

Approccio del fisioterapista nella presa in carico del paziente con lombalgia cronica: indagine esplorativa presso l' Az. USL di Reggio Emilia

De Santis A¹, Costi S², Bassi S³, Lombardi F⁴, Rancati JM⁵

1 PT, Libero Professionista

2 PT, MSc, Coordinatore didattico CdS in Fisioterapia UNIMORE

3 PT, Tutor didattico CdS in Fisioterapia UNIMORE

4 Medico Neurologo, Direttore SOC di Riabilitazione Neurologica Ospedale S. Sebastiano di Correggio – Az. USL di Reggio Emilia

5 PT, MSc, Dirigente professioni Sanitarie della Riabilitazione – Responsabile Dipartimento Neuro-Motorio e Riabilitativo Az. USL di Reggio Emilia

ABSTRACT (IT)

Background. Il low back pain cronico (CLBP) è considerato una sindrome bio-psico-sociale, in cui coesistono fattori di rischio individuali, fisici, occupazionali, psicologici e sociali. L'evidenza corrente ci indica che i fisioterapisti condividono tale approccio da un punto di vista teorico, ma che non sempre lo adottano nella pratica clinica.

Obiettivo. Scopo di questa indagine è di ottenere una visione dettagliata delle percezioni dei fisioterapisti nel contesto locale oggetto di studio con particolare riferimento al tipo di approccio ed al tipo di competenze degli operatori.

Materiali e Metodi. Lo strumento d'indagine è stato un focus group basato su un caso simulato e condotto con operatori esperti selezionati su base volontaria. I risultati dell'intervista sono stati analizzati con metodo qualitativo-induttivo.

Risultati. Dall'analisi emergono contenuti relativi a 3 macroaree tra esse interconnesse: competenze/formazione dei professionisti, strumenti di valutazione ed assetto organizzativo. Le competenze dei fisioterapisti dovrebbero essere rinforzate con formazione dedicata agli aspetti comunicativo-relazionali e supportata da strumenti di assessment necessari a screenare e valutare i fattori psico-sociali. Per quanto alla dimensione organizzativa emerge l'opportunità di definire un percorso e/o di strutturare servizi ambulatoriali specializzati per la presa in carico del paziente con CLBP.

Conclusioni: Alcuni dei risultati sono allineati con la letteratura. In particolare: la necessità di rinforzare le competenze relazionali del fisioterapista e/o di supportarlo con l'intervento di altri specialisti (team) all'emergere di complessità non specifiche della disciplina. Ruolo del management è identificare soluzioni organizzative orientate alla costruzione di percorsi per ridurre la dispersione e rinforzare l'expertise dei professionisti.

PAROLE CHIAVE: chronic low back pain, biopsychosocial syndrome, patient-centered care, disability.

ABSTRACT (ENG)

Background: Chronic Low Back Pain (CLBP) is currently considered a biopsychosocial syndrome, where individual, physical, occupational, psychological and social risk factors coexist. The available research indicates that physiotherapists (PTs) theoretically endorse the proposed biopsychosocial approach to treatment, yet very few are adopting this approach in clinical practice.

Aim: The purpose of this exploratory survey is to obtain a detailed view of physiotherapists' perceptions in their local setting, with specific reference to the operators' kind of approach and professional skills in the treatment of CLBP.

Methods: The survey tool was a focus group, based on a simulated clinical case conducted with expert operators selected on a voluntary basis. The results of the interview were analyzed using a qualitative-inductive method.

Results: The analysis shows results related to three interconnected macro areas: the physiotherapists' professional skills/training, evaluation tools, and organizational structure. Physiotherapists' skills should be reinforced with training dedicated to communication-relational aspects and supported by assessment tools necessary to screen and evaluate psychosocial factors. As regards organizational structure, it takes the opportunity to design a clinical path or structure specialized in outpatient services for patients with chronic low back pain (CLBP).

Conclusion: Some results are aligned with the literature. In particular, the need to reinforce physiotherapists' inter-relational skills and to support them with the intervention of other specialists (multidisciplinary team) in the case of problems not strictly of their competence. The role of management is to identify organizational solutions to creating clinical pathways to reduce dispersion and to reinforce the professionals' expertise.

KEYWORDS: Chronic low back pain, Biopsychosocial syndrome, Patient-centered care, Disability.

1. INTRODUZIONE

1.1 Background

La lombalgia è una patologia molto diffusa e costituisce una delle principali cause di dolore muscolo scheletrico e di disabilità¹. Si stima che nei paesi sviluppati circa l'85% della popolazione abbia almeno un'esperienza di dolore lombare nella vita². Per quanto la maggior parte dei pazienti vada incontro ad un rapido recupero algico e funzionale, si stima che in circa il 5-7% dei casi i sintomi permangono ben oltre i normali tempi di guarigione, esitando in cronicizzazione e disabilità³. Apparentemente esigua, tale percentuale non merita di essere trascurata perché in grado di incidere pesantemente (oltre l'80%) su costi sanitari e sociali sostenuti per la patologia. I modelli interpretativi di letteratura non codificano il *low back pain* cronico (CLBP) come un disordine della colonna di origine puramente strutturale, anatomica o biomeccanica, ma lo associano a fattori psico-sociali (*yellow flags*) che hanno un ruolo determinante nel mantenimento del dolore e nel favorire la cronicizzazione e la disabilità permanente del paziente, da cui la definizione di sindrome "bio-psico-sociale". Nel CLBP il dolore tende a perdurare oltre i 3 mesi anche a fronte di una totale guarigione delle strutture: il dolore cronico non ha una funzione protettiva, diventa autonomo, nocivo, riduce la funzionalità del rachide e favorisce la disabilità⁴.

Lombalgia cronica e disabilità dipendono dunque, nel corso del tempo, da una complessa interazione tra fattori fisici e psicologici: l'origine del dolore è da ricercare pertanto nei fattori biologici, ma anche negli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali che ne possono influenzare la percezione e l'intensità.

1.2 Approccio riabilitativo al CLBP

Le linee guida aggiornate redatte dall'*American College of Physicians* (ACP) supportano la necessità per il trattamento del CLBP di un approccio orientato alla gestione bio-psico-sociale di questa complessa sindrome multifattoriale⁵, che prenda in carico il quadro clinico, funzionale ed emotivo-comportamentale del paziente. Un approccio quindi centrato sul paziente nella sua globalità, con la sua storia ed il suo vissuto di malattia, ma anche orientato ad obiettivi di *empowerment* volti a rendere autonomo l'utente nell'auto-gestione dei propri disturbi (*self-management*) per evitare la cronicizzazione e il continuo ricorso alla richiesta di prestazioni sanitarie spesso inappropriate. Le azioni da intraprendere nell'assistenza al paziente con mal di schiena persistente sono rivolte al riconoscimento di quei fattori di rischio psico-sociale che sono alla base del processo di cronicizzazione: analizzarli, farli emergere e far comprendere come possano rivelarsi ostacoli al processo di guarigione è fondamentale per la gestione del trattamento⁶. È dimostrato che i pazienti che **imparano a gestire** il dolore hanno **outcomes migliori e più duraturi** di quelli che lo subiscono e mostrano una maggiore attivazione delle aree cerebrali coinvolte in una elaborazione emozionale del dolore^{7,8}. **Dovrebbe essere chiarito che l'obiettivo del trattamento non è la miracolosa scomparsa del dolore ma migliorare la qualità di vita riducendo la disabilità e dando al paziente gli strumenti idonei per gestire la lombalgia cronica. I pazienti dovrebbero diventare i protagonisti del processo riabilitativo facendosi carico in prima persona del loro problema. Questo permetterà loro di ritornare a svolgere molte attività che a un certo punto erano state abbandonate per la paura del dolore. All'interno del team riabilitativo il fisioterapista sceglierà dove concentrare gli sforzi a seconda delle esigenze individuali e della risposta al trattamento, sia sul piano fisico che psico-sociale (counseling).** La letteratura scientifica indica come i fisioterapisti condividono questo tipo di approccio al problema, ma sottolinea anche come lo stesso non sia ancora pienamente diffuso ed

applicato nella pratica clinica quotidiana^{9,10}. Secondo una revisione sistematica sembra che i fisioterapisti, in assenza di una adeguata formazione (competenze comunicativo-relazionali nella gestione ed educazione del paziente con disturbo cronico) e di appropriati strumenti di screening e valutazione, tendano a “stigmatizzare” gli utenti con CLBP, rilevando una insufficiente preparazione nell'affrontare i fattori psicosociali¹¹.

1.3 Scopo dello studio

La presente indagine esplorativa si propone di conoscere qual è l'approccio al mal di schiena cronico da parte dei fisioterapisti dell'Azienda USL di Reggio Emilia. La revisione della letteratura sopracitata¹¹ include alcuni studi appositamente selezionati che descrivono modalità utili ad indagare le percezioni dei fisioterapisti e ad identificare potenziali barriere e facilitazioni per riconoscere i fattori secondari nella valutazione clinica. Abbiamo ritenuto che uno studio condotto in questa direzione, anche nel contesto locale, potesse essere molto utile al fine di valutare se questi elementi siano effettivamente considerati nella valutazione e gestione del CLBP ed eventualmente che cosa potrebbe essere proposto/migliorato nell'approccio a questo tipo di pazienti.

Ulteriore obiettivo di approfondimento dell'indagine è fare emergere eventuali motivazioni che possano influenzare i fisioterapisti nell'adozione di pratiche evidence-based ed orientare il management nella progettazione di scelte organizzative funzionali a rendere applicabili tali pratiche.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Disegno dello studio

Il disegno di studio scelto per rispondere al quesito della tesi è di tipo qualitativo-interpretativo. La scelta di effettuare un'indagine qualitativa ha stimolato un percorso attraverso la letteratura che ha permesso di conoscere meglio le potenzialità di questa direzione della ricerca. Una ricerca qualitativa fatta bene arriva ai nodi delle questioni, poiché coglie il significato delle cose nella mente delle persone¹². I metodi qualitativi si propongono di indagare in profondità i meccanismi sociali che stanno dietro i fenomeni osservati, permettendo di far emergere concetti e significati che possono diventare argomenti di ricerca da estendere a popolazioni più ampie. L'oggetto della ricerca qualitativa è quel mondo che gli altri non vedono (il mondo della nostra mente, dei nostri pensieri, delle convinzioni maturate ecc.), è quel mondo però attraverso il quale noi prendiamo le decisioni più importanti, è il mondo in cui decidiamo come stare nel luogo dove siamo. La descrizione interpretativa è un approccio metodologico che consente l'esplorazione di fenomeni clinici complessi^{13,14,15} e si avvale di tecniche di ricerca come il focus group utilizzato per questo lavoro di tesi. La tecnica del focus group stimola attraverso la dinamica di gruppo la condivisione di vissuti comuni e ricorrenti ed il confronto tra esperienze diverse, in misura assai maggiore rispetto alle tecniche classiche di intervista «faccia a faccia» o del questionario. La caratteristica e il pregio del focus group sta proprio nell'interazione che si crea tra i partecipanti. Lo scambio di opinioni fra pari permette infatti ai membri del gruppo di esprimere le proprie percezioni e convinzioni, condividere esperienze comuni e allo stesso tempo mettersi in discussione, sfidarsi e non essere d'accordo l'un l'altro.

2.2 Il campionamento

Nella ricerca qualitativa, ed a maggior ragione in un'indagine condotta attraverso un focus group, il campione selezionato deve essere il più rappresentativo possibile rispetto all'argomento oggetto di analisi. Il concetto che prende corpo in questi casi è quello di *saturazione* del campione e delle tematiche in studio, di particolare rilevanza poiché alla base delle tecniche di campionamento sulle quali si fondano tutti i metodi di tipo qualitativo. Essendo il gruppo la fonte primaria di informazioni, una corretta selezione dei soggetti è indispensabile per la riuscita della ricerca.

A partire da questi presupposti teorici le tecniche di campionamento sono state adattate al contesto locale e rimodulate sull'obiettivo dell'indagine stessa (di tipo confermativo con approfondimenti orientati a far emergere eventuali motivi). Il reclutamento dei fisioterapisti è stato mediato dai coordinatori dei servizi **di riabilitazione dell'AUSL di Reggio Emilia (RE)** sulla base dei seguenti criteri di inclusione:

- competenza specifica (possesso di titoli di formazione universitaria specialistica post-base o corsi di aggiornamento pertinenti);
- expertise riconosciuta al professionista da parte del reclutatore (che normalmente ha la funzione di assegnare i casi afferenti al servizio ai propri collaboratori);
- provenienza: **è stato individuato almeno un fisioterapista per ogni servizio territoriale di riabilitazione motoria dell'azienda AUSL di RE e dell'ospedale Santa Maria Nuova di RE;**
- variabili anagrafiche (età, sesso) eterogenee.

Sicuramente il fatto di aver avuto un gruppo piuttosto eterogeneo per diverse variabili (età, distretto di provenienza, formazione specifica personale ecc.) è stato un fattore positivo per il corretto funzionamento della discussione permettendo l'emergere di posizioni diverse e la creazione di una buona dinamica di gruppo.

Il campione così individuato è costituito da otto fisioterapisti di età compresa fra i 35 e i 60 anni.

L'adesione dei partecipanti è stata su base volontaria, facilitata dall'accREDITAMENTO ECM dei momenti di incontro e confronto.

2.3 Raccolta dati

Il focus group è stato condotto in un setting clinico (palestra riabilitativa) e moderato da un fisioterapista (affidente alla formazione universitaria) esperto della materia oggetto di analisi oltre che di conduzione di focus groups. L'apertura del focus group è stata stimolata dall'analisi di un caso clinico simulato (selezionato da una revisione di letteratura^{16,17}) utilizzato come *"main theme"* per guidare i professionisti nella contestualizzazione del ragionamento clinico, facilitando la libera espressione dei partecipanti (chiarezza degli obiettivi, discussione tra pari, assenza di pregiudizi e di valutazione). **La "vignetta" del caso clinico è stata usata da spunto per la discussione che come sottolineato dal moderatore all'inizio si è basata sull'esperienza personale degli operatori coinvolti. Il focus group, della durata di circa tre ore, è stato scelto per stimolare il ragionamento e la collaborazione tra i partecipanti. L'idea di fondo di questo metodo è che l'interazione sociale che si crea durante la discussione del gruppo costituisca una risorsa importante nel trasmettere informazione, consapevolezza dei propri ruoli e crescita culturale dei partecipanti e di chi conduce**

il focus. Sono infatti emersi dal confronto tra i fisioterapisti molti spunti di interesse, sia per quanto riguarda la struttura organizzativa che per lo sviluppo delle competenze professionali. La consapevolezza dei partecipanti circa la rilevanza dei fattori psico-sociali nella presa in carico e gestione del paziente con CLBP, non sono state proposte con una modalità esplicita e diretta, ma raccolte indirettamente attraverso quanto emerso spontaneamente nel corso della discussione. Il canovaccio delle domande-guida (tab.1) utilizzate dal conduttore del gruppo come traccia per l'intervista è stato preventivamente testato su un gruppo di fisioterapisti afferenti ad un'altra azienda, cui è stato chiesto di analizzare lo stesso caso clinico. La calibratura dello strumento è avvenuta attraverso le osservazioni liberamente espresse via e-mail. Il focus group è stata interamente audio-registrato e trascritto rispettando fedelmente i contenuti espressi dai partecipanti.

Tabella 1. Canovaccio delle domande guida per la conduzione del focus-group

DOMANDE DI APERTURA	
<i>(Prima della lettura del caso clinico)</i>	
1. Potete iniziare illustrandomi solo brevemente il tipo di pazienti con LBP che solitamente vedete nella pratica clinica?	
<i>(Dopo lettura del caso clinico)</i>	Domande di Sondaggio
1. Che tipo di spiegazioni e/o diagnosi potreste utilizzare quando spiegate il problema a questo paziente?	- Possibili indagini diagnostiche – RX o RM lombare? perché ?
2. Come procedereste nel trattamento e quali consigli le dareste?	- Potreste dirmi di più riguardo a cosa sentite di poter offrire a questa signora? (o nel caso, perché la indirizzereste verso un altro servizio?)
	- Cosa le direste se chiedesse se è necessario che debba assentarsi o meno dal lavoro?
	- Se chiedesse se deve riposare a letto, cosa le direste?
LE PROPRIE SENSAZIONI/PERCEZIONI	
3. Cosa credete stiano cercando i pazienti quando vengono da voi con LBP?	Domande di Sondaggio
4. Cosa sperate di poter fare per loro? Perché?	
5. Come vi sentite nel trattare pazienti con LBP?	
IL TRATTAMENTO	
6. Come descrivereste l'approccio usuale che avete con i pazienti con LBP? E' sempre uguale o è cambiato nel tempo ?	
7. Potreste dirmi perché seguite questo approccio? Spiegazioni?	
8. Pensando nello specifico al cercare di ottenere un buon risultato a lungo termine per i pazienti, quale tipo di cose pensate funzionino meglio?	
9. Quando vedete un paziente per la prima volta, pensate se mai si riprenderà o non si riprenderà? Come potete ipotizzarlo? Le vostre convinzioni intorno a questo influenzano il trattamento in questa fase iniziale?	
10. Il mal di schiena sembra essere un problema comune. Potreste dirmi le vostre opinioni in merito al perché lo sia? Cause comuni di mal di schiena?	

11. Direste che il mal di schiena è un problema serio?	Domanda di Sondaggio Se sì, idee a proposito di ciò che può essere fatto per ridurre la gravità di questo problema?
CONSEGUENZE	
12. Potreste dirmi, dalla vostra esperienza, quali sono le conseguenze comuni per le persone che convivono con LBP?	Domande di Sondaggio In che misura ritenete che soffrire di LBP significhi che qualcuno: - Non può continuare con le sue solite attività? - Dovrebbe evitare l'attività fisica in qualsiasi misura? - Non dovrebbe andare a lavoro?
CONCLUSIONI	
13. C'è qualcos'altro a proposito del mal di schiena o del trattamento di pazienti con LBP che volete spiegarmi prima della fine?	

2.4 Analisi dei dati

La fase successiva è stata la trascrizione del testo del focus group tramite fedele sbobinatura e nella sua codifica e analisi condotta manualmente. In fase di analisi delle informazioni raccolte l'audioregistrazione dell'incontro con i professionisti ha rappresentato sicuramente, da un lato, una mole di lavoro in più, in quanto la trascrizione dell'intervista registrata ha richiesto un notevole impiego di tempo, dall'altro un vantaggio in termini di assoluta fedeltà dei dati alle riflessioni dei fisioterapisti coinvolti nell'indagine.

Il testo è stato analizzato secondo i principi metodologici della ricerca qualitativa, attraverso un processo di scomposizione e segmentazione delle interviste riducendole a brani (etichette letterali), ai quali sono stati attribuiti opportuni codici che ne hanno definito il significato (etichette sintetiche). Attraverso un processo graduale di integrazione e selezione dei codici che si è ritenuto essere legati tra loro per affinità di significato, si è proceduto a costruire concetti più generali. Sempre seguendo un approccio di tipo induttivo, integrando e selezionando i concetti sono state create delle categorie interpretative che li comprendessero ovvero i temi principali emergenti dal testo. Come ulteriore criterio di rigore per questa ricerca qualitativa l'analisi dei risultati del focus group è stata eseguita indipendentemente da tre ricercatori. La fase finale di analisi si è svolta mediante il confronto nel gruppo di ricerca attraverso un processo di ricorsività e ricodifica dei concetti individuati. I temi irrilevanti sono stati rimossi e il consenso alla fine è stato raggiunto per tutte e tre le versioni analizzate del focus group. E' emersa una condivisione su tutte le categorie interpretative principali che suggeriscono uniformità tipiche di comportamento e di contesto (i temi principali emergenti dall'analisi del testo).

3. RISULTATI

L'analisi dei contenuti delle interviste, ha consentito di identificare le seguenti categorie interpretative (Temi):

- Modalità di presa in carico
- Strumenti di valutazione
- Conoscenze, convinzioni e competenze dei fisioterapisti
- Rapporto tra servizi sanitari pubblici e privati
- Assetto organizzativo dei servizi e prospettive future.

Tali contenuti, per quanto separati a scopo espositivo, si sono spesso intrecciati, ripetuti e sovrapposti durante l'intervista in quanto interdipendenti tra di loro.

3.1 Modalità di presa in carico

I professionisti tendono ad approcciare la patologia da un punto di vista biomedico e biomeccanico: non analizzano sistematicamente i fattori cognitivi, psicologici e sociali, che sono riconosciuti come impattanti sulla patologia e sugli esiti (cronicizzazione), ma non valutati (o semplicemente screenati) con strumenti appropriati.

3.2 Strumenti di **valutazione**

I dati relativi al tema della raccolta anamnestica e alla valutazione iniziale del paziente manifestano la mancanza di modalità di valutazione condivise: in particolare risultano non essere conosciuti né utilizzati test e scale di valutazione dei fattori psico-sociali associati al CLBP.

3.3 Conoscenze, convinzioni e competenze dei fisioterapisti

Secondo l'esperienza generale del gruppo nella casistica che afferisce ai servizi, la progressione verso la cronicità è generalmente determinata da cause meccaniche irrisolte o da sovraccarico ripetuto: per questo motivo normalmente l'attenzione del professionista si focalizza sulla cura del sintomo. I partecipanti al focus group affermano di adottare spesso un approccio biomeccanico come unica possibile risposta anche in funzione della mancanza di strumenti e di competenze per poter intervenire nel modificare le abitudini ed i comportamenti degli utenti (cosa che comunque avviene attraverso strategie mutate dall'esperienza individuale dei professionisti stessi), come invece emerge essere indicato dalle evidenze di letteratura. I fisioterapisti sottolineano come l'atteggiamento del paziente con CLBP sia più spesso orientato a farsi trattare al momento del bisogno piuttosto che a prendersi cura di sé. Tale atteggiamento in alcuni casi trova risposta in un potenziale abuso di trattamenti sanitari inappropriati, quand'anche avallato (opportunitisticamente o meno) da altri professionisti o servizi, con un effetto di annullamento di ogni tentativo di modifica comportamentale attuata (per quanto pionieristicamente) dai professionisti stessi.

Nel gruppo emerge la convinzione che in caso il paziente presenti un quadro concomitante di depressione (per quanto non specificamente definita) il trattamento non abbia alcun significato poiché inefficace. In un caso, un operatore definisce i fattori psicosociali come "bandiere rosse" nel trattamento della lombalgia cronica.

3.4 Rapporto tra servizi sanitari pubblici e privati

Dalle riflessioni degli operatori si avverte la mancanza di integrazione tra servizi sanitari pubblici, privati e privati accreditati. I professionisti affermano di come sia prioritario per le strutture pubbliche dare risposta a patologie in esiti recenti di un evento acuto: per questo motivo i pazienti con patologia cronica si rivolgono anche a centri privati e privati accreditati.

Dalle opinioni dei professionisti emerge che nel settore privato le logiche “profit” di mercato risultano naturalmente necessarie per la sopravvivenza stessa del sistema e la fidelizzazione dell’utenza, una strategia spesso utilizzata: le aspettative del paziente/cliente di un trattamento ai confini con l’area del “wellness” possono pertanto essere accontentate per quanto non perfettamente orientate a risolvere il problema (piuttosto che a trattare il sintomo).

Gli intervistati esprimono la convinzione di come spesso i pazienti si rivolgano in maniera disordinata a servizi pubblici e privati, senza dare la possibilità di strutturare una linea di continuità nel percorso di cura ed un reale confronto tra professionisti: risulta evidente di come questo approccio destrutturato possa comportare rischi per il paziente, per il fisioterapista (in termini di responsabilità professionale) e per l’intero sistema (in termini di sostenibilità).

I professionisti infine avvertono l’esigenza di poter indirizzare i pazienti presso strutture non sanitarie (palestre, piscine o altri luoghi in cui sia possibile svolgere attività di mantenimento), in un’ottica di presa in carico a lungo termine “*self-managed*” (atteggiamento pro-attivo del paziente), pur avvertendo una scarsa capacità degli utenti di aderire in maniera costante e partecipata a questo tipo di approccio.

3.5 Assetto organizzativo dei servizi e prospettive future

I professionisti avvertono una progressiva perdita di expertise nella gestione del paziente lombalgico cronico legata:

- alla casistica prevalente afferente ai servizi (esiti recenti di un evento acuto) che tendono a non prendere in carico i pazienti con CLBP;
- all’assetto organizzativo dei servizi, strutturato per dare una risposta generalista piuttosto che specialistica.

I professionisti sentono la necessità di costruire percorsi dedicati (PDTA) anche in collaborazione con il privato accreditato e l’introduzione di ambulatori specializzati, come strumenti per gestire una corretta presa in carico del paziente con CLBP).

4. DISCUSSIONE

4.1 Discussione dei dati

La complessità del paziente con CLBP si manifesta non solo ed esclusivamente per gli aspetti clinici, ma ha un forte impatto anche a livello del sistema salute, come molte altre delle patologie croniche o cronico-degenerative. Per questo motivo il ministero della salute, nel Piano Nazionale della Cronicità¹⁸ identifica alcune strategie operative per la gestione di questo tipo di pazienti ponendo particolare attenzione ai nuovi ruoli dei professionisti della salute in qualità di educatori e di facilitatori circa strategie che devono coinvolgere proattivamente i cittadini-utenti con una modalità di autogestione del proprio disturbo.

Dai risultati emersi da questa indagine sembra che i professionisti abbiano una visione del problema orientata a questo tipo di approccio, ma che manchino loro alcuni elementi chiave per poter agire in linea con le strategie sopra esposte. **Gli operatori si riconoscono nella raccolta anamnestica ma l'attenzione si focalizza esclusivamente su fattori "meccanici"-“bio” mentre i fattori secondari (yellow flags) non vengono chiaramente individuati durante la valutazione clinica.**

Forse per la casistica che afferisce ai servizi, la progressione verso la cronicità è, secondo l'esperienza del gruppo, generalmente attribuita alla mancanza di risoluzione dei fattori biomedici e meccanici del dolore, mentre non sono in grado di riconoscere i drivers psico-sociali della cronicità nel low back pain. Risulterebbe pertanto utile per gli operatori una formazione ad hoc che consenta loro di implementare adeguate strategie comportamentali e relazionali per la presa in carico dei pazienti più complessi da un punto di vista psico-emozionale al fine di guidarli nelle proprie scelte di percorso.

Il fisioterapista dovrebbe fare bene la sua parte ma questo è possibile solo nel momento in cui è in grado, attraverso la valutazione, di comprendere il problema, individuare ciò che è di sua competenza e ciò che invece potrebbe meglio essere affrontato da o in collaborazione con altri professionisti.

Il fatto che anche nella realtà locale emerga che i fisioterapisti identifichino solo in parte i fattori psico-sociali associati al CLBP, supporta la necessità non solo di introdurre in clinica strumenti di screening più immediati ed efficaci per evidenziare quando questi fattori sono presenti ma anche di una formazione sugli aspetti della relazione e della comunicazione con il paziente per favorirne l'individuazione. In assenza di questa l'atteggiamento che il fisioterapista manifesta quando si trova di fronte a problematiche relative ad aspetti cognitivi, psicologici e sociali che non sia in grado di riconoscere e/o gestire (come emerso dai risultati dell'indagine), può essere ricondotto a quello che in letteratura è stato definito “fear-avoidant” (lett. “paura-evitante”) e che potrebbe essere spiegato come un meccanismo di difesa di cui gli operatori si servono per proteggere la loro fiducia professionale e autostima quando minacciati dall'incontro con pazienti la cui diagnosi “non specifica” è al di fuori della loro comfort-zone clinica¹⁹.

Accanto alla necessità di una formazione sugli aspetti cognitivo-comportamentali della relazione e comunicazione con il paziente, emerge la necessità di introdurre nella pratica clinica strumenti di screening e valutazione utili a individuare e quantificare atteggiamenti disadattivi rispetto alla partecipazione richiesta all'utente al fine di attivare il team interprofessionale di riferimento (come suggerito nel piano nazionale cronicità) e/o consulenze specialistiche in grado di gestire tale problematica o di supportare il team ed il professionista attraverso strategie condivise.

In uno studio qualitativo di recente pubblicazione sono state indagate le percezioni dei FT nel trattamento del CLBP dopo aver ricevuto una formazione intensiva di Cognitive Functional Therapy (CFT). I partecipanti all'indagine hanno riportato un aumento di fiducia nell'affrontare questi fattori secondari psico-sociali, sviluppando una visione multidimensionale del loro ruolo di fisioterapisti. Parallelamente a questa "estensione" delle proprie competenze è interessante notare come i partecipanti abbiano sviluppato una maggiore consapevolezza dei limiti e delle specificità della professione stessa^{20,21}.

Entrano dunque in gioco nuove abilità che il professionista sanitario deve apprendere accanto alle capacità tecniche biomediche: abilità relazionali e di comunicazione²². Se hanno pari dignità, a livello degli obiettivi generali della medicina, il disease e l'illness, se il metodo clinico è orientato anche all'esplorazione dell'agenda del paziente, alla percezione del suo malessere (il "vissuto" di malattia), ne segue che la comunicazione, quale unico mezzo per questo scopo, è uno strumento per la pratica clinica importante tanto quanto l'esame obiettivo o i dati di laboratorio. I pazienti considerano queste competenze del FT molto importanti per il risultato finale del trattamento²³.

Un ulteriore elemento che emerge dal documento ministeriale è la necessità di allenare i percorsi e gli assetti organizzativi dei servizi al fine di dare una risposta coerente ed appropriata all'utenza. I professionisti coinvolti in questa indagine esplorativa confermano tale bisogno identificando un potenziale PDTA come possibile strumento operativo, sia per evitare un comportamento spesso disordinato dell'utenza, sia per redistribuire ruoli e competenze anche nel contesto di un sistema che utilizza contestualmente servizi afferenti al settore pubblico, sia al settore privato.

Emerge come i servizi di fisioterapia (nel contesto locale oggetto di studio), siano maggiormente orientati alla presa in carico di pazienti in esiti recenti di un evento acuto, senza un reale percorso per i pazienti con disturbo cronico. I modelli di medicina di iniziativa indicati nel documento ministeriale, suggeriscono per questa casistica, modalità di presa in carico strutturata su percorsi e condotti da case-manager in grado di monitorare il decorso di malattia ovvero di interfacciarsi con l'utenza decodificando i bisogni ed orientando il paziente nell'accesso ai servizi. Per il CLBP (così come per altri gruppi patologici) il fisioterapista si potrebbe candidare a svolgere questo ruolo in virtù della specificità delle sue competenze disciplinari, così come emerge dalle osservazioni e dalle proposte che i professionisti coinvolti nel presente studio hanno manifestato.

Un ultimo elemento rilevante sull'organizzazione espresso dai partecipanti all'indagine è l'opportunità di organizzare i servizi ambulatoriali in attività settoriali specialistiche (ambulatorio "mal di schiena") utili, oltre che a costruire e rinforzare l'expertise dei professionisti, a impostare un possibile strumento di governo della domanda²⁴ orientando l'utenza a rivolgersi a chi maggiormente competente in materia.

4.2 Limiti dello studio

Naturalmente occorre precisare che i risultati ottenuti attraverso il focus group non possono essere proiettati sull'intera popolazione in quanto il numero complessivo dei partecipanti non è sufficiente a tale scopo, né la strategia del campionamento qualitativo dei gruppi conferisce valore proiettivo di tipo statistico. La peculiarità e potenzialità del focus group risiede nella possibilità di essere utilizzato insieme a strumenti quantitativi di ricerca per spiegare il perché e il come di specifici eventi, intravedendo la possibilità di integrare i due differenti approcci auspicata in campo metodologico.

Un altro limite di questo studio potrebbe essere il fatto di aver svolto un solo focus group con fisioterapisti opportunamente individuati, provenienti dai diversi distretti dell'AUSL di Reggio Emilia (RE). Nell'utilizzo di questa metodologia bisogna tenere in considerazione il fatto che i focus group possono essere influenzati da fattori interni o esterni al gruppo che portano a risultati particolari e diversi fra loro. Pertanto, secondo Bovina¹² in una stessa ricerca si devono ripetere gruppi di discussione con differenti persone finchè le informazioni non risultino ridondanti (concetto di saturazione delle tematiche oggetto di studio). Si può ragionevolmente affermare di aver saturato il campione quando si acquisisce la consapevolezza che ulteriori incontri non portino ad un arricchimento di conoscenza del fenomeno oggetto di analisi ma tendano a confermare e ribadire concetti, situazioni, atteggiamenti, modalità comportamentali già toccati nei precedenti colloqui.

5. CONCLUSIONI

Il trattamento del CLBP rappresenta uno dei bisogni più frequenti di salute cui i servizi di riabilitazione devono rispondere. Non è realistico pensare che la totalità delle problematiche riscontrate nello studio possano essere affrontate con le sole forze dei servizi afferenti al settore pubblico, ma conoscerle può orientare la committenza verso la definizione di aree in cui sia possibile agire, a partire dalla formazione del fisioterapista, che dovrebbe prevedere sia l'acquisizione di competenze tecniche che comunicative e relazionali, sia nelle strategie operative che nell'utilizzo di strumenti di screening e valutazione. Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi occorre un netto cambio di paradigma orientato a "gestire" i pazienti cronici piuttosto che trattarli in senso stretto: per fare questo sarà probabilmente necessario pensare ad una modalità di presa in carico basata su un percorso di cura (PDTA) costruito in collaborazione con tutti gli attori coinvolti (dal MMG, al privato accreditato) all'interno del quale il fisioterapista potrebbe svolgere un ruolo in qualità di case manager. Un'ulteriore buona ipotesi di lavoro è quella di strutturare poli specialistici di riferimento al fine di aumentare l'expertise dei professionisti ed orientare i flussi della domanda degli utenti riducendo la dispersione, il disordine e la potenziale inappropriata.

Ringraziamenti:

ai professionisti che hanno partecipato al Focus Group ed al dott. Luca Ghirotto per il supporto metodologico.

BIBLIOGRAFIA

1. NilaySahin, MD1, IlknurAlbayrak, MD1, BekirDurmus, MD2 and HaticeUgurlu, MD (2011). Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial." *J Rehabil Med*, 43: 224–229.
2. Walker BF, Muller R, Grant WD (2004). Low back pain in Australian adults. Health provider utilization and care seeking. *J Manipulative PhysiolTher.*, 27(5): 327-35.
3. M. Monticone (2006). Capitolo 7, Approccio conservativo evidence based alla lombalgia cronica aspecifica. In Riabilitazione e prevenzione in équipe. GSS monografia.
4. Chou R, Huffman LH (2007). "Terapie non farmacologiche per il dolore acuto e cronico di schiena: una rassegna degli elementi di prova di un American Pain Society. *American College of Physicians guida di pratica clinica. Ann Intern Med.*, 147: 492-504.
5. Qaseem A. et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017 Feb 14.
6. Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S, Barneschi G, Bonaiuti D, Bussotti A, D'Arienzo M, Di Lorenzo N, Mannoni A, Mattioli S et al (2006). Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. *Eura Medicophys*, 42 (2): 151-170.
7. Diers M, Koeppe C, Diesch E, Stolle AM, Holzl R, Schiltenswolf M, van Ackern K, Flor H (2007). Central processing of acute muscle pain in chronic low back pain patients: an EEG mapping study. *J Clin Neurophysiol*, 24 (1): 76-83.
8. Langevin HM, Sherman KJ (2007). Pathophysiological model for chronic low back pain integrating connective tissue and nervous system mechanisms. *Med Hypotheses*, 68(1): 74-80.
9. O'Sullivan P. (2012). It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain. *Brit J Sports Med.*; 46: 224–227.
10. Stevenson K, Lewis M, Hay E. (2006). Does physiotherapy management of low back pain change as a result of an evidence-based educational programme? *J Eval Clin Pract.*; 12: 365–375.
11. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother.*; 61: 68–76.
12. Bovina L. (1998). I focus group. Storia, applicabilità, tecnica, in «Valutazione», 1.

13. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. (1997). Focus on qualitative methods. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health.*; 20: 169–177.
14. Thorne S, Kirkham SR, O'Flynn-Magee K. (2008). The analytic challenge in interpretive description. *Int J Qual Methods.*; 3: 1–11.
15. Bertin G. (1986). *Decidere nel pubblico. Tecniche di decisione e valutazione nella gestione dei servizi pubblici*, ETAS Libri, Milano.
16. Josephson I, Bu'low P, Hedberg B. (2011). Physiotherapists' clinical reasoning about patients with non-specific low back pain, as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation*; 33 (23-24): 2217-2228.
17. Jeffrey JE, Foster NE. (2012). A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain. *Phys Ther*; 92 (2): 266–278.
18. Ministero della Salute, DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA (2016). *Piano Nazionale della Cronicità*.
19. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. (2002). The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J OccupRehabil.*; 12 (4): 223–232.
20. O'Sullivan P. (2005). Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther.*; 10: 242–255.
21. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, Robinson K, O'Sullivan K (2016). *Journal of Physiotherapy*, 215-221.
22. Moja E. A., Vegni E (2000). *La visita medica centrata sul paziente*.
23. O'Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, et al. (2016). What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Phys Ther.*; 96: 609–622.
24. Mariotti G, FrancoAngeli , Milano (2009). *Tempi d'attesa e priorit  in Sanita' - la selezione della domanda come strategia per la qualit *.