

## Autogestione assistita del mal di schiena: il punto di vista del Medico

Il mal di schiena è la condizione di dolore cronico più diffuso e, quindi, più importante in tutto il mondo, con implicazioni cliniche, sociali, economiche e di salute pubblica [1]. Il mal di schiena tende a ripresentarsi o a diventare cronico (CBP) (Chronic Back Pain, ndt). I fattori di rischio per la cronicizzazione sono ben documentati [2]. La presente scheda informativa si concentra solo sui pazienti con CBP cronico ben localizzabile (localmente, e nella sua irradiazione regionale) di origine aspecifica. Il CBP può tanto verificarsi in concomitanza di cervicaglia anch'essa di origine non specifica, o nell'ambito di una condizione di dolore cronico generalizzato. Indipendentemente dalla presentazione clinica, il trattamento dovrebbe concentrarsi sul potenziamento della capacità del paziente di potersi autogestire.

Nello specifico, ad esempio, della lombalgia cronica, è necessario – fra le altre cose - valutare quanto segue: intensità del dolore percepito, quantificazione dei giorni con compromissione della possibilità di svolgere le normali attività quotidiane e del tempo libero, e nella capacità di svolgere la propria attività lavorativa [2]. Migliorare il proprio stato di attività - fisica, mentale e di socializzazione - anche quando si ha dolore, dovrebbe essere uno degli obiettivi più importanti di qualsiasi terapia del mal di schiena cronico affinché l'individuo possa sviluppare strategie per poter farvi fronte e quindi ridurre il peso della sofferenza nel proprio vivere quotidiano.

Quindi, di conseguenza, appare chiaro che qualsiasi terapia prescritta dal Medico dovrebbe concentrarsi sul consentire a coloro che convivono con il CBP di autogestire la propria condizione di dolore. Ciò è descritto nelle linee guida più accurate sulla lombalgia, che raccomandano fortemente di concentrarsi sull'autogestione del paziente [3-8].

Rendere ciò possibile richiede una efficace e ben delineata “alleanza terapeutica” fra persona con dolore e personale sanitario multidisciplinare (inclusi, fra gli altri, Medici di Medicina Generale, Fisioterapisti, Terapisti occupazionali, Psicoterapeuti, ecc). Tale “alleanza terapeutica” viene resa possibile dalla padronanza di capacità comunicative ed appropriatezza di linguaggio da parte degli operatori sanitari - inclusa la capacità di saper ascoltare - la verifica in itinere dello stato di dolore della persona assistita, la pianificazione di un processo decisionale condiviso che, e con paziente dialogo che, in ultima analisi, possa evitare “iper-medicazione”.

Tale alleanza terapeutica si presume potrà avere un effetto positivo tramite un corretto approccio pedagogico ed informativo [9, 10] come ad esempio:

- essere informati che il mal di schiena cronico non mette a rischio la vita
- conoscere l'efficacia e i vantaggi di un'attività fisica regolare e i rischi di un eccesso di farmaci [11, 12]

- I pazienti possono scegliere qualsiasi attività fisica in base alle proprie preferenze individuali [13-16]. È importante trovare tipologie di movimento/esercizio che si faccia con piacere, perché contribuirà a garantire che le persone continuino in tale attività; potrebbe trattarsi di andare in bicicletta, camminare, correre, andare in palestra, fare giardinaggio, ballare, ed in generale qualsiasi altra attività che faccia muovere regolarmente. Oltre alla modulazione del dolore e agli effetti fisici, il movimento può anche fornire effetti psicologici positivi.

- Conoscere strategie di rilassamento fisico e mentale. Esse possono aiutare a regolare il sistema nervoso neurovegetativo. Le tecniche di rilassamento efficaci includono la respirazione profonda e controllata, la consapevolezza e la meditazione.
- Essere informato su attività importanti come leggere, coltivare il proprio hobby, volontariato o qualsiasi attività che abbia significato e scopo per la persona che vive con il dolore.
- Essere consapevoli dell'impatto sulle relazioni sociali con amici o familiari.
- Sapere che farmaci antiinfiammatori (come i FANS, inclusi i Cox-2 inibitori) dovrebbero essere usati solo per riprendere l'attività fisica e il rilassamento, e dovrebbero essere assunti in terapia solo per pochi giorni.
- Sapere che ci si deve rivolgere al proprio medico nel caso sopravvengano:
  - lesioni acute al dorso
  - nuovi deficit neurologici nelle gambe e/o a vescica o colon retto
  - febbre
  - alterazioni pressorie.

Quando chi convive con il mal di schiena diventa in grado di attuare tecniche e strategie condivise di autogestione, è verosimile sviluppi maggiori capacità di resilienza ed autosufficienza, cosa che può portare ad un sostanziale miglioramento della qualità di vita. Maggiori attitudini di resilienza possono sicuramente aiutare la persona con dolore a far fronte a nuovi eventi che comportino una sua esacerbazione.

Quando l'autogestione (assistita/condivisa) ha successo, la persona con dolore riesce con maggior soddisfazione a gestire la propria quotidianità, la propria capacità di non andare in panico (di auto-rassicurarsi), e di sapersi godere benefiche distrazioni. Tutto ciò anche grazie a:

- sapere che il mal di schiena può variare in base al tempo e all'attività, senza che ciò implichi danni e gestirà gli episodi che creano maggiore disabilità,
- trovare il tempo per l'attività fisica e il relax,
- sapere come aumentare l'auto-motivazione per essere in grado di svolgere continuamente attività fisica e rilassamento.

## Bibliografia

- [1] Manchikanti L, Kaye AD, Hirsch JA. Proposed Medicare Physician Payment Schedule for 2017: Impact on Interventional Pain Management Practices. *Pain Physician*. 2016 Sep-Oct;19(7):E935-55.
- [2] Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50(2):133-49.
- [3] (AWMF) AdWMF. Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz 2017 [Available from: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-007L\\_S3\\_Kreuzschmerz\\_2017-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007L_S3_Kreuzschmerz_2017-03.pdf)].
- [4] O'Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SPJBp, rheumatology rC. Clinical guidelines for low back pain: a critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. 2016;30(6):968-80.
- [5] Bekkering GE, Van Tulder MW, Hendriks EJ, Koopmanschap MA, Knol DL, Bouter LM, et al. Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy. 2005;85(6):544-55.
- [6] Wong J, Côté P, Sutton D, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. 2017;21(2):201-16.
- [7] Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MAJ Aoim. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. 2017;166(7):514-30.
- [8] Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward SJB. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. 2017;356.
- [9] Barbari V, Storari L, Ciuro A, Testa MJPe, counseling. Effectiveness of communicative and educative strategies in chronic low back pain patients: a systematic review. 2020;103(5):908-29.
- [10] Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Chen X, Jin S, et al. Self-management program for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. 2017;100(1):37-49.
- [11] Hayden JA, Van Tulder MW, Tomlinson GJ Aoim. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. 2005;142(9):776-85.
- [12] Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MWJBp, et al. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. 2010;24(2):193-204.
- [13] Wewege MA, Booth J, Parmenter BJ Job, rehabilitation m. Aerobic vs. resistance exercise for chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. 2018;31(5):889-99.
- [14] Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LO, Costa LCM, Ostelo RW, et al. Motor control exercise for nonspecific low back pain: a cochrane review. 2016;41(16):1284-95.
- [15] Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RW, Cabral CM, et al. Pilates for low back pain: complete republication of a cochrane review. 2016;41(12):1013-21.
- [16] Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical rehabilitation*. 2015;29(12):1155-67.

## Autori

### Marcus Schiltewolf, MD

Conservative Orthopaedics and Pain Management, Clinic for Orthopaedics and Traumatology  
University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Germany  
[marcus.schiltewolf@med.uni-heidelberg.de](mailto:marcus.schiltewolf@med.uni-heidelberg.de)

### Ann-Christin Pfeifer, PhD

Conservative Orthopaedics and Pain Management, Clinic for Orthopaedics and Traumatology  
University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Germany

## Revisori

### Johannes Flechtenmacher, Dr. med.

Ortho-Zentrum, Karlsruhe, Germany

### Björn Gerdle

Professor Emeritus Linköping University, Sweden

## Traduzione a cura di

Dr. Lorenza Saini - Associazione Italiana per lo Studio sul Dolore (AISD)

Dr. Fabrizio La Mura - Anestesista Rianimatore, Asl BAT – Referente regionale AISD Puglia