

L'impatto mondiale della lombalgia

1. La lombalgia è un problema frequente a livello mondiale

Lo studio Global Burden of Disease ha definito la lombalgia (LBP, low back pain) come "dolore nell'area sul lato posteriore del corpo dal margine inferiore della dodicesima costola alle pieghe dei glutei inferiori, con o senza dolore riferito a uno o entrambi gli arti inferiori che dura almeno un giorno" [1]. La lombalgia è un problema mondiale diffuso. Nel 2017 la prevalenza della lombalgia è stata stimata intorno al 7,5% della popolazione mondiale, in circa 577 milioni di persone [2].

La LBP è indicata come principale causa di anni vissuti con disabilità (YLD) dal 1990 [2] ed è un rilevante motivo di preoccupazione per la salute pubblica a livello mondiale.

2. La lombalgia di solito non è associata a una specifica e identificabile causa anatomopatologica

L'85-95% delle persone che si rivolgono ai medici di famiglia non presentano una causa anatomopatologica specifica, identificabile, che spieghi il loro dolore [3]. Si stima che la percentuale di persone che si rivolgono alle cure primarie per un motivo specifico e identificabile di LBP vari fra lo 0,7 al 4,5% in caso di fratture vertebrali di origine osteoporotica, che si assesti intorno al 5% in spondilo-artropatie infiammatorie [4], ed in minor percentuale (circa 0,7%) per tumori maligni ed infezioni (0,01%) [3].

3. La lombalgia è la principale causa di disabilità mondiale

Il peso della disabilità associato al LBP è aumentato dal 1990. Tra il 1990 e il 2019 la disabilità associata a LBP è aumentata in tutti i gruppi di età e nel 2019 è stata maggiore nella fascia di età 50-54. Circa il 70% degli anni persi per disabilità riguardava persone in età lavorativa (20-65 anni) [5].

4. Il numero di persone con lombalgia cresce con l'aumentare della popolazione mondiale e con l'invecchiamento

Dal 1990 al 2017 è aumentato sia il numero di persone che vivono con LBP che la prevalenza di LBP in tutti i gruppi di età. Sebbene la prevalenza di LBP aumenti con l'aumentare dell'età fino a 80-89 anni, il maggior numero di persone con LBP, a livello mondiale, è attualmente nella fascia di età 50-54 [5]. È probabile che l'aumento complessivo dell'impatto della lombalgia sia determinato dall'invecchiamento e dall'aumento della popolazione, potrebbero tuttavia esserci altri fattori che vi contribuiscono [2].

5. La lombalgia non sempre si traduce in disabilità

Si stima che poco meno di una persona su tre che convive con LBP cronico abbia una sostanziale restri-

zione nella partecipazione al lavoro, nelle attività sociali e di cura personale per 6 mesi o più (LBP ad alto impatto) [6, 7, 8]. Sebbene meno del 28% delle persone con LBP presenti una grave disabilità, questo valore rappresenta il 77% di tutte le disabilità causate dalla lombalgia [9].

6. Un inquadramento biopsicosociale migliora la comprensione e la gestione del LBP

Nonostante sia provato che fattori biologici, psicologici e sociali influenzino il LBP e la disabilità associata, l'impatto globale del mal di schiena è in aumento. Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare se l'approccio biopsicosociale, la sua applicazione o entrambi richiedono un cambiamento [10]. La gestione del mal di schiena implica la considerazione di modalità di trattamento chirurgico, interventistico, farmacologico, fisico, psicologico, educativo e di autogestione assistita. Il trattamento della lombalgia dovrebbe comportare l'integrazione delle migliori evidenze disponibili, di competenze cliniche, valori e aspettative dei pazienti e risorse della comunità.

7. I costi della lombalgia sono associati all'utilizzo di servizi sanitari e perdita di produttività lavorativa

Studi condotti nei Paesi europei indicano che i costi totali associati alla lombalgia variano tra lo 0,1 e il 2% del prodotto interno lordo [11, 12]. I costi associati alla lombalgia nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) sono in gran parte sconosciuti. È probabile che i costi associati alla perdita di produttività siano sostanziali [13], dato che la prevalenza complessiva della lombalgia cronica negli LMIC è stimata intorno al 52% nei lavoratori [14, 15]. Oltre l'80% dei costi totali attribuibili alla LBP sono dovuti a costi indiretti, come perdita di produttività e indennità di invalidità nei Paesi che hanno sistemi di assistenza sociale funzionanti [16, 17]. La mancata aderenza alle linee guida per il trattamento del LBP è probabilmente associata a un aumento dei costi sanitari diretti. Diagnostica per immagini precoce, fino ad interventi chirurgici per LBP, evitando le seppur faticose terapie conservative, rappresentano una quantità sproporzionata dei costi totali associati con LBP [18].

8. Fattori associati a lombalgia ad alto impatto

Ci sono molti fattori associati a LBP e a disabilità, inclusi fattori biologici, psicologici, sociali e sociali. Questi fattori sembrano essere importanti nelle società a basso e alto reddito [19].

I fattori che vengono costantemente segnalati come associati alla disabilità e agli alti costi sociali del LBP cronico includono età avanzata, cattiva salute generale, aumento dello stress psicologico o psicosociale, peggiore disabilità funzionale di base, sciatalgia e presenza / assenza di qualche tipo di compensazione economica (da ridotta o assente capacità lavorativa, ndt) [20]. I determinanti sociali della salute, con effetti da moderati a notevoli su livelli di disabilità da LBP includono "deprivazione socioeconomica", basso red-

dito, disoccupazione e fattori occupazionali (lavori che implicano sollevare pesi, lavori straordinari e mancanza di personale di supporto) [21].

9. Educazione e lombalgia

Le strategie di salute pubblica possono essere importanti per colmare il divario tra i risultati della ricerca e le percezioni e le aspettative delle persone riguardo alla natura e alla gestione del mal di schiena [22] e possono essere applicate con successo ai bambini della scuola primaria e ai loro genitori [23, 24].

Le campagne dei mass media hanno indotto modesti cambiamenti nelle convinzioni sociali, sia a breve che a lungo termine, riguardo al LBP [25], ma possono avere un impatto limitato sull'utilizzo dell'assistenza sanitaria o sui risultati della disabilità [26]. L'impatto delle campagne può dipendere da fattori culturali e contestuali, nonché dall'esposizione continua [27]. Le campagne dovrebbero essere elaborate in collaborazione con persone che vivono con LBP [22].

10. Modelli di cura e lombalgia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'assistenza di alta qualità come "assistenza sicura, efficace, incentrata sulla persona, tempestiva, efficiente, equa e integrata". L'obiettivo è massimizzare i risultati di salute, prevenire la disabilità e ridurre i costi [28]. La Global Spinal Care Initiative ha sviluppato un modello di cura, basato sui principi dell'OMS, che mira a trasformare la cura della colonna vertebrale a livello mondiale, in particolare nei Paesi a basso-medio reddito (LMIC) [29].

Sono state proposte strategie specifiche per il LBP per raggiungere questi obiettivi, comprese le linee guida per una cura graduale, che indirizzi l'intensificarsi dei trattamenti se i trattamenti iniziali falliscono, e le linee guida per una cura stratificata che guidi l'intensificarsi delle terapie iniziali in base ai risultati previsti. Entrambi i modelli possono migliorare i risultati in termini di salute e costi, in particolare nelle cure primarie, ma il loro successo può dipendere da differenze interculturali nell'attuazione e nell'aderenza e dalla loro capacità di adattarsi a persone con percorsi di disabilità da LBP diversi [30, 31, 32, 33].

È stato tuttavia suggerito di utilizzare un approccio più globale per gestire il peso del LBP, in particolare nelle nazioni a basso-medio reddito, integrando la gestione delle condizioni croniche all'interno di processi per migliorare l'assistenza sanitaria generale, piuttosto che duplicare gli sforzi e sprecare risorse limitate sviluppando approcci basati su condizioni individuali [35, 36].

11. Determinanti sociali della salute, collaborazione intersettoriale e lombalgia

La lombalgia rappresenta una problematica subdola ed insidiosa, nel senso di socialmente complessa, multi-causale e con molte interdipendenze, restando senza una soluzione chiara e al di fuori delle competenze di qualsiasi organizzazione o dipartimento governativo [37]. Comprendere e affrontare le interazioni tra dolore cronico e determinanti sociali della salute implica il considerare ambiti al di fuori del settore sa-

nitario, come istruzione, occupazione, servizi per i giovani e gli anziani, affari locali, ambiente e finanza. L'approccio dell'OMS "Health in All Policies" può facilitare l'impegno intersettoriale e la cooperazione nello sviluppo di politiche volte ad affrontare il peso globale del LBP [38].

Deve ancora essere chiarito se il LBP possa essere affrontato al meglio con specifiche politiche di salute pubblica, all'interno di strategie nazionali sul dolore, o con una combinazione di entrambi.

Bibliografia

- [1] Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C, Burstein R, Buchbinder R. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014 ;73: 968–974
- [2] Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, Blyth FM, Smith E, Buchbinder R, Hoy D. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Trans Med* 2020; 8(6): 299-313.
- [3] Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, Beneciuk JM, Leech RL, Selve J. International framework for red flags for potential serious spinal pathologies. *J Orth Sports Phys Ther* 2020; 50(7): 350-372.
- [4] Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. *Br J Rheum* 1995; 34: 1074-1077
- [5] Global Health Group Data Exchange <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> accessed Nov 15, 2020).
- [6] Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. *J Pain* 2019; 20(2): 146–160.
- [7] Walker BF, Muller R, Grant WD. Low back pain in Australian adults. Prevalence and associated disability. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2004; 27(4): 238-244.
- [8] Dunn KM, Campbell P, Jordan KP. Long-term trajectories of back pain: cohort study with 7-year follow-up. *BMJOpen* 2013; 3: e003838.
- [9] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Glenn Pransky, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2015; 386: 2145-2191.
- [10] Pincus T, Kent P, Bronfort G, Loisel P, Pransky G, Hartvigsen J. Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain-is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 Nov 15;38(24):2118-23.
- [11] Olafsson G, Emma Jonsson E, Fritzell P, Hägg O, Borgström F. Cost of low back pain: results from a national register study in Sweden. *European Spine Journal* 2018; 27:2875–2881
- [12] Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. *European Journal of Pain* 13 (2009) 280–286.
- [13] Carregaro RL, Tottoli CR, Rodrigues DdS, Bosmans JE, da Silva EN, van Tulder M (2020) Low back pain should be considered a health and research priority in Brazil: Lost productivity and healthcare costs between 2012 to 2016. *PLoS ONE* 15(4): e0230902. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230902>
- [14] Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low- and middle-income countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods. *Anesthesia & Analgesia* 2016; 123(3): 739-748
- [15] Mullerpatan R, Nahar S, Singh Y, Cote P, Nordin M. Burden of spine pain among rural and tribal populations in Raigad District of Maharashtra State of India. *Eur Spine J* 2020 Sep 10. doi: 10.1007/s00586-020-06585-3. Online ahead of print.
- [16] Tymecka-Woszczerowicz A, Wrona W, Kowalski PM, Hermanowski T. Indirect costs of back pain – Review. *Polish Annals of Medicine* 2015; 22: 143–148.
- [17] Dutmer AL, Schiphorst Preuper HR, Soer R, Brouwer S, Ute Bultmann U, Dijkstra PU, Coppes MH, Stegeman P, Buskens E, van Asselt ADI, Wolff AP, Renemanet MF. Personal and societal impact of low back pain. *Spine* 2019; 44(24): E1443–E1451.
- [18] Kim LH, Vail D, Azad TD, Bentley JP, Zhang Y, Ho AL, Fatemi P, Feng A, Varshneya K, Desai M, Veeravagu A, Ratliff JK. Expenditures and health care utilization among adults with newly diagnosed low back and lower extremity pain. *JAMA Network Open*. 2019; 2(5): e193676.
- [19] Igwesi-Chidobe CN, Coker B, Onwasigwe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Biopsychosocial factors associated with chronic low back pain disability in rural Nigeria: a population-based cross-sectional study. *BMJ Glob Health* 2017; 2: e000284.
- [20] Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results – guidance for future prognosis reviews. *Journal of Clinical Epidemiology* 2009; 62: 781-796.
- [21] Karran EL, Grant AR Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis *PAIN* 2020; 161: 2476–2493
- [22] Setchell J, Costa N, Ferreira M, Hodges PW. What decreases low back pain? A qualitative study of patient perspectives. *Scand J Pain* 2019; 19(3): 597–603.
- [23] Nsangi A, Semakula D, Oxman AD, Austvoll-Dahlgren A, Oxman M, Rosenbaum S, Morelli A, Glenton C, Lewin S, Kaseje M, Chalmers I, Fretheim A, Ding Y, Sewankambo NK. Effects of the Informed Health Choices primary school intervention on the ability of children in Uganda to assess the reliability of claims about treatment effects: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 390: 374–388.
- [24] Semakula D, Nsangi A, Oxman AD, Oxman M, Austvoll-Dahlgren A, Rosenbaum S, Morelli A, Glenton C, Lewin S, Kaseje M, Chalmers I, Fretheim A, Kristoffersen DT, Sewankambo NK. Effects of the Informed Health Choices podcast on the ability of parents of primary school children in Uganda to assess claims about treatment effects: a randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 390: 389–398.
- [25] Buchbinder R, Gross DP, Werner EL, Hayden JA. Understanding the characteristics of effective mass media campaigns for back pain and methodological challenges in evaluating their effects. *Spine* 2008; 33(1): 74–80.

- [26] Gross DP, Russell AS, Ferrari R, Battie MC, Schopflocher D, Hu R, Waddell G, Buchbinder R. Evaluation of a Canadian back pain mass media campaign. *Spine* 2010; 35(8): 906–913.
- [27] Suman A, Bostick GP, Schopflocher D, Russell AS, Ferrari R, Battie MC, Hu R, Buchbinder R, Gross DP. Long-term evaluation of a Canadian back pain mass media campaign. *Eur Spine J* 2017; 26: 2467–2474.
- [28] World Health Organization (WHO). WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026: placing people and communities at the centre of health services. WHO, Geneva, 2015.
- [29] Johnson CD, Haldeman S, Chou R, Nordin M, Green BN, Côté P, Hurwitz EL, Kopansky-Giles D, Acaroğlu E, Cedraschi C, Ameis A, Randhawa K, Aartun E, Adjei-Kwayisi A, Ayhan S, Aziz A, Bas T, Blyth F, Borenstein D, Brady O'D, Brooks P, Camilleri C, Castellote JM, Clay MB, Davatchi F, Dudler J, Dunn R, Eberspaecher S, Emmerich J, Farcy JP, Fisher-Jeffes N, Goertz C, Greivitt M, Griffith EA, Hajjaj-Hassouni N, Hartvigsen J, Hondras M, Kane EJ, Laplante J, Lemeunier N, Mayer J, Mior S, Mmopelwa T, Modic M, Moss J, Mullerpatan R, Muteti E, Mwaniki L, Ngandeu-Singwe M, Outerbridge G, Rajasekaran S, Shearer H, Smuck M, Sönmez E, Tavares P, Taylor-Vaisey A, Torres C, Torres P, van der Horst A, Verville L, Vialle E, Vijay Kumar G, Vlok A, Watters W, Wong CC, Wong JJ, Yu H, Yuksel S. The Global Spine Care Initiative: model of care and implementation. *European Spine Journal* (2018) 27 (Suppl 6): S925–S945.
- [30] George SZ, Lentza TA, Beneciuk JM, Bhavsard NA, Mundte JM, Boissoneault J. Framework for improving outcome prediction for acute to chronic low back pain transitions. *Pain Reports* 2020; 5: e809.
- [31] Linton SJ, Nicholas M, Shaw W. Why wait to address high-risk cases of acute low back pain? A comparison of stepped, stratified, and matched care. *Pain* 2018; 159: 2437–2441.
- [32] Kongsted A, Kent P, Quicke JG, Skou ST, Hill JC. Risk-stratified and stepped models of care for back pain and osteoarthritis: are we heading towards a common model? *Pain Reports* 2020; 5: e843.
- [33] George SZ, Goertz C, Hastings SN, Fritz JM. Transforming low back pain care delivery in the United States. *Pain* 2020; 161 (12): 2667-2673
- [34] Briggs AM, Woolf AD, Dreinhöfer K, Homb N, Hoy DG, Kopansky-Giles D, Åkesson K, March L. Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2018; 96: 366–368
- [35] Hoy D, Geere JA, Davatchi F, Meggitt B, Barrero LH. A time for action: opportunities for preventing the growing burden and disability from musculoskeletal conditions in low- and middle-income countries. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2014;28(3):377–393.
- [36] Croft P, Louw Q, Briggs AM. Transforming back pain care –why, what, and how? *Pain* 2020; 12: 2657-2658
- [37] Australian Public Service Commission. Tackling wicked problems: a public policy perspective, 2018 (<https://www.apsc.gov.au/tackling-wicked-problems-public-policy-perspective> accessed November 18, 2020).
- [38] World Health Organization (WHO). Key learning on Health in All Policies implementation from around the world – Information Brochure. WHO, Geneva, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272711/WHO-CED-PHE-SDH-18.1-eng.pdf?ua=1> accessed November 18, 2020).

Gli autori dichiarano di non aver alcun conflitto di interesse.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano la Prof. Fiona Blyth AM, Professor of Public Health and Pain Medicine, University of Sydney, Australia, per i suoi utilissimi consigli nella preparazione di questa scheda informativa.

Autori

Owen D Williamson, FRCSC

Pain Medicine, Adjunct Professor, School of Interactive Arts and Technology
Simon Fraser University Surrey, BC, Canada
owen.williamson@monash.edu

Paul Cameron, PhD

Head of Service & Clinical Lead

Revisori

Blair H. Smith, MD

Professor of Population Health Science, University of Dundee;
and Consultant in Pain Medicine, NHS Tayside, Scotland.

Eric Hurwitz, DC, PhD

Professor, Epidemiology Office of Public Health Studies Myron B. Thompson School of Social Work University of Hawaii at Manoa, Hawaii, USA

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