

Lombalgia: le nuove raccomandazioni dell'American College of Physicians

Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA
Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians
 Ann Intern Med 2017;166: 514-530

La lombalgia (il 'mal di schiena') è una delle patologie che più frequentemente portano i pazienti a consultare il medico. Il disturbo è estremamente frequente in età adulta, con massima incidenza in soggetti di 40-50 anni di entrambi i sessi. Circa l'80% della popolazione ne è colpito almeno una volta durante la vita. Statistiche nord-americane riportano che almeno un quarto della popolazione adulta ha sofferto occasionalmente di lombalgia negli ultimi tre mesi ed è ragionevole credere che questi dati non differiscano da quelli di altri Paesi occidentali. Va da sé che i costi, diretti e indiretti, legati a questa patologia siano ingenti: negli USA, nel 2006, è stata stimata una spesa pari a circa 100 miliardi

di dollari, due terzi dei quali dovuti a perdita di giornate lavorative.

È noto d'altra parte che molti pazienti hanno episodi di breve durata, curati in maniera empirica e che non richiedono una visita medica; in questi casi il dolore e la disabilità si risolvono rapidamente e le persone possono riprendere sollecitamente la propria attività. Tuttavia, in almeno un terzo dei casi il dolore si ripresenta entro un anno e questo comporta nuovamente una limitazione consistente delle normali attività.

I trattamenti disponibili per una patologia così diffusa sono tanti, invasivi e non invasivi, farmacologici e non farmacologici, ma molti di questi sono purtroppo privi di appropriate evidenze scientifiche. Il ricorso frequente a pratiche terapeutiche eterogenee, in molti casi frustranti sia per i pazienti che per i medici che le prescrivono, e la spesa ingente collegata a queste pratiche, ma anche all'impiego di esami diagnostici costosi quanto inutili, rendono necessaria la periodica definizione di linee guida che aiutino i medici nell'indirizzare correttamente i propri pazienti alle opzioni più valide e costo-efficaci.

Per questo motivo l'American College of Physicians (ACP) ha recentemente aggiornato le proprie raccomandazioni riguardanti le terapie non invasive, basandosi sulla revisione di tutti i trial pubblicati a partire dal 2007 (circa 160) sui trattamenti farmacologici e non farmacologici in pazienti adulti affetti da lombalgia acuta (<1 mese), sub acuta (1-3 mesi) e cronica (>3 mesi).

In sintesi, le linee guida raccomandano, nei casi di lombalgia acuta e subacuta, il ricorso in prima istanza alle terapie non farmacologiche (calore, massaggi, agopuntura, manipolazione spinale, etc), utilizzando in alternativa solo farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o miorilassanti.

Nei pazienti con lombalgia cronica, l'opzione iniziale suggerita è ancora di tipo non farmacologico (tecniche riabilitative, agopuntura, approccio cognitivo-comportamentale, tai-chi, yoga etc), laddove, in caso di fallimento di questi trattamenti, può essere indicato il ricorso ad una terapia farmacologica con FANS e, solo successivamente, con tramadolo o duloxetina, considerando infine come ultima risorsa l'impiego degli oppioidi, ma solo dopo un'attenta valutazione, condivisa con i pazienti, dei rischi-benefici di questi farmaci.

LOMBALGIA: LE NUOVE RACCOMANDAZIONI DELL'AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

Raccomandazione 1

Dato che la maggior parte dei pazienti affetti da lombalgia acuta o subacuta migliora nel tempo indipendentemente dal trattamento, i medici e i pazienti dovrebbero selezionare il trattamento non farmacologico come il calore superficiale (prova di qualità moderata), massaggi, agopuntura o manipolazione spinale (prove di bassa qualità). Se si desidera un trattamento farmacologico, i medici e i pazienti dovrebbero selezionare i farmaci antinfiammatori non steroidei o rilassanti muscolari scheletrici (prova di qualità moderata).

Grado: forte raccomandazione

Raccomandazione 2

Per i pazienti con lombalgia cronica, medici e pazienti devono inizialmente selezionare il trattamento non farmacologico come esercizio fisico, riabilitazione multidisciplinare, agopuntura, riduzione dello stress basata sulla mente (prova di qualità moderata), tai chi, yoga, esercizio di controllo dei movimenti, rilassamento progressivo, elettromiografia biofeedback, terapia laser a basso livello, terapia operante, terapia cognitivo-comportamentale o manipolazione spinale (prove di bassa qualità).

Grado: forte raccomandazione

Raccomandazione 3

In pazienti con lombalgia cronica che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia non farmacologica, medici e pazienti dovrebbero prendere in considerazione il trattamento farmacologico con farmaci antinfiammatori non steroidei, come terapia di prima linea, e tramadolo o duloxetina come terapia di seconda linea. I medici dovrebbero prendere in considerazione gli oppioidi come opzione nei pazienti che hanno fallito i trattamenti di cui sopra e solo se i potenziali benefici superano i rischi per i singoli pazienti e dopo una discussione sui rischi noti e i benefici realistici con i pazienti.

Grado: raccomandazione debole, moderata evidenza di qualità

Benché le raccomandazioni dell'ACP rappresentino un'indispensabile e utile messa a punto dello stato dell'arte, preziosa in particolare per tutti i medici non ancora sufficientemente familiarizzati con le sempre più numerose opzioni terapeutiche non farmacologiche disponibili, l'applicazione nella pratica quotidiana delle linee guida è destinata a scontrarsi da un lato con i costi, la rimborsabilità e/o la copertura assicurativa di molte di queste pratiche, ma anche con l'effettiva possibilità di accesso alle cure sul territorio.

Considerando la prognosi benigna di questa patologia nella maggior parte dei casi, gli esperti giudicano fondamentale una corretta e precoce informazione del paziente sull'evoluzione del sintomo nel tempo, con un'adeguata rassicurazione sul fatto che un mal di schiena acuto o subacuto può migliorare spontaneamente indipendentemente dalla terapia suggerita. Il che consente sia di limitare la prescrizione di esami diagnostici costosi e di farmaci che possono rivelarsi pericolosi, specie nei pazienti più anziani, sia di evitare un atteggiamento allarmistico o difensivistico, che rischia di medicalizzare eccessivamente il problema, con aumento dei costi e della morbilità. ■ GB

Sistemi sanitari a confronto: alcune precauzioni da adottare

Papanicolas I, Jha AK

Challenges in international comparison of health care systems

JAMA 2017; 318: 515-516

Confrontare sistemi sanitari a livello internazionale permette una riflessione e una valutazione delle performance, e aiuta a fornire basi empiriche per guidare eventuali riforme. Tali confronti non sono, tuttavia, di facile realizzazione. Sono almeno tre i punti critici che vanno considerati: la definizione dei 'confini' del sistema sanitario, la gestione dei limiti dei dati e la considerazione dei valori intrinseci a ciascun sistema. Se non si tiene conto di questi aspetti, i confronti transnazionali non solo possono condurre ad interpretazioni erranee, ma possono anche influenzare negativamente le politiche sanitarie.

In primo luogo è importante stabilire ciò che deve essere confrontato. Questo punto presenta delle criticità, dato che all'interno di un sistema sanitario può essere ricondotta una serie più

Medicina difensiva e spesa per l'assistenza sanitaria

Osti M, Steyer J

A perspective on the health care expenditures for defensive medicine

Eur J Health Econ 2017, 18: 399-404

Nel corso degli anni, lo studio dei determinanti della salute e della conseguente crescita della spesa per servizi sanitari in rapporto al PIL si è prevalentemente concentrato su fattori demografici, reddito e cambiamenti tecnologici e istituzionali. Tuttavia ne esistono anche tanti altri che non possono essere trascurati.

La medicina difensiva costituisce in effetti uno di questi fattori esterni 'avversi' poiché è caratterizzata da un approccio medico preventivo nella richiesta di prestazioni non necessarie ed è generata da una profonda avversione al rischio. Gli effetti della medicina preventiva sono ben noti poiché determinano un indotto di spesa che risulta ormai fuori controllo. Altre conseguenze, che

esulano la componente economica, includono costi indiretti intesi come stress personale, perdita di tempo e reputazione per il medico prescrittore e la tendenza a non volere prendere in carico pazienti che potrebbero risultare molto complessi.

La letteratura in materia è ormai ampia e i costi della medicina difensiva sono ad oggi evidenti, così come i potenziali risparmi che si avrebbero qualora questa pratica non fosse così comunemente utilizzata. Gli autori hanno condotto una ricerca in Austria, coinvolgendo numerosi medici e specialisti (286 in chirurgia ortopedica, 1100 in chirurgia traumatica, 398 in radiologia) nella compilazione di un questionario in cui si chiede di stimare l'ammontare degli esami diagnostici e le richieste di esami a 'scopo difensivo' in uno specifico mese e il carico di lavoro legato a tali richieste. I costi annuali legati al lavoro per la medicina difensiva mostrano un importo pari a circa 42 milioni di euro (il 27% attribuibile al reparto ortopedico, il 55% alla chirurgia traumatica e il 17% alla radiologia): evitare queste pratiche consentirebbe di liberare risorse finanziarie per 425 posizioni lavorative a tempo pieno. Non solo, si eviterebbero costi annuali per prestazioni non necessarie