2015 e settembre 2015, presso il Centro Fisiomega di Ostia Lido, sono stati valutati e sottoposti a trattamento 40 pazienti con dolore cronico lombare. Uomini e donne con età compresa tra i 45-55 anni di età ancora attivi nel lavoro. Per essere inclusi nel progetto i partecipanti dovevano aver riferito episodi ripetuti di dolore lombare nell'arco di 12 settimane senza cause specifiche,

risultanti da esami diagnostici strumentali. Inoltre non dovevano aver fatto uso di terapia farmacologica antinfiammatoria per almeno 6 settimane prima dell'inizio del trattamento. Sono stati esclusi pazienti che sono stati sottoposti ad altre forme di fisioterapia o idrokinesiterapia nelle 6 settimane precedenti. Esclusi pazienti obesi.

### *Randomizzazione*

In questo caso la randomizzazione non è presente perché i fisioterapisti erano parte attiva della divisione dei pazienti nei due gruppi. Il Gruppo  $\alpha$  (approccio multidisciplinare) ha incluso 20 pazienti (9 donne 11 uomini) il Gruppo  $\beta$  (approccio monodisciplinare) 20 pazienti (12 donne 8 uomini).

### *Programma riabilitativo*

Nel periodo compreso tra giugno e settembre 2015 i pazienti hanno effettuato fisioterapia per un periodo di circa 3 mesi (sospendendo per circa 10 giorni per le vacanze estive) con cadenza settimanale differente nel Gruppo  $\alpha$  e Gruppo  $\beta$ , ma con una disponibilità massima di 15 sedute per entrambi i gruppi. In seguito è stato eseguito un follow-up a distanza di due mesi.

### *Valutazione*

Indipendentemente dal gruppo di appartenenza i pazienti sono stati sottoposti ad una stessa valutazione clinica che prevedeva:

- Scheda di valutazione della colonna lombare di R.A. McKenzie;
- Valutazione del dolore mediante la Visual Analogic Scale (VAS);
- Oswestry Disability Index;
- Somministrazione del questionario sulla qualità di vita SF-36.

### **Valutazione iniziale**

In data 7 giugno 2015 è stata eseguita la valutazione iniziale dei pazienti da cui è emerso quanto segue:

**Tab. 1 - Valutazione iniziale Gruppo  $\alpha$  e Gruppo  $\beta$**

GRUPPO $\alpha$					GRUPPO $\beta$				
PAZIENTI	VAS	OSWESTRY	MCKENZIE	SF36	PAZIENTI	VAS	OSWESTRY	MCKENZIE	SF36
A	8	68	DISFUNZIONE	45	A	7	48	DISFUNZIONE	45
B	7	48	DISFUNZIONE	45	B	7	50	DISFUNZIONE	45
C	7	50	DISFUNZIONE	50	C	8	60	DISFUNZIONE	50
D	8	70	DISFUNZIONE	45	D	8	70	DISFUNZIONE	55
E	9	70	DISFUNZIONE	40	E	8	70	DISFUNZIONE	40
F	8	65	DISFUNZIONE	40	F	9	75	DISFUNZIONE	50
G	7	45	DISFUNZIONE	50	G	9	70	DISFUNZIONE	45
H	8	68	DISFUNZIONE	45	H	8	68	DISFUNZIONE	35
I	8	68	DISFUNZIONE	50	I	7	68	DISFUNZIONE	45
L	8	70	DISFUNZIONE	45	L	7	45	DISFUNZIONE	50
M	6	40	DISFUNZIONE	50	M	7	40	DISFUNZIONE	50
N	7	50	DISFUNZIONE	45	N	7	50	DISFUNZIONE	50
O	7	50	DISFUNZIONE	40	O	8	50	DISFUNZIONE	40
P	7	48	DISFUNZIONE	45	P	8	50	DISFUNZIONE	45
Q	8	65	DISFUNZIONE	45	Q	8	70	DISFUNZIONE	45
R	8	65	DISFUNZIONE	50	R	6	40	DISFUNZIONE	50
S	8	50	DISFUNZIONE	50	S	7	45	DISFUNZIONE	45
T	8	65	DISFUNZIONE	50	T	7	45	DISFUNZIONE	45
U	8	70	DISFUNZIONE	45	U	7	50	DISFUNZIONE	45
V	7	50	DISFUNZIONE	45	V	8	55	DISFUNZIONE	50

## Obiettivi e piano di trattamento

I pazienti appartenenti al Gruppo  $\alpha$  sono stati sottoposti al seguente programma riabilitativo:

	N°sedute	Strumenti Terapeutici	Obiettivi
1° settimana	3 (1 IKT - 2 a secco)	IKT - RPG - IGIENE - MCKENZIE + AUTOTRATTAMENTO	
2° settimana	3 (2 IKT - 1 a secco)	IKT - RPG - IGIENE - MCKENZIE + AUTOTRATTAMENTO	Breve termine
3° settimana	2 (1 IKT - 1 a secco)	IKT - RPG - MCKENZIE + AUTOTRATTAMENTO	
4° settimana	2 (1 IKT - 1 a secco)	IKT+ AUTOTRATTAMENTO- RPG- MCKENZIE + AUTOTRATTAMENTO	
5° settimana	2 (1 IKT - 1 a secco)	IKT (autonomia con supervisione) RPG - MCKENZIE + AUTOTRATTAMENTO	Medio termine
6° settimana	1 (a secco)	RPG+ AUTOTRATTAMENTO MCKENZIE	
7° settimana	1 (a secco)	RPG+ AUTOTRATTAMENTO MCKENZIE	
8° settimana	1 (a secco)	VALUTAZIONE AUTOTRATTAMENTO	Lungo termine
<b>Tot 15 sedute</b>			

I cui obiettivi erano:

*Obiettivi a breve termine:*

- riduzione del dolore
- miglioramento della mobilità articolare e elasticità muscolare

- riduzione dei fattori di rischio
- riduzione del disordine bio-meccanico.

*Obiettivi a medio termine:*

- riduzione del dolore

- ripristino movimenti funzionali
- migliorare la percezione del corpo
- acquisire la consapevolezza della propria postura
- educazione del paziente nella gestione del dolore (auto trattamento).

*Obiettivo a lungo termine:*

- autogestione del paziente
- ripristino di gestualità quotidiane
- adozione di provvedimenti preventivi.

Tra la 6°-7° settimana è stato lasciato un periodo “finestra” con la durata di dieci giorni. Tra la 7°-8° settimana un periodo di 15 giorni per monitorare il dolore del paziente e per valutare nell’ultima seduta il suo livello di autogestione completo. Inoltre questi intervalli di tempo hanno fatto sì che entrambi i gruppi  $\alpha$  e  $\beta$  finissero nello stesso periodo e permettessero un successivo follow-up con la stessa tempistica.

I pazienti al termine delle 15 sedute sono stati messi nella condizione di eseguire correttamente gli esercizi e continuare un programma riabilitativo di mantenimento per 2-3 volte a settimana.

I pazienti inseriti nel Gruppo  $\beta$  (trattamento monodisciplinare) sono stati sottoposti al seguente programma riabilitativo:

	N°sedute	Strumenti Terapeutici	Obiettivi
1° settimana	2	RPG	Breve termine
2° settimana	2	RPG	
3° settimana	2	RPG	
4° settimana	2	RPG	
5° settimana	1	RPG	Medio termine
6° settimana	1	RPG	
7° settimana	1	RPG	
8° settimana	1	RPG	Lungo termine
9° settimana	1	RPG	
10° settimana	1	RPG	
11° settimana	1	RPG	
<b>Tot 15 sedute</b>			

I cui obiettivi erano:

*A breve termine:*

- riduzione del dolore
- miglioramento della mobilità articolare e elasticità muscolare
- riduzione del disordine bio-meccanico.

*Obiettivi a medio termine:*

- riduzione del dolore
- ripristino movimenti funzionali
- migliorare la percezione del corpo
- acquisire la consapevolezza della propria postura.

*Obiettivo a lungo termine:*

- ripristino di gestualità quotidiane.

Gli obiettivi del trattamento sono stati gli stessi per l’approccio multidisciplinare, l’unica differenza è che l’aspetto ergonomico, l’educazione del paziente e l’autotrattamento non sono stati inseriti tra gli obiettivi.

### Valutazione finale

Terminate le 15 sedute riabilitative in entrambi i gruppi in data 7-8 Settembre 2015 è stata eseguita la valutazione finale da cui è emerso quanto riportato in tabella 2.

### FOLLOW-UP A DISTANZA DI CIRCA DUE MESI DAL TRATTAMENTO

In data 31 Ottobre 2015, a distanza di circa due mesi dalla fine del trattamento è stato eseguito un follow-up da cui è emerso quanto riportato in tabella 3.

**Tab. 2 - Valutazione finale Gruppo  $\alpha$  e Gruppo  $\beta$** 

GRUPPO $\alpha$			
PAZIENTI	VAS	OSWESTRY	SF36
A	3	18	60
B	2	16	65
C	0	6	80
D	2	15	65
E	1	6	80
F	0	7	75
G	0	6	85
H	2	14	60
I	3	16	55
L	0	6	80
M	1	6	70
N	2	15	70
O	1	8	80
P	2	14	75
Q	2	14	80
R	2	14	60
S	2	15	65
T	1	8	75
U	2	14	75
V	2	14	70
GRUPPO $\beta$			
PAZIENTI	VAS	OSWESTRY	SF36
A	2	15	65
B	1	8	75
C	2	15	70
D	3	18	60
E	2	15	70
F	3	20	65
G	1	8	80
H	3	16	65
I	0	6	80
L	1	6	85
M	1	6	85
N	2	10	55
O	3	15	55
P	3	15	55
Q	1	10	75
R	0	6	80
S	1	8	80
T	2	8	70
U	2	14	60
V	2	14	60

**Tab. 3 - Follow-up Gruppo  $\alpha$  e Gruppo  $\beta$** 

GRUPPO $\alpha$			
PAZIENTI	VAS	OSWESTRY	SF36
A	1	10	75
B	0	4	85
C	0	4	85
D	1	6	85
E	0	4	90
F	0	4	85
G	0	6	85
H	1	10	85
I	1	10	80
L	0	6	80
M	0	4	80
N	1	6	75
O	0	6	85
P	0	6	75
Q	0	8	85
R	1	6	70
S	1	6	85
T	1	8	75
U	2	14	75
V	2	14	70
GRUPPO $\beta$			
PAZIENTI	VAS	OSWESTRY	SF36
A	2	15	65
B	1	8	75
C	2	15	70
D	5	24	50
E	1	6	70
F	3	20	75
G	1	8	80
H	5	24	60
I	0	6	80
L	3	10	80
M	1	6	85
N	2	10	55
O	5	26	50
P	6	18	50
Q	1	10	75
R	0	6	80
S	0	2	85
T	3	14	60
U	5	20	55
V	6	24	50

■ Pazienti migliorati   
 ■ Pazienti stabili   
 ■ Pazienti peggiorati

## RISULTATI

Nel grafico 1 è rappresentata la VAS del Gruppo  $\alpha$  nel pre-post trattamento.

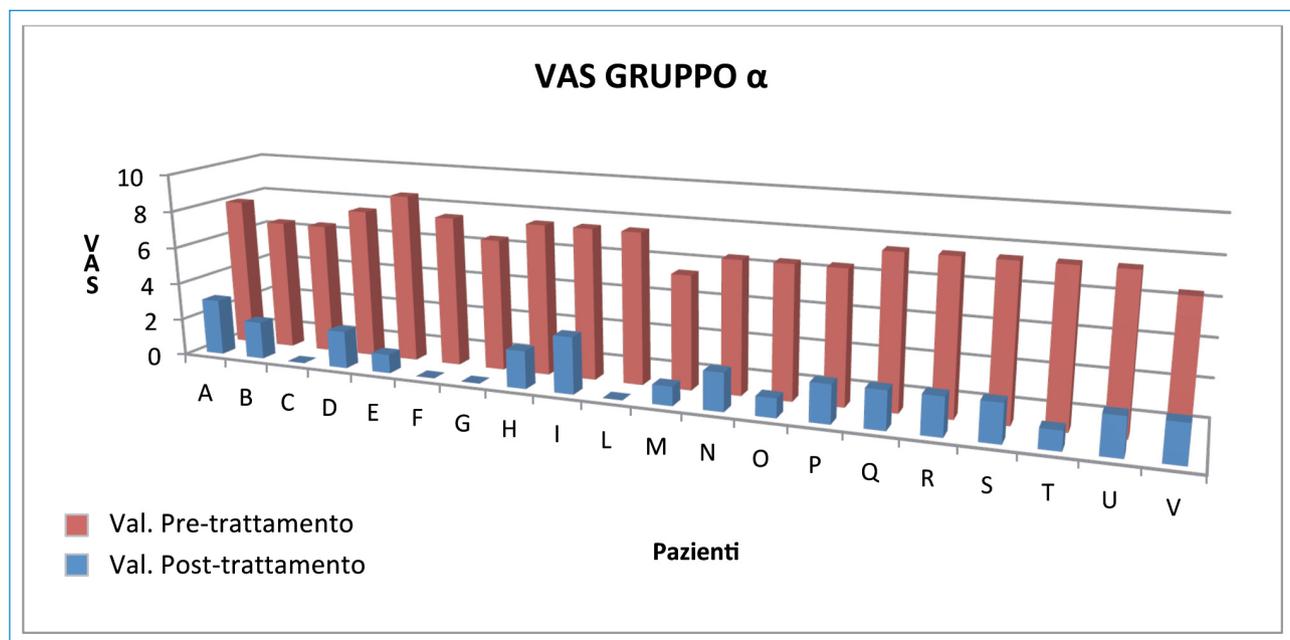


Grafico 1

Nel grafico 2 è rappresentata la VAS del Gruppo  $\beta$  nel pre-post trattamento.

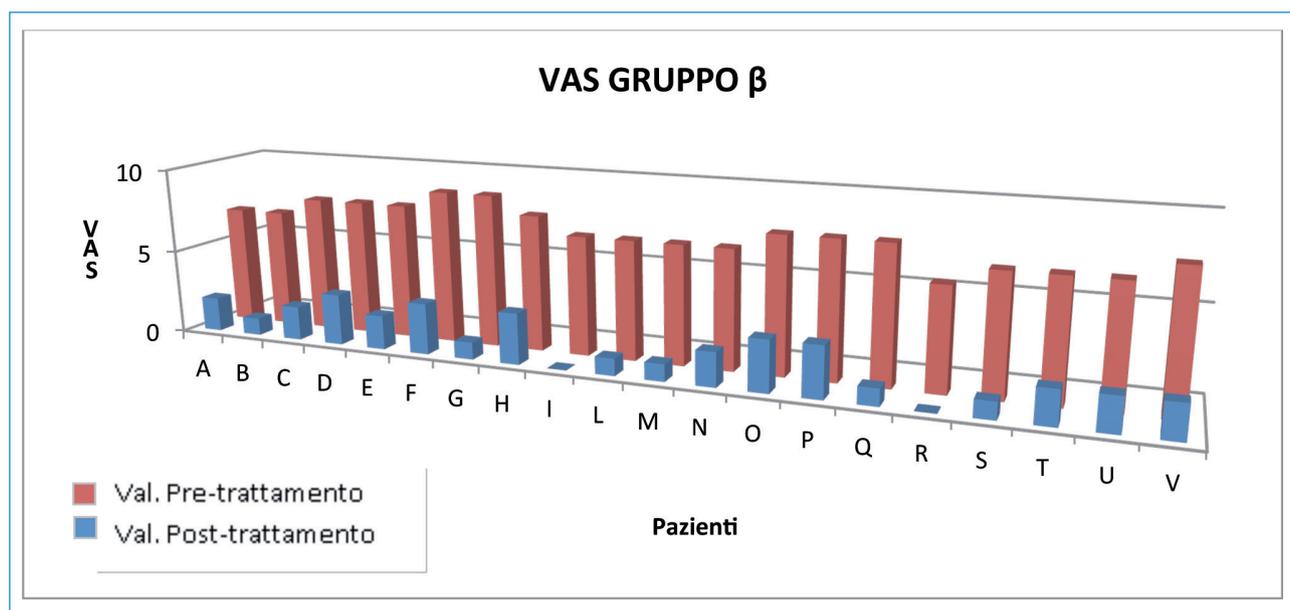


Grafico 2

Nel grafico 3 è rappresentata la Oswestry del Gruppo  $\alpha$  nel pre-post trattamento.

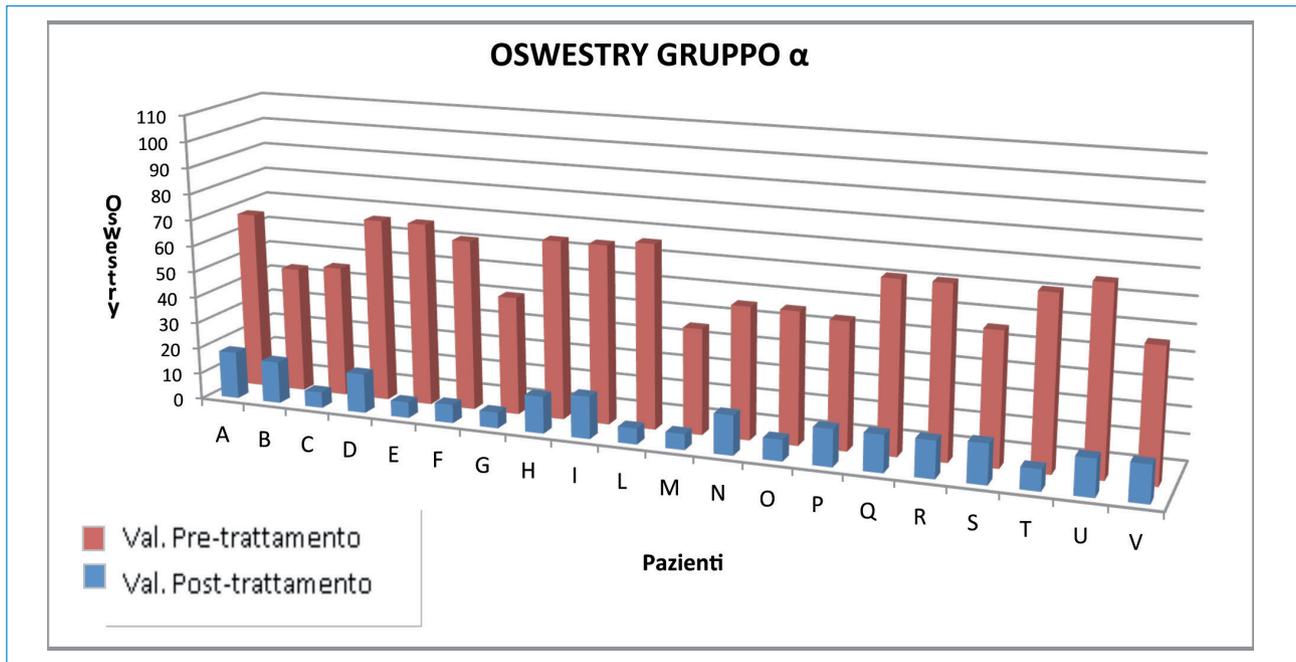


Grafico 3

Nel grafico 4 è rappresentata la Oswestry del Gruppo  $\beta$  nel pre-post trattamento.

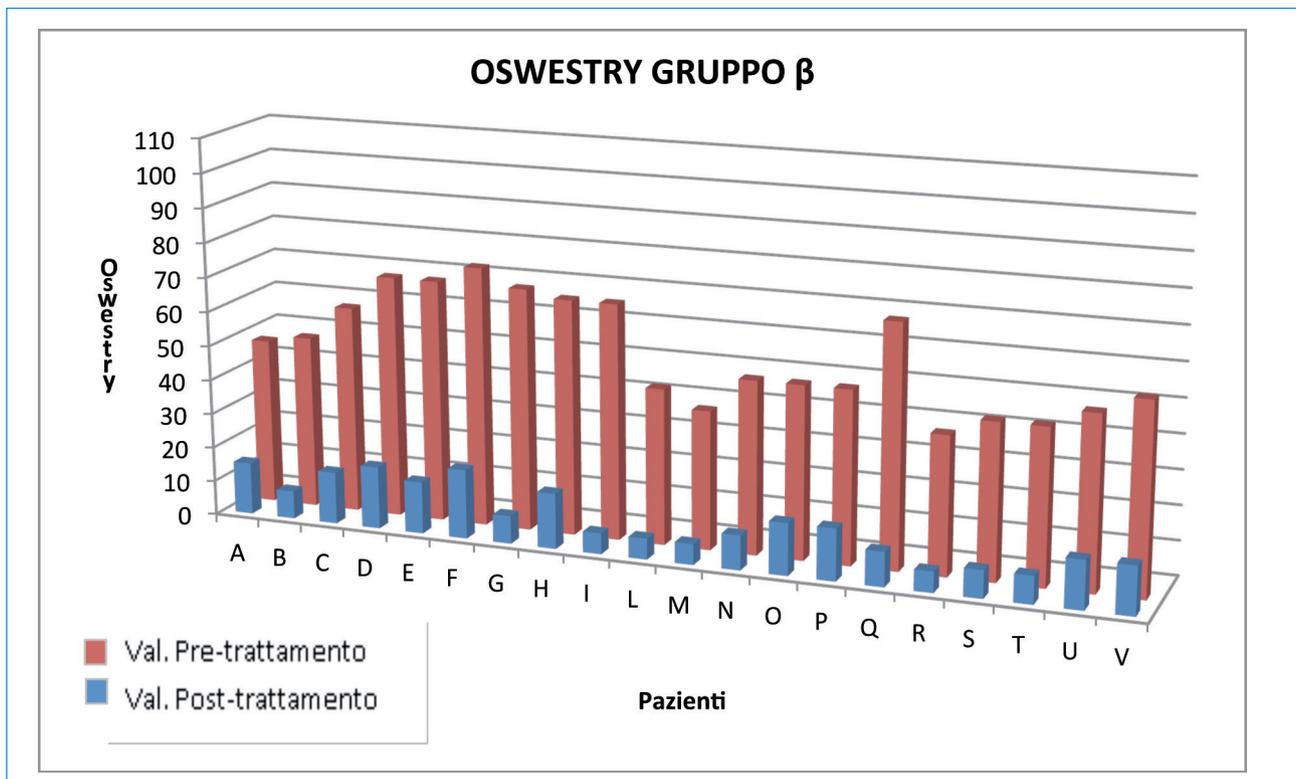


Grafico 4

Nel grafico 5 è rappresentato SF36 del Gruppo  $\alpha$  nel pre-post trattamento.

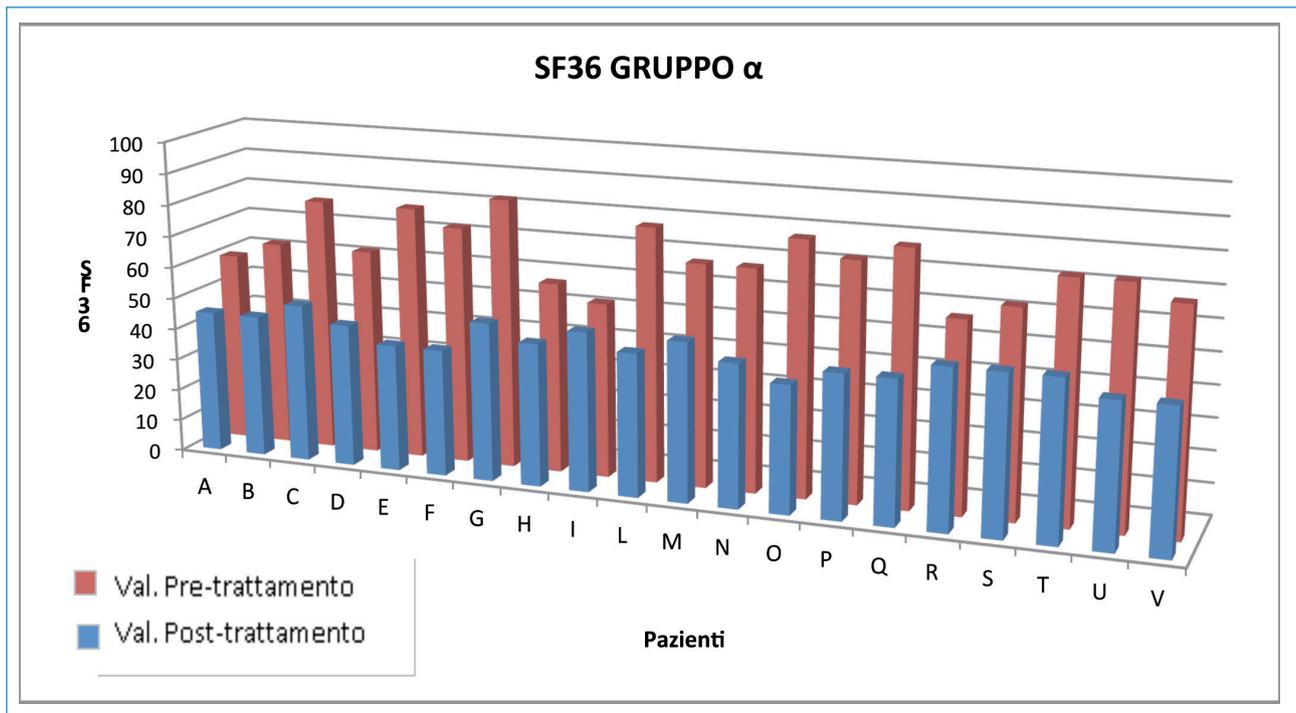


Grafico 5

Nel grafico 6 è rappresentato SF36 del Gruppo  $\beta$  nel pre-post trattamento.

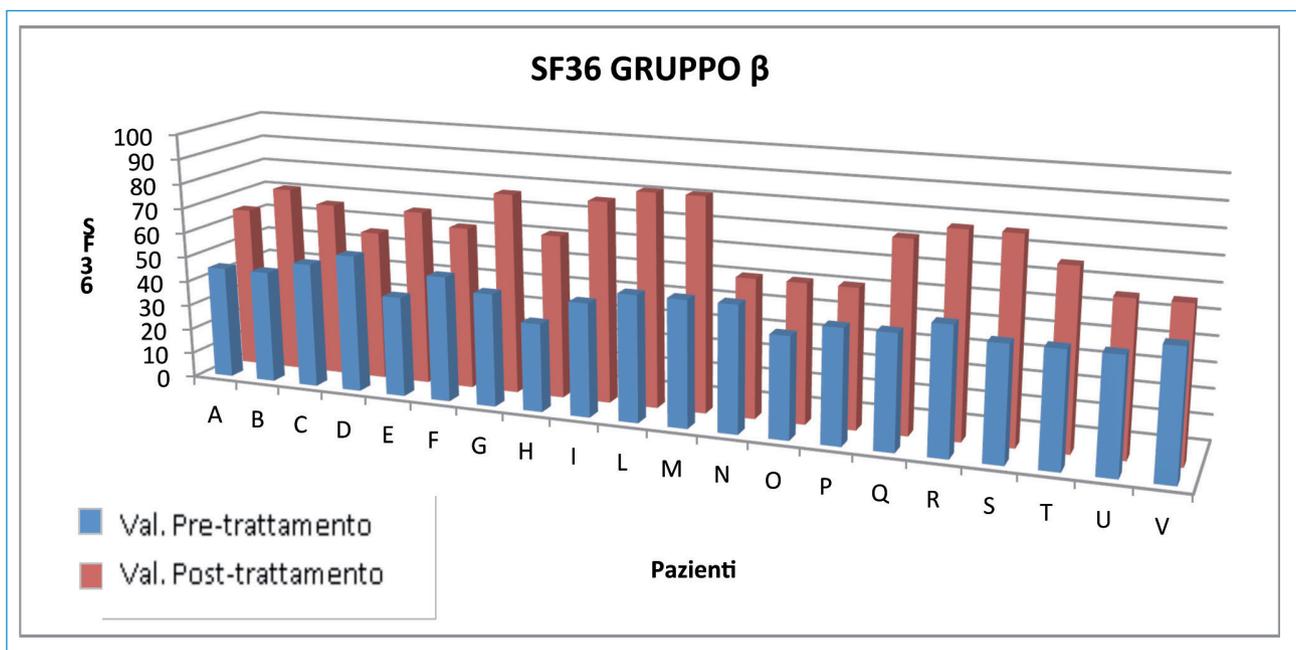


Grafico 6

Nel grafico 7 è rappresentata la differenza tra la VAS del Gruppo  $\alpha$  e del Gruppo  $\beta$  nel follow-up.

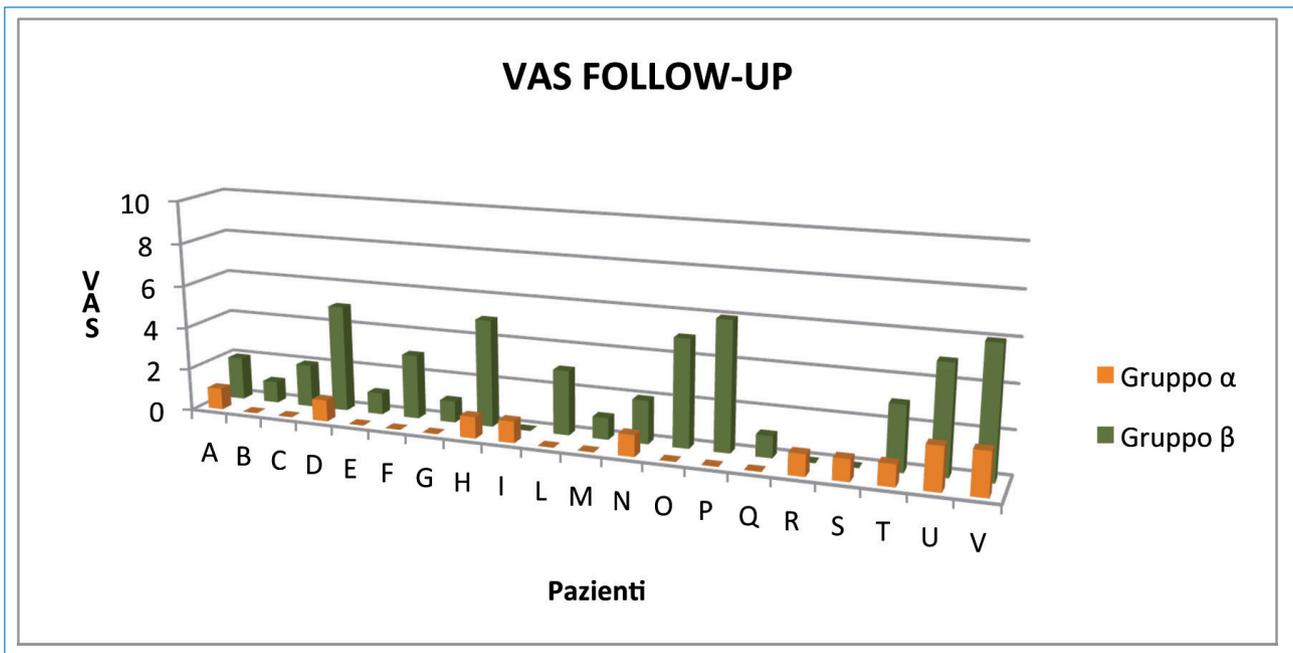


Grafico 7

Nel grafico 8 è rappresentata la differenza tra l'Oswestry del Gruppo  $\alpha$  e del Gruppo  $\beta$  nel follow-up.

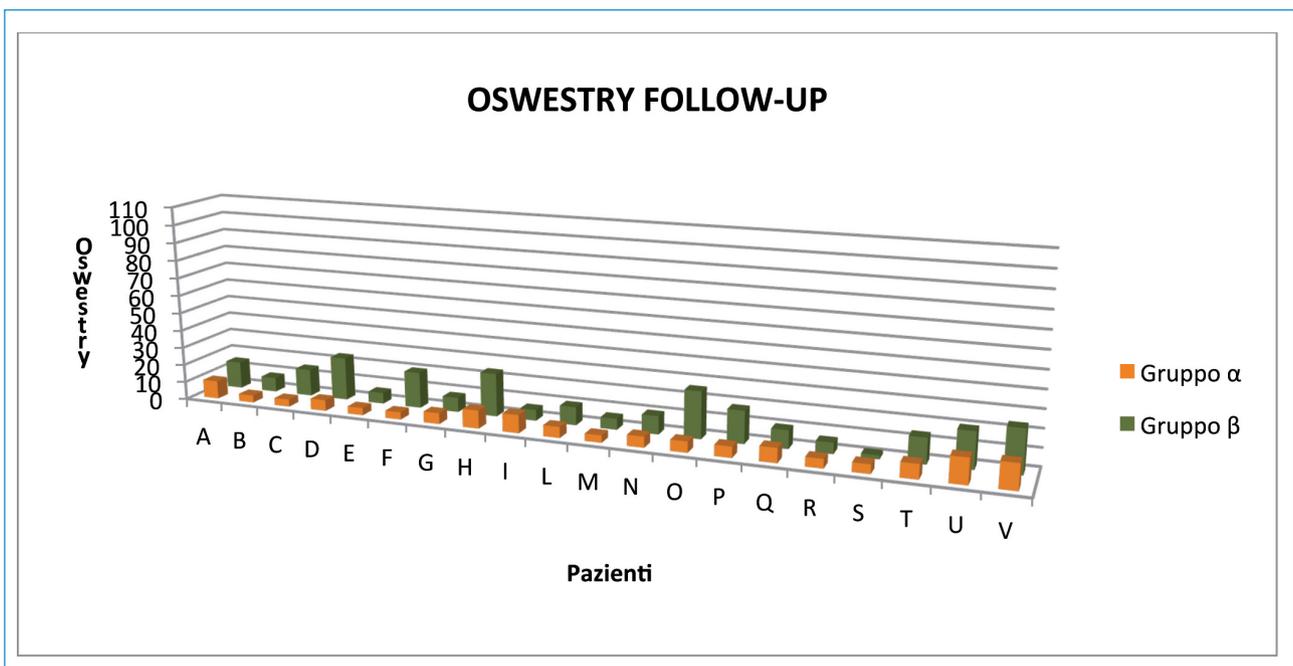


Grafico 8

Nel grafico 9 è rappresentata la differenza tra SF36 del Gruppo  $\alpha$  e del Gruppo  $\beta$  nel follow-up.

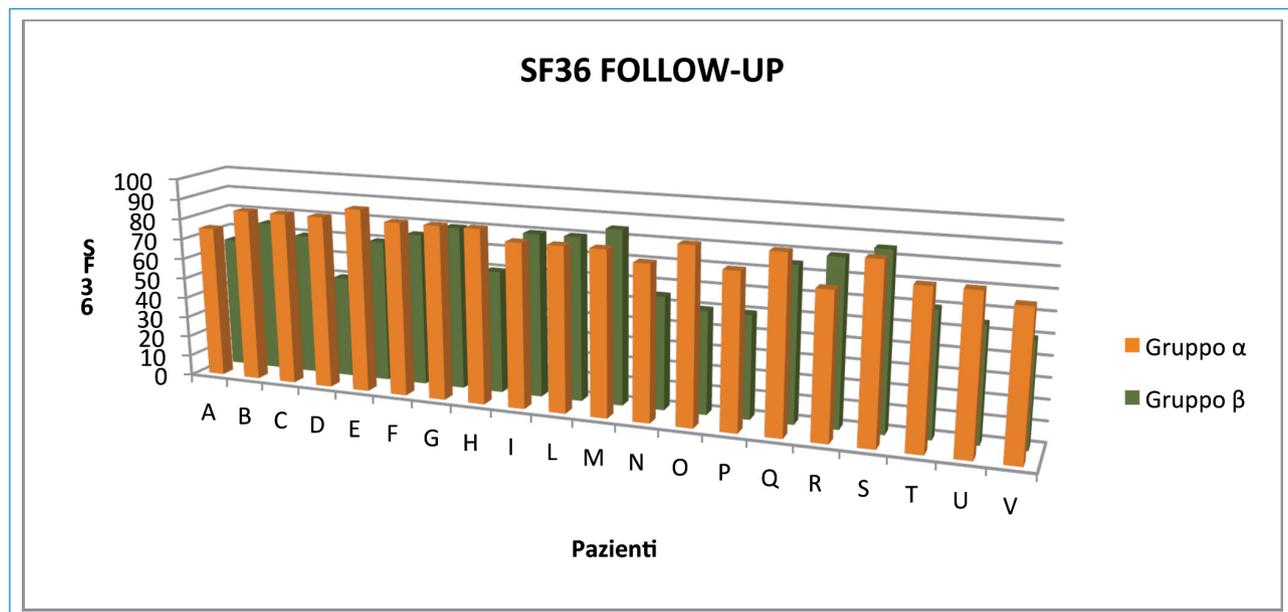


Grafico 9

Nei grafici 10, 11, 12 vengono messe a confronto le medie inerenti al pre-post trattamento del Gruppo  $\alpha$  rispettivamente nella VAS, Oswestry e SF36:

- Vas Pre-tattamento Gruppo  $\alpha$  7.6 con deviazione standard (DS) di  $\pm 0.68$
- Vas Post-trattamento Gruppo  $\alpha$  1.5 con DS di  $\pm 0.94$
- Oswestry Pre-trattamento Gruppo  $\alpha$  58.75 con DS di  $\pm 10.44$
- Oswestry Post-trattamento Gruppo  $\alpha$  11.60 con DS di  $\pm 11.6$
- SF36 Pre-trattamento Gruppo  $\alpha$  46.00 con DS di  $\pm 3.47$
- SF 36 Post-trattamento Gruppo  $\alpha$  71.25 con DS di  $\pm 8.56$

Nei grafici 10, 11, 12 vengono messe a confronto le medie inerenti al pre-post trattamento del Gruppo  $\beta$  rispettivamente nella VAS, Oswestry e SF36:

- Vas Pre-tattamento Gruppo  $\beta$  7.55 con DS di  $\pm 0.75$
- Vas Post-trattamento Gruppo  $\beta$  1.75 con DS di  $\pm 0.96$
- Oswestry Pre-trattamento Gruppo  $\beta$  55.95 con DS di  $\pm 11.62$

- Oswestry Post-trattamento Gruppo  $\beta$  11.65 con DS di  $\pm 4.48$
- SF36 Pre-trattamento Gruppo  $\beta$  46.24 con DS di  $\pm 4.55$
- SF 36 Post-trattamento Gruppo  $\beta$  69.50 con DS di  $\pm 10.11$

Nel grafico 13 vengono messe a confronto le medie inerenti al follow-up rispettivamente della VAS, Oswestry, e l'SF36 del Gruppo  $\alpha$  e  $\beta$ .

Nel grafico 13 della VAS è rappresentato la media dei valori:

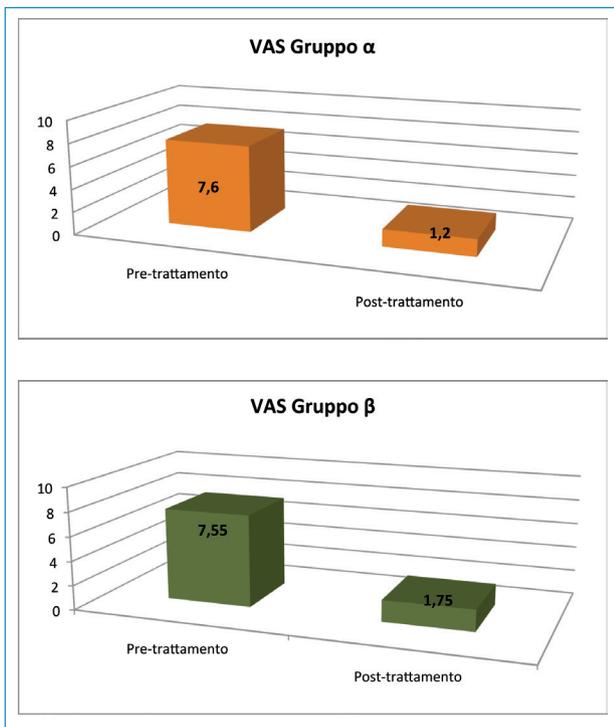
- Vas Follow-up Gruppo  $\alpha$  0.6 con deviazione standard (DS) di  $\pm 0.68$
- Vas Follow-up Gruppo  $\beta$  2.6 con DS di  $\pm 2.06$

Nel grafico 13 dell'Oswestry è rappresentata la media dei valori:

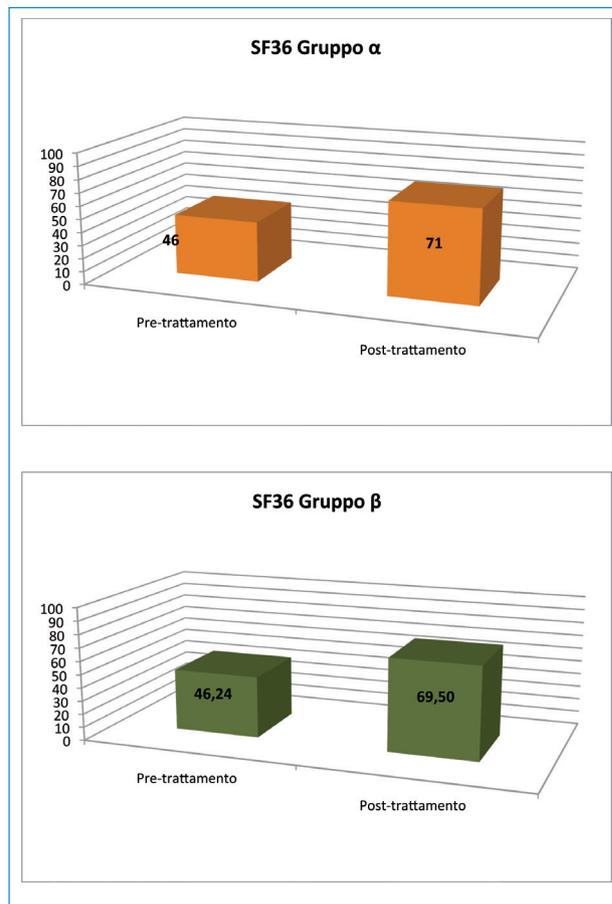
- Oswestry Follow-up Gruppo  $\alpha$  7.1 con DS di  $\pm 3.07$
- Oswestry Follow-up Gruppo  $\beta$  13.6 con DS di  $\pm 7.43$

Nel grafico 13 dell'SF36 è rappresentata la media dei valori:

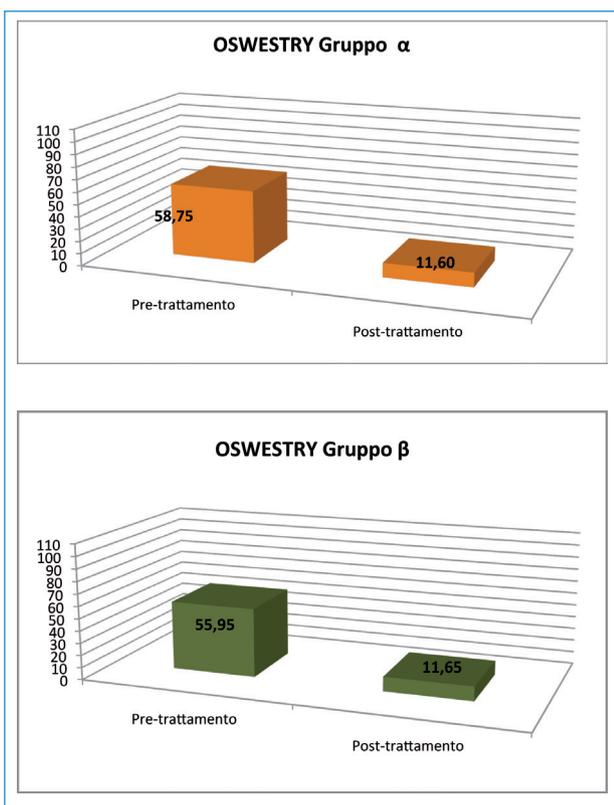
- SF36 Follow-up Gruppo  $\alpha$  80.5 con DS di  $\pm 5.82$
- SF36 Follow-up Gruppo  $\beta$  67.5 con DS di  $\pm 12.72$



**Grafico 10** - Confronto medie VAS Gruppo α e Gruppo β pre-post trattamento.



**Grafico 12** - Confronto medie SF36 Gruppo α e Gruppo β pre-post trattamento.



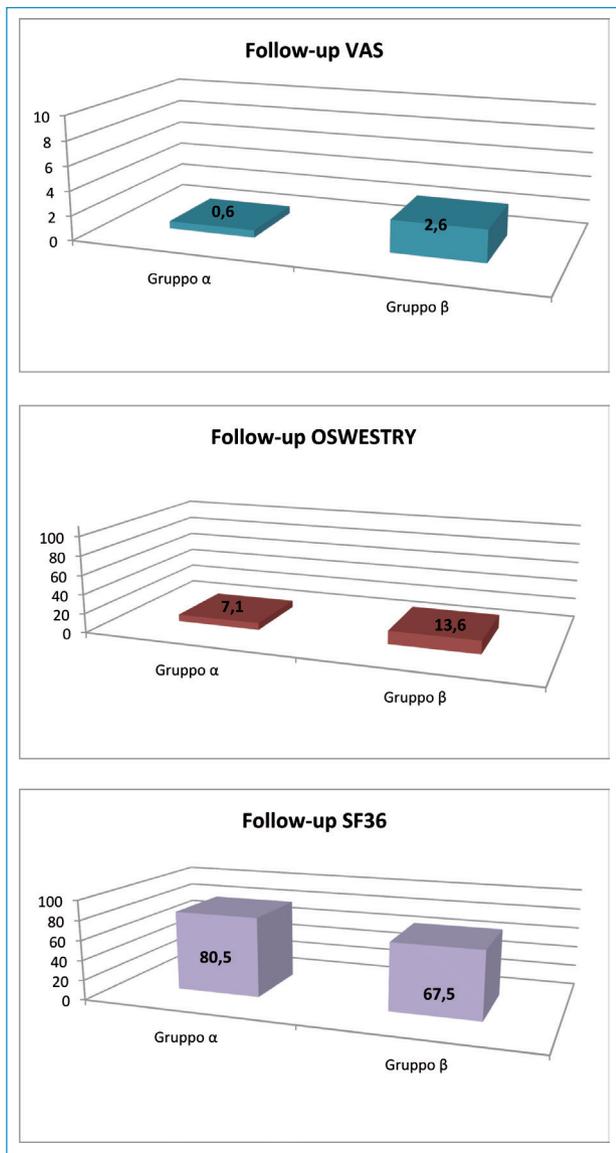
**Grafico 11** - Confronto medie OSWESTRY Gruppo α e Gruppo β pre-post trattamento.

Le seguenti medie sono state confrontate statisticamente tramite il test t-student.

L'indice di significatività è stato posto a  $p < 0.01$ .

## DISCUSSIONE

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di dimostrare come un approccio riabilitativo multidisciplinare permetta una migliore e più globale gestione del dolore cronico lombare rispetto a un trattamento monodisciplinare. Ho cercato di dimostrare che la fisioterapia non può utilizzare un approccio posologico, ma deve porre al centro del percorso riabilitativo il paziente, il quale deve essere un soggetto attivo nell'iter riabilitativo. Attraverso un approccio integrato si agisce sul paziente, ma anche sul contesto in cui vive



**Grafico 13** - Confronto medie VAS-OSWESTRY-SF36 del Gruppo  $\alpha$  e Gruppo  $\beta$  nel follow-up.

(ambiente domestico, luogo di lavoro) eliminando i fattori di rischio. Coinvolgendo il paziente si condividono e si raggiungono insieme gli obiettivi, i quali possono essere modificati anche in corso d'opera in base ai bisogni e le esigenze del paziente. Il fisioterapista deve fornire al paziente gli strumenti per poter gestire e migliorare il dolore cronico lombare. Questo fa sì che si eviti la dipendenza nei confronti del fisioterapista e si mette il paziente in condizione di prendersi cura del proprio stato di salute in autonomia riducendo i costi in termini economici e di tempo mantenendo i risultati nel corso del tempo.

Nelle stesse Linee Guida e negli articoli consultati si parla di programmi multidisciplinari il cui obiettivo primario è sì la riduzione del dolore, ma anche far perdurare questo stato di salute privo di dolore adottando diverse strategie di mantenimento, come ergonomia articolare, autotrattamento del paziente, gestione dei fattori di rischio, permettendo al paziente di ritornare a svolgere le mansioni lavorative, riassumendo un ruolo produttivo all'interno della società, abbattendo i costi sociali legati all'assenteismo dal lavoro<sup>9</sup>.

Nel nostro studio si va a rafforzare la tesi inerente l'importanza di un approccio multidisciplinare rispetto a un approccio monodisciplinare, indipendentemente dell'approccio terapeutico monodisciplinare che si sceglie come termine di paragone. Nel post-trattamento i pazienti appartenenti al Gruppo  $\alpha$  hanno avuto un leggero miglioramento in più rispetto al Gruppo  $\beta$  rispettivamente di:

- 0,25 nella VAS
- 0,5 nell'OSWESTRY
- 1,50 nell'SF36.

È nel follow-up che le differenze sono maggiori, dove si evince un netto miglioramento nel Gruppo  $\alpha$  rispetto al Gruppo  $\beta$ :

- 2 nella VAS
- 6,5 nell'OSWESTRY
- 13 nell'SF36.

Nel follow-up è emerso che alcuni pazienti appartenenti al Gruppo  $\beta$  (8/20) sono peggiorati e hanno riferito di aver avuto episodi di dolore in seguito al ritorno a lavoro o dopo lo svolgimento di mansioni domestiche di moderata intensità. Di questi 8 pazienti, 5 hanno iniziato a seguire una terapia farmacologica con antinfiammatori e 3 hanno ricominciato un ciclo di fisioterapia. La mia tesi non vuole dimostrare la superiorità di una metodica rispetto ad un'altra, ma vuole porre l'attenzione sulla gestione del paziente che deve essere globale e multidisciplinare. Andare oltre al concetto di semplice seduta di fisioterapia, ma fornire al paziente gli strumenti per avere una migliore qualità di vita.

## Limiti dello studio

Un elemento chiave nell'approccio multidisciplinare è educare il paziente e metterlo in condizione di prendersi cura del suo stato di salute attraverso una logica di autotrattamento. Per raggiungere gli obiettivi prefissati nell'approccio multidisciplinare il paziente deve essere innanzitutto motivato nel partecipare attivamente all'iter riabilitativo, è la "motivazione che porta all'azione"<sup>14</sup>. Il paziente deve essere parte integrante del percorso riabilitativo condividendo con il fisioterapista gli obiettivi e i risultati. Un altro limite è l'impossibilità di monitorare il paziente a casa, se esegue o meno gli esercizi e quante volte li svolge. Questo potrebbe ribaltare l'esito emerso dalla mia tesi.

## CONCLUSIONI

Con questo nostro lavoro abbiamo voluto dimostrare come un approccio multidisciplinare ci permette una migliore e globale gestione del paziente al fine di poter raggiungere gli obiettivi prefissati e mantenerli per lungo tempo grazie anche alla partecipazione attiva del paziente.

L'aspetto ergonomico e di educazione del paziente sono dei pilastri importanti nel programma multidisciplinare sia perché si vanno ad analizzare ed eliminare i fattori di rischio, sia perché il paziente è messo in condizione di prendersi cura di se stesso gestendo al meglio le proprie risorse in termini economici e di tempo. Dietro la parola multidisciplinarietà esiste un mondo costituito da diversi approcci riabilitativi, diverse figure professionali e non, diversi strumenti e realtà economi-

co-sociali, l'importante è organizzarle e metterle a disposizione del paziente per assicurargli una migliore qualità di vita.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andersson G.B. *Epidemiological features of chronic low back pain*, Lancet 1999; 354: 581-585.
2. Bartolozzi P., Romanini E., Tucci G. et al. *Mal di schiena. Banca dati comparativa tra LG e analisi critica delle raccomandazioni*, GIOT 2011; 37:113-130.
3. Bentivoglio M., Bertini G., Cracco C. et al. *Anatomia umana e istologia*, II Edizione, Torino, Minerva Medica 2001; 139-144.
4. Borenstein D., *Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain*, Spine 2000; 11: 225-235.
5. Capaldo G., *Lombalgia come problema sociale*, Scienza Riabilitativa 2005; 7.2: 5-20 .
6. Cavuoto F., Mangiarotti M.A., *La Riabilitazione in Acqua secondo il metodo A.S.P.*, I Edizione, Roma: Anik , 2010; I: 7-375
7. Donelson R., *Evidence-based low back pain classification*, Eur Med Phys 2004; 40: 37-44.
8. Dufour M., Péninou H., Neiger H., et al., *Cinesiterapia*, I edizione, Torino, Utet 1993; 15-18.
9. Ferrari S., Pillastrini P., Vanti C., *Riabilitazione integrata delle lombalgie*, II Edizione, Masson, Milano 2002; 3-90.
10. Inoue N., Espinoza A., *Biomechanics of intervertebral disc degeneration*, Orthop Clin North Am 2011; 42. 487-489.
11. Kamper S.J., Apeldoorn A.T., Chiarotto A., et al., *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain*, BMJ 2015; 18: 350-440.
12. La Rocca H., MacNab I., *Value of pre-employment radiographic assessment of the lumbar spine*, Canad.Med.Assoc J 1969; 101: 383.
13. Middelkoop M., *A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain*, Eur Spine J, 2011 Jan; 20(1): 19-39.
14. Mangiarotti M.A., *Subacquea e disabilità il significato dell'andare oltre*, Tesi di laurea in Terapia Occupazionale Tesista Marcucci Emanuela, Università Cattolica di Roma, 2008.

### CORRISPONDENZA:

Marco Antonio Mangiarotti  
Studio: via degli Aldobrandini 6  
00121 Roma (Lido di Ostia)  
email: marco.mangiarotti@anik.it - marco.mangiarotti@gmail.com

Emanuela Marcucci  
Studio Fisiomega: via degli Aldobrandini 6  
00121 Roma (Lido di Ostia)  
Tel.: +39 3292460763  
email: marcucciemanuela@libero.it