

L'effetto di una visita fisiatrica sui tassi di chirurgia per la lombalgia

The effect of required physiatrist consultation on surgery rates for back pain.

Fox J, Haig AJ, Todey B, Challa S

Spine (Phila Pa 1976). 2013 Feb 1;38(3):E178-84. doi: 10.1097/BRS.0b013e31827bf40c.

Abstract

Disegno di studio: studio prospettico con l'utilizzo dei database delle assicurazioni e sondaggio telefonico. **Obiettivo:** questo studio è stato effettuato per stabilire gli eventuali effetti di una regola assicurativa che prevede il consulto di un fisiatra prima del consulto chirurgico non urgente sul rinvio al chirurgo e sulle percentuali di intervento chirurgico. **Sintesi dei dati di background:** la percentuale di interventi chirurgici alla colonna vertebrale varia notevolmente da una regione all'altra e sta registrando un aumento senza, tuttavia, evidenze di una coerente diminuzione del carico della malattia. Gli sforzi per contenere gli abusi degli interventi chirurgici non hanno comportato grandi cambiamenti, soprattutto se si tengono in considerazione diversi gruppi di operatori del settore. Come esperti della colonna vertebrale da un punto di vista non chirurgico, i fisiatra potrebbero fornire ai pazienti una prospettiva diversa riguardo alle opzioni terapeutiche. **Metodi:** nel 2007, l'assicuratore ha richiesto ai pazienti con un consulto chirurgico non urgente per la colonna vertebrale di sottoporsi prima a una singola visita presso un fisiatra, il quale avrebbe ricevuto un compenso aggiuntivo per la valutazione. Sono stati confrontati i consulti chirurgici e le percentuali di intervento chirurgico relativi agli anni 2006-2007 e 2008-2010. Per stimare la soddisfazione dei pazienti è stato condotto un sondaggio telefonico automatizzato che è stato poi valutato da alcuni fisiatra. **Risultati:** gli invii al fisiatra sono aumentati del 70%, gli invii al chirurgo sono diminuiti del 48% e il numero totale degli interventi chirurgici alla colonna vertebrale ha subito una riduzione del 25%, con una concomitante diminuzione complessiva dei costi. Nonostante la diminuzione della percentuale di fusioni spinali, la percentuale degli interventi di fusione è aumentata dal 55% al 63% di tutte le procedure chirurgiche. Dei 740 pazienti sottoposti al sondaggio (percentuale di risposta pari al 48%), il 74% era soddisfatto o molto soddisfatto del consulto presso il fisiatra. Soltanto il 40% dei pazienti sottoposti a un precedente intervento chirurgico della colonna si è dichiarato soddisfatto. **Conclusioni:** la visita obbligatoria presso un fisiatra prima del consulto chirurgico ha comportato la diminuzione della percentuale degli interventi chirurgici e la soddisfazione a lungo termine dei pazienti di una vasta regione.

Commento

Fabio Zaina

I pazienti non hanno ben chiaro a quali figure professionali debbano rivolgersi per i loro disturbi alla colonna. Nell'organizzazione sanitaria italiana, il primo interpellato dovrebbe essere il medico di base, il quale, grazie alla conoscenza del paziente, ai dati anamnestici e all'esame obiettivo dovrebbe inquadrare il problema e fornire i consigli del caso. Le linee guida italiane per la gestione della lombalgia, sviluppate alcuni anni fa sotto forma di diagrammi di flusso operativi avevano proprio lo scopo di aiutare nelle scelte diagnostiche e poi terapeutiche. E sebbene i medici generalisti dovessero essere i primi

beneficiari di queste linee guida, spesso il loro operato non è congruo, forniscono informazioni non aggiornate ai pazienti, eccedono nella prescrizione di esami inutili o addirittura dannosi per l'impatto emotivo dei referti ad essi allegati. Ma non solo per questi motivi alcuni pazienti tendono a non rivolgersi ai medici di base. Spesso i pazienti hanno dei loro riferimenti di fiducia: spesso si tratta di fisioterapisti, a volte di osteopati, chiropratici, o medici specialisti. I pazienti spesso raccontano storie del tipo: il mio medico non mi fa mai fare esami, ci voleva almeno una risonanza! Il mio medico mi dà sempre solo farmaci costosi! Il mio medico non mi visita nemmeno! Preferisco andare dal "mio" fisioterapista!". Ma anche le risposte da parte di questi operatori non sono sempre congrue, ma generalmente considerate più attendibili dai pazienti. Ovviamente, la gestione delle risorse terapeutiche, i messaggi che vengono forniti, i consigli, l'atteggiamento degli operatori sanitari ha un impatto enorme nel modo di affrontare la patologia, e di conseguenza ha un impatto sulla prospettiva di recupero. Sappiamo infatti che, sebbene il recupero spontaneo e rapido sia la regola in caso di lombalgia (ma anche di cervicgia e della maggior parte dei dolori del rachide), i messaggi negativi possono spingere i pazienti verso la cronicizzazione dei sintomi. Negli Stati Uniti il problema non è molto diverso, sebbene sia caratterizzato da una peculiarità, ovvero dalla preminenza dei chirurghi vertebrali nell'inquadramento delle patologie spinali. E questo porta ad un incremento significativo dei trattamenti chirurgici, che negli USA sono nettamente più frequenti rispetto alle altre nazioni del mondo occidentale. I dati americani, inoltre, rivelano un'altra peculiarità: la distribuzione della frequenza degli interventi non è omogenea attraverso il paese, ma a macchia di leopardo, con aree che raggiungono livelli veramente inconsueti. Un vecchio studio aveva per esempio rivelato un dato sorprendente: in molte aree la frequenza degli interventi aumentava proporzionalmente al numero dei chirurghi sul territorio! Considerati gli alti costi della chirurgia, sostenuti dai privati cittadini e dalle assicurazioni private, alcuni stati hanno pensato di rivalutare l'approccio al paziente lombalgico per verificare come sia possibile gestire meglio i pazienti e ridurre al contempo i costi. In particolare nel Michigan, dove è stato realizzato il presente studio, si è pensato di modificare l'ordine nel quale i vari operatori sanitari offrivano la loro valutazione ai pazienti per l'inquadramento e la gestione del caso. Mentre di norma la figura più consultata risultava essere il chirurgo spinale, si è pensato di affidare al fisiatra la prima valutazione dei pazienti. Perché proprio il fisiatra? Perché per formazione è quello con le maggiori competenze funzionali riguardo la colonna, ma anche competenze di gestione farmacologica, terapia manuale, infiltrativa, capacità diagnostica e competenza psicologica. Tutte le altre figure, dal medico generalista, ai vari specialisti di medicina del dolore, fisioterapisti, osteopati e chiropratici non sono stati considerati idonei per una preparazione troppo settoriale. In effetti, essendo la fisioterapia trasversale a tutta la medicina, il fisiatra è probabilmente oggi il medico con la visione più ampia dal punto di vista funzionale. Dopo aver reclutato 5 centri ospedalieri, sono stati offerti brevi corsi di aggiornamento a gruppi scelti di fisiatrici (dovevano avere esperienza nel campo delle patologie vertebrali ed essere associati al NASS o altre società scientifiche analoghe), che sono stati ripetuti periodicamente per mantenere l'aggiornamento. Ad essi venivano inviati pazienti per l'inquadramento della fase acuta, entro 48 ore dall'esordio dei sintomi e fino a un massimo di 10 giorni. I pazienti potevano poi accedere secondariamente alla valutazione chirurgica se ritenuto necessario. Confrontando i dati precedenti a questo cambiamento gestionale con i successivi, si è evidenziata una significativa riduzione del numero delle procedure chirurgiche, con netta riduzione dei costi. La soddisfazione dei pazienti non è affatto calata, e i dati clinici indicano che non ci sono stati peggioramenti nelle misure di outcome. Solo i pazienti che già in passato erano stati operati hanno manifestato un forte interesse a farsi visitare dai chirurghi. In pratica con questo tipo di organizzazione è stato possibile gestire meglio i pazienti, riducendo la necessità della chirurgia, che è solo una delle possibili opzioni terapeutiche, e non la principale, anche se sono aumentati gli interventi complessi.

Una gestione del genere sarebbe possibile anche in Italia? Forse sì, anche se oggi la strada scelta è diversa, e la fase acuta è appannaggio dei medici di medicina generale e troppo spesso del Pronto Soccorso. In ogni caso ci vuole una formazione più approfondita che gestisce la fase acuta e il primo accesso al paziente, e questo passa attraverso la diffusione delle linee guida, della letteratura, e magari anche attraverso una divulgazione attraverso i media più corretta.

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2014-F1-40-1) Nel presente studio, per la lombalgia acuta, è stata in prima battuta consigliata una visita:

- a. neurochirurgica
- b. fisiatrice
- c. di medicina generale
- d. valutazione del fisioterapista

*Tutte le domande dei singoli articoli (identificate dal codice sopra indicato) saranno raccolte nel **questionario finale** che dovrà essere compilato nel mese di dicembre da parte di coloro che si sono iscritti (o si iscriveranno) al programma facoltativo di FORMAZIONE A DISTANZA - **FAD** (vedi www.gss.it/associa.htm) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD*