



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Università degli Studi di Genova

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

Anno Accademico 2011/2012

Campus Universitario di Savona

**L'INFLUENZA DEI FATTORI PSICOSOCIALI
NELL'INSORGENZA, GESTIONE E
CRONICIZZAZIONE DEL
DOLORE LOMBO-PELVICO**

Candidato

Dott.ssa FT Elisa Giubileo

Relatore

Dott.ssa OMT FT Emy Pistola

INDICE

1. ABSTRACT	pag. 1
2. INTRODUZIONE	pag. 2
3. MATERIALI E METODI	pag. 4
3.1 FLOWCHART DI SELEZIONE	pag. 5
3.2 TABELLA SINOTTICA ARTICOLI ESCLUSI	pag. 6
3.3 TABELLA SINOTTICA ARTICOLI INCLUSI: PGP	pag. 8
3.4 TABELLA SINOTTICA ARTICOLI INCLUSI: LBP	pag. 12
4. RISULTATI	pag. 19
5. DISCUSSIONE	pag. 27
6. CONCLUSIONI	pag. 30
7. BIBLIOGRAFIA	pag. 31

1. ABSTRACT

Introduzione: Il dolore lombo-pelvico riguarda una serie di patologie largamente diffuse nella popolazione ed evolve in uno stato cronico se non viene adeguatamente valutato e curato.

Obiettivi: Questa revisione ha come primo obiettivo quello di analizzare i possibili fattori di rischio/prognostici psicosociali determinanti nella comparsa del dolore lombopelvico, dopo averlo classificato in due sottogruppi: il PGP (correlato anche alla gravidanza) ed il LBP.

Secondo obiettivo sarà quello di spiegare come i fattori psico-sociali debbano rientrare nella gestione di tali pazienti, seguendo il modello bio-psico-sociale.

Materiali e Metodo: La ricerca è stata effettuata mediante il motore di ricerca PubMed, all'interno della banca dati Medline (fino a maggio 2013). I limiti inseriti sono stati: reperibilità del full text, pubblicazioni successive al 1990 e articoli di lingua inglese o italiana.

Risultati: La depressione, lo stress, il catastrofismo e la kinesiofobia sono i fattori psicosociali fortemente correlati con il PGP, mentre il coping passivo, l'insoddisfazione lavorativa, alti livelli di disabilità, la somatizzazione e lo stress emozionale influenzano significativamente il LBP.

I fattori psicosociali devono essere individuati precocemente per evitare che il disturbo si cronicizzi, a partire, quindi, dalle prime settimane gestazionali e dagli stati acuti di LBP.

Conclusioni: Il trattamento del dolore lombo-pelvico deve iniziare nelle fasi acute di insorgenza dello stesso attraverso il riconoscimento e la valutazione delle “yellow flags”, che sono considerate i maggiori fattori predittivi di cronicizzazione. Il fisioterapista riveste un ruolo fondamentale sia nella fase valutativa sia nella messa in atto di quelle strategie riabilitative che includono, oltre ad una maggiore capacità comunicativa col paziente, un'adeguata gestione dei fattori psicosociali: l'approccio terapeutico che porta a migliori risultati è la riabilitazione multidisciplinare ed, in particolare, la terapia cognitivo-comportamentale.

2. INTRODUZIONE

Il termine “lumbopelvic pain” individua una condizione dolorosa sia lombare sia pelvica ed è indicato solamente nel caso in cui non si sia differenziata diagnosticamente la prevalenza tra dolore lombare e Peripartum Pelvic Pain (dolore pelvico peri-partum) ^[13].

Il “low back pain” non specifico (LBP) è definito come dolore tra il margine costale inferiore e le pieghe glutee, a cui può essere associato dolore riferito alle gambe (“leg pain”, LP) ^[13]; questa è una patologia che affligge entrambi i sessi in diverse fasi della vita e si stima che colpisca tra il 50% e l’80% della popolazione di tutto il mondo. La sua prevalenza annuale nella popolazione generale è compresa tra il 25% ed il 60% e la prevalenza ad 1 mese si aggira attorno al 30%. È associato ad una ridotta qualità della vita, disabilità, assenza dal lavoro con relativa perdita di produttività ed alti costi per l’assistenza sanitaria ^[23, 26].

Con “pelvic girdle pain” (PGP) si intende quel dolore localizzato alla sinfisi pubica e/o tra la cresta iliaca posteriore e la piega glutea (in particolare in prossimità dell’articolazione sacroiliaca) che può diffondere alla faccia postero-laterale della coscia ^[2]; per quest’ultimo è necessario escludere disturbi di tipo ginecologico e/o urologico.

La gravidanza rappresenta un rischio specifico per il dolore lombopelvico, perciò in questo caso si parla di Peripartum Pelvic Pain (PPPP) e del suo sinonimo Pregnancy-related Pelvic Girdle Pain (PPGP), ovvero dolore al cingolo pelvico correlato alla gravidanza. Il PGP può essere considerato una forma specifica di LBP che può presentarsi separatamente o in associazione ad esso. Il PPPP si verifica durante la gravidanza o entro le prime 3 settimane dopo il parto, con un esordio solitamente nella seconda metà della gravidanza (più alta intensità tra la 24° e 36° settimana di gestazione) ^[1].

È ormai largamente approvato il fatto che la gestione dei dolori lombo-pelvici debba iniziare sin dalle prime fasi di insorgenza dello stesso ^[27]; in particolare, in questa fase è necessario riconoscere e valutare, oltre all’intensità del dolore e all’impatto funzionale, eventuali “red flags” (segni di patologie serie) e i fattori prognostici, spesso indicati coi termini “blue, black e yellow flags” ^[14].

Le “blue flags” racchiudono tutte quelle credenze e percezioni riguardo la relazione tra il lavoro e lo stato di salute del soggetto, mentre le “black flags” sono rappresentate da tutti quegli ostacoli contestuali e del sistema (come la legislazione che regola il lavoro, i conflitti con le assicurazioni, l’eccessiva premura da parte di familiari o di assistenti sanitari, il carico lavorativo).

Per quanto riguarda le “yellow flags”, Kendall coniò questo termine per comprendere i fattori di rischio psicologici, sociali ed ambientali che causano il perpetuarsi della disabilità e il mancato ritorno al lavoro come conseguenza di un disturbo muscolo-scheletrico ^[33]. Nel 1999 vennero quindi identificati questi fattori in:

- giudizi e credenze sul dolore (come l'aspettativa di un fallimento del trattamento o l'incontrollabilità del dolore);
- risposte emozionali (stress non correlato a specifici disordini mentali, paure, preoccupazioni, ansia);
- comportamenti in risposta allo stato algico, comprese le strategie di coping (evitamento delle attività per paura di provare dolore o di recidivare, eccessiva dipendenza da trattamenti passivi).

Attraverso recenti studi epidemiologici, l'indagine precoce di questi fattori di rischio è stata valutata come una possibile strategia da applicare a quei pazienti potenzialmente a rischio di una prognosi peggiore e come un potenziale metodo per migliorare l'efficacia e l'efficienza della cura [15, 17].

Come emergerà dalla revisione effettuata, i fattori psicosociali sono considerati i migliori fattori predittivi per la cronicizzazione del disturbo.

Il dolore serve per segnalare un danno o una malattia nel corpo; quando è acuto, è un indicatore della localizzazione, natura e severità di un disturbo fisiologico. Tuttavia una serie di fattori fanno sì che l'esperienza algica diventi cronica; il dolore cronico perde quindi la sua utilità come indicatore di un danno fisico e produce un'influenza nociva sull'equilibrio fisico, cognitivo ed emozionale del soggetto.

Il dolore è infatti un costrutto complesso che contribuisce a una profonda disfunzione fisica e psicologica, in particolare per quanto riguarda il coping di quegli individui che soffrono di dolore cronico. È stato ben dimostrato come l'esperienza dolorosa sia influenzata da diversi fattori, non solo da quelli anatomici, come è stato osservato nel LBP, in cui quasi tutte le strutture anatomiche della colonna sono una potenziale causa di dolore, se irritate; gli interventi diretti solo a queste ultime, in assenza di "red flags", si sono rivelati meno efficaci nel provvedere ad un sollievo dal dolore a lungo-termine. [22]

Data quindi la variabilità del dolore riferito e la difficoltà nell'identificare in modo preciso una specifica struttura anatomica che genera il fenomeno algico, l'approccio alla cura di questi problemi dovrà enfatizzare altri aspetti (psicologici, sociali ed ambientali).

Con questo lavoro, quindi, si vogliono raccogliere le evidenze fino ad oggi presenti in letteratura così da mettere in rilievo come i fattori psicosociali influenzino il vasto mondo del dolore lombopelvico.

3. MATERIALI E METODI

Per raggiungere gli obiettivi della tesi è stata effettuata una revisione sistematica della letteratura, condotta attraverso una ricerca mediante il motore di ricerca PubMed, all'interno della banca dati Medline (fino a maggio 2013).

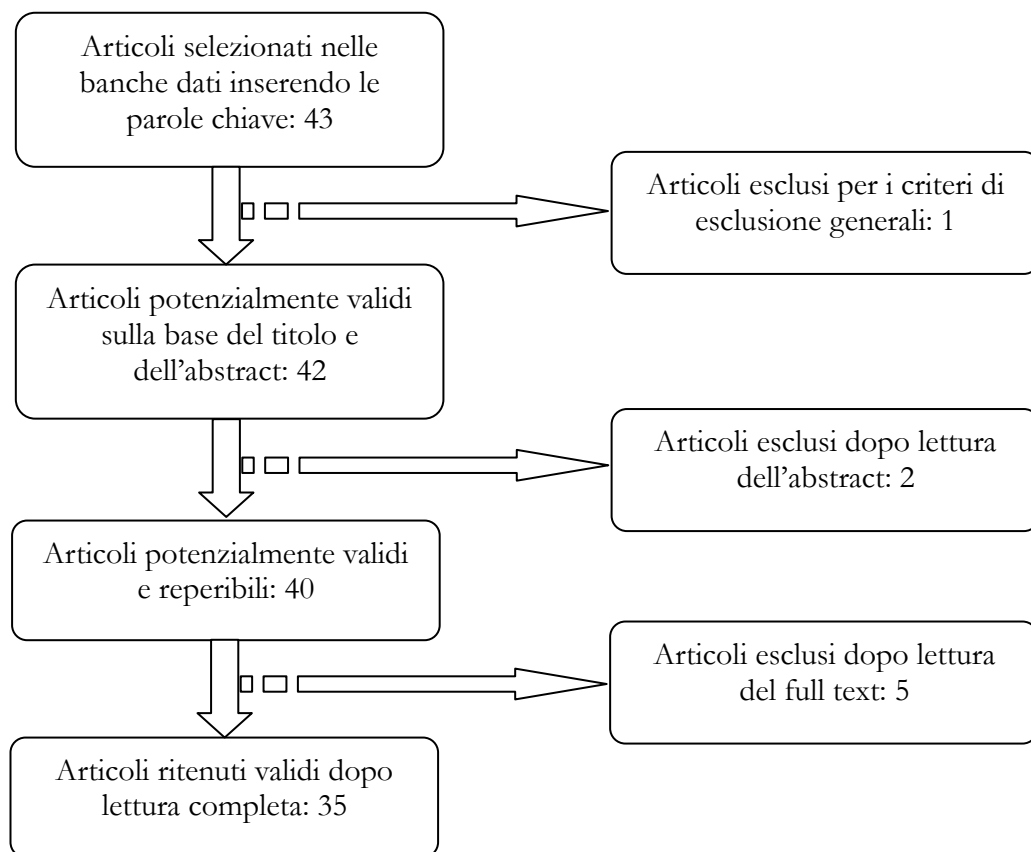
Le parole chiave utilizzate sono state: “low back pain”, “pelvic girdle pain”, “lumbopelvic pain”, “pregnancy”, “psychosocial factors”, “risk factors”, “recovery”, “multidisciplinary rehabilitation”. Sono state sfruttate le loro possibili combinazioni e utilizzati gli operatori booleani “AND” e “OR”.

La selezione degli articoli è stata fatta in base al titolo, alla lettura dell'abstract e dell'articolo e ai criteri di inclusione ed esclusione.

I criteri di inclusione, coincidenti con i limiti imposti alla ricerca, sono stati: articoli dei quali fosse disponibile la versione completa, pubblicazioni dal 1990 in poi, consultabili in lingua inglese o italiana, studi su umani adulti. Non vi è stata nessuna limitazione alla tipologia di studio da consultare.

Per quanto riguarda i criteri di esclusione in questo lavoro non sono stati considerati gli articoli che trattassero il dolore lombo-pelvico in specifiche tipologie di pazienti (osteoporosi, mielopatia, sciatica, cauda equina, ernie discali, infezioni, post-operazioni vertebrali, tumori...), lingua diversa dall'inglese, non reperibilità del full text.

3.1 FLOWCHART DI SELEZIONE



3.2 TABELLA SINOTTICA ARTICOLI ESCLUSI

TITOLO DI STUDIO E RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO	MOTIVO DI ESCLUSIONE
Chang HY, Yang YL, Jensen MP, Lee CN, Lai YH. <i>The experience of and coping with lombopelvic pain among pregnant women in Taiwan</i> . Pain Med. 2011 Jun;12(6):846-53.	Il campione di donne preso in considerazione riguarda una popolazione specifica (Taiwan).
HS Robinson, AM Mengshoel, MB Veierød, N Vøllesta. <i>Pelvic girdle pain: potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum</i> . Manual Therapy 15 (2010) 522-528.	Vengono considerati solo i test di provocazione del dolore lombopelvico come fattori di rischio.
Stuge B. <i>Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain</i> . TidsskrvNor Laegeforen 2010 Nov 4;130(21):2141-5.	L'articolo è disponibile solo in lingua norvegese.
Weil YA, Hierholzer C, Sama D, Wright C, Nousiainen MT, Kloen P, Helfet DL. <i>Management of persistent postpartum pelvic pain</i> . Am J Orthop (Belle Mead NJ) 2008 Dec;37(12):621-6.	L'articolo riguarda donne operate di stabilizzazione chirurgica al cingolo pelvico.
Crawford C, Ryan K, Shipton E. <i>Exploring general practitioner identification and management of psychosocial Yellow Flags in acute low back pain</i> . N Z Med J. 2007 May 18;120(1254):U2536.	L'articolo è centrato sul comportamento dei medici che non seguono le linee guida sulle "yellow flags" nel fare diagnosi di dolore lombopelvico.
Gutke A, Ostgaard HC, Oberg B <i>Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning</i> . Spine (Phila Pa 1976). 2006 Mar 1;31(5):E149-55.	I fattori psicosociali non sono stati presi in considerazione; la valutazione è stata effettuata attraverso la compilazione di questionari validati e test di provocazione del dolore.
Bastiaenen CH, de Bie RA, Vlaeyen	Gli autori propongono un trattamento post-partum

JW, Goossens ME, Leffers P, Wolters PM, Bastiaanssen JM, Brandt PA, Essed GG <i>Long-term effectiveness and costs of a brief self-management intervention in women with pregnancy-related low back pain after delivery.</i> BMC Pregnancy Childbirth. 2008 May 30;8:19.	da condurre in autonomia in cui però non vengono sufficientemente esaminati i fattori psicosociali.
Nina K. Vøllestad and Britt Stuge <i>Prognostic factors for recovery from postpartum pelvic girdle pain.</i> Eur Spine J. 2009 May; 18(5): 718–726.	Il campione di donne selezionato è troppo basso (78 soggetti) e, quindi, i risultati sono poco indicativi.

3.3 TABELLA SINOTTICA ARTICOLI INCLUSI: PELVIC GIRDLE PAIN

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVI	RISULTATI
Chang HY et al. ^[1] 2012	Cross-sectional correlational research	Esaminare l'associazione tra i fattori psicologici e sociali correlati al dolore e l'intensità del dolore lombo- pelvico correlato alla gravidanza.	Il livello di educazione, l'intensità del dolore ed il catastrofismo sono fattori psicosociali associati alla presenza del dolore lombo- pelvico in gravidanza. Si rivela utile adottare un modello biopsicosociale per comprendere e trattare più efficacemente questo problema.
Kovacs FM et al. ^[2] 2012	Cross-sectional, multicenter study	Determinare la prevalenza del LBP, del LP e del PGP in un gruppo di gestanti spagnole e identificare i fattori associati ad un maggior rischio.	Nel LBP correlato a gravidanza tra i fattori di rischio correlati c'è l'ansia, mentre nel PGP è citata la depressione.
Stomp-van den Berg SG et al. ^[3] 2012	RCT	Esaminare quali fattori durante la gravidanza e nel post-partum siano predittivi di PGP nelle 12 settimane post-partum in donne lavoratrici.	Tra i fattori psicosociali, un alto livello di somatizzazione in gravidanza e nelle 6 settimane post-partum correla con il PGP post- partum.

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVI	RISULTATI
Olsson CB et al. ^[4] 2012	Research report	Investigare le associazioni tra il catastrofismo ed il dolore lombo-pelvico.	Esiste associazione tra il catastrofismo correlato alla gravidanza ed il dolore lombo-pelvico e l'abilità fisica nel post-partum.
A Gutke et al. ^[5] 2011	Original article	Valutare la prevalenza nei 3 mesi post-partum di diversi fattori tra cui la kinesiophobia e investigare l'associazione tra la disabilità e questi fattori, tra cui i sintomi depressivi.	La kinesiophobia spiega solo in parte la disabilità post-partum data dal dolore lombo-pelvico insieme all'intensità del dolore e alla qualità della vita correlata alla salute. Non c'è significatività statistica per quanto riguarda i sintomi depressivi.
Robinson HS et al. ^[6] 2010	Research article	Studiare l'associazione tra i fattori socio-demografici, psicologici e clinici nelle prime settimane di gravidanza e la disabilità o l'intensità del dolore alla 30 ^{ma} settimana di gestazione.	L'identificazione dei fattori di rischio sin dalle prime settimane di gravidanza risulta utile per adottare strategie preventive per evitare lo sviluppo del PGP. Tra questi fattori, vengono citati il lavoro pesante ed alti livelli di stress.

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVI	RISULTATI
Vermani E et al. ^[7] 2010	Review article	Focalizzare l'attenzione sulla diagnosi e la gestione del PGP e del LBP correlato alla gravidanza.	Tra i maggiori fattori di rischio psicosociali, viene citato l'alto carico lavorativo; meno evidenza viene data agli alti livelli di stress e la soddisfazione sul campo lavorativo.
A Vleeming et al. ^[8] 2008	Clinical Guidelines	Fornire una visione d'insieme sulla diagnosi ed il trattamento del PGP.	Tra i fattori di rischio citati nel PGP correlato alla gravidanza, ci sono solo poche evidenze a riguardo dell'alto carico lavorativo.
Gutke A et al. ^[9] 2008	Cohort study	Esaminare l'evoluzione del LBP durante la 12 ^{ma} e 18 ^{ma} settimana di gestazione e nei 3 mesi post-partum Evidenziare potenziali fattori predittivi nel PGP che persiste o nel dolore lombopelvico combinato post-partum.	La gravidanza ha un basso impatto sul decorso del dolore lombare. La combinazione di LBP e PGP in gravidanza è un fattore predittivo negativo per il PGP o dolore combinato post-partum, insieme all'insoddisfazione lavorativa, all'età avanzata e alla ridotta forza dei muscoli flessori del tronco.

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVI	RISULTATI
O'Sullivan PB et al. [10] 2007	Review	Esporre le conoscenze sui disordini causati dal PGP.	Esiste un'interazione tra i fattori psicosociali (quali strategie di coping passive, false credenze, ansia e depressione) ed il PGP, con conseguente sviluppo di dolore e disabilità.
Latthe P et al. [11] 2006	Systematic review	Valutare i fattori che predispongono le donne a sviluppare dolore pelvico cronico e ricorrente.	Esistono molti fattori ginecologici e psicosociali che sono associati al dolore pelvico cronico, come sintomi psicologici, ansia, depressione e somatizzazione.
Albert HB et al. [12] 2006	Original article	Trovare specifici fattori prognostici che portino a sviluppare PGP in gravidanza.	Esistono una serie di fattori di rischio fisici e psicosociali: storia di precedenti LBP, traumi alla schiena o alla pelvi, alti livelli di stress e bassa soddisfazione lavorativa.
Wu WH et al. [13] 2004	Systematic review	Presentare sotto ogni aspetto il PPGP.	Esistono fattori che predispongono al dolore lombo-pelvico correlato alla gravidanza: c'è una forte evidenza per il lavoro pesante, per precedenti episodi di LBP e per precedenti episodi di dolore lombo-pelvico durante o dopo la gravidanza.

3.4 TABELLA SINOTTICA ARTICOLI INCLUSI: LOW BACK PAIN

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI
Pillastrini P et al. ^[14] 2012	Original article	Presentare e comparare le migliori raccomandazioni per la gestione del CLBP aspecifico in fase acuta.	La valutazione dei fattori prognostici (yellow, blue and black flags) è sempre fortemente raccomandata: in particolare, vengono citati gli interventi fisici e psicologici con terapia cognitivo- comportamentale e l'esercizio.
Beneciuk JM et al. ^[15] 2012	Observational, prospective cohort study	Valutare la validità predittiva del SBT paragonato ad altri test che valutano fattori di rischio psicologici.	Nei pazienti che seguono terapie fisiche per il LBP, lo stress psicologico non è sempre predittivo dell'intensità del dolore e per valutarlo è importante inoltre somministrare test specifici.
Verkerk K et al. ^[16] 2012	Systematic review	Valutare i fattori prognostici per l'intensità del dolore, la disabilità, il ritorno al lavoro, la qualità della vita e l'effetto globale percepito da pazienti con CLBP.	Esistono solo basse evidenze su quali fattori prognostici siano fondamentali durante la gestione di un paziente con CLBP non-specifico.

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI
Foster NE et al. ^[17] 2011	Review	Riassumere le prospettive psicosociali da inserire nelle decisioni cliniche e nella pratica del terapeuta con pazienti che soffrono di LBP.	È necessario accrescere il ruolo del terapeuta nell'educare i pazienti, identificare meglio e porre come obiettivo i fattori psicosociali che ostacolano il recupero e, infine, ricevere raccomandazioni avanzate da un team multidisciplinare.
Moix J et al. ^[18] 2011	Original research article	Valutare l'influenza dell'intensità del dolore, catastrofismo, rabbia, ansia e depressione nella disabilità a cui porta il CLBP aspecifico.	Esiste una forte correlazione tra il LBP ed i fattori psicosociali citati; in particolare, l'ansia correla maggiormente con la disabilità.
Nicholas MK et al. ^[19] 2011	Review	Valutare se le Yellow Flags influenzano la prognosi in persone con LBP acuto o sub-acuto. Verificare se l'individuazione delle YF produca un miglior risultato.	Molti fattori psicologici sono correlati con una prognosi negativa. È necessario individuare le YF sin dalle prime fasi di intervento per evitare di sviluppare disabilità a causa del dolore muscolo-scheletrico.

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI
Main CJ et al. ^[20] 2011	Prospective article	Offrire un nuovo approccio alla terapia fisica (“psychologically informed practice”) come prevenzione secondaria della disabilità.	Il terapeuta dovrebbe identificare i processi psicologici e psicosociali che alterano la percezione del dolore e ostacolano il recupero ottimale ed intervenire su quelli che sono modificabili.
Hill JC et al. ^[21] 2011	Review	Fornire una visione completa di come i fattori psicosociali influenzano il LBP, la disabilità e la risposta al trattamento.	Per migliorare il ragionamento clinico e ridurre la variabilità dei trattamenti, sono necessari numerosi approcci complementari che caratterizzano i diversi modi in cui i fattori psicosociali influenzano la risposta al trattamento.
Nicholas MK et al. ^[22] 2011	Review	Spiegare e descrivere l'applicazione dei principi psicologici e del ragionamento clinico nella gestione del CLBP.	Le abilità nel valutare, programmare e comunicare coi pazienti sono essenziali per il fisioterapista. Inoltre l'individuazione delle YF e il conseguente intervento bio-psico-sociale producono migliori risultati.

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI
Ramond A et al. ^[23] 2011	Systematic review	Fornire un quadro sul valore prognostico dei fattori psicosociali nel passaggio da LBP acuto aspecifico a quello cronico.	La depressione, lo stress psicologico, il coping passivo e la paura del dolore sono talvolta correlati con un outcome peggiore.
Sullivan MJL et al. ^[24] 2010	Cohort study	Esaminare il profilo dei cambiamenti fisici e psicosociali che si manifestano durante la fisioterapia associata ad un intervento psicosociale.	L'intervento psicosociale attuato dal fisioterapista può portare ad una riduzione significativa nei fattori di rischio psicosociali per quanto riguarda dolore e disabilità e può contribuire al raggiungimento di outcome migliori.
Dufour N et al. ^[25] 2010	RCT	Comparare l'efficacia di due terapie attive per il CLBP.	La riabilitazione multidisciplinare biopsicosociale è risultata efficace nel ridurre il dolore e la disabilità nonché nell'anticipare il ritorno al lavoro nel CLBP.
M van Middelkoop et al. ^[26] 2010	Systematic review	Determinare l'efficacia degli interventi fisici e riabilitativi per il CLBP.	Il trattamento multidisciplinare o quello comportamentale si è rivelato il migliore nel ridurre l'intensità del dolore e il numero di giorni di malattia.

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI
BW Koes et al. ^[27] 2010	Review article	Presentare e comparare i contenuti delle LG internazionali per la gestione del LBP.	Nel LBP acuto si rivelano fondamentali la precoce e graduale attivazione del paziente, disincentivare il riposo a letto e riconoscere i fattori psicosociali in quanto fattori di rischio per la cronicizzazione del LBP.
National Collaborating Centre for Primary Care ^[28] 2009	Clinical guideline	Fornire valide indicazioni nella gestione del paziente con LBP non- specifico.	I programmi di trattamento fisici e psicologici devono includere un approccio cognitivo-comportamentale e l'esercizio.
Clays E et al. ^[29] 2007	Epidemiologica I cohort study	Descrivere l'impatto dei fattori psicosociali, correlate o meno al lavoro, sulla prevalenza del LBP.	La prevalenza del LBP negli uomini è correlata alla scarsa capacità decisionale ed al basso supporto sociale sul lavoro, mentre per le donne una forte insicurezza ed insoddisfazione lavorativa, lo stress sul lavoro sono meno importanti nella cronicizzazione del LBP; hanno più influenza altre condizioni psicologiche- emozionali come la depressione.

PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI
Chou R et al. ^[30] 2007	Clinical guideline	Presentare le evidenze disponibili per la valutazione e la gestione del LBP acuto e cronico.	È necessaria la valutazione dei fattori di rischio psicosociali in quanto predittivi di cronicizzazione del LBP. Nel trattamento del LBP cronico o sub-acuto, la terapia cognitivo-comportamentale porta a miglioramenti significativi.
Krismer M et al. ^[31] 2007	Review	Valutare l'evidenza e sviluppare raccomandazioni nella gestione del LBP non-specifico.	Il trattamento comportamentale e programmi multidisciplinari possono ridurre il dolore ed aumentare/mantenere le attività funzionali dei pazienti con CLBP, insieme ad un allenamento aerobico e di resistenza.
Lang E et al. ^[32] 2003	Prospective article	Comparare gli outcome di un programma di riabilitazione multidisciplinare (MRP) con quello classico adottato dai medici nei pazienti con CLBP.	La MRP è un metodo in grado di migliorare la qualità di vita correlata alla salute nei pazienti con CLBP.

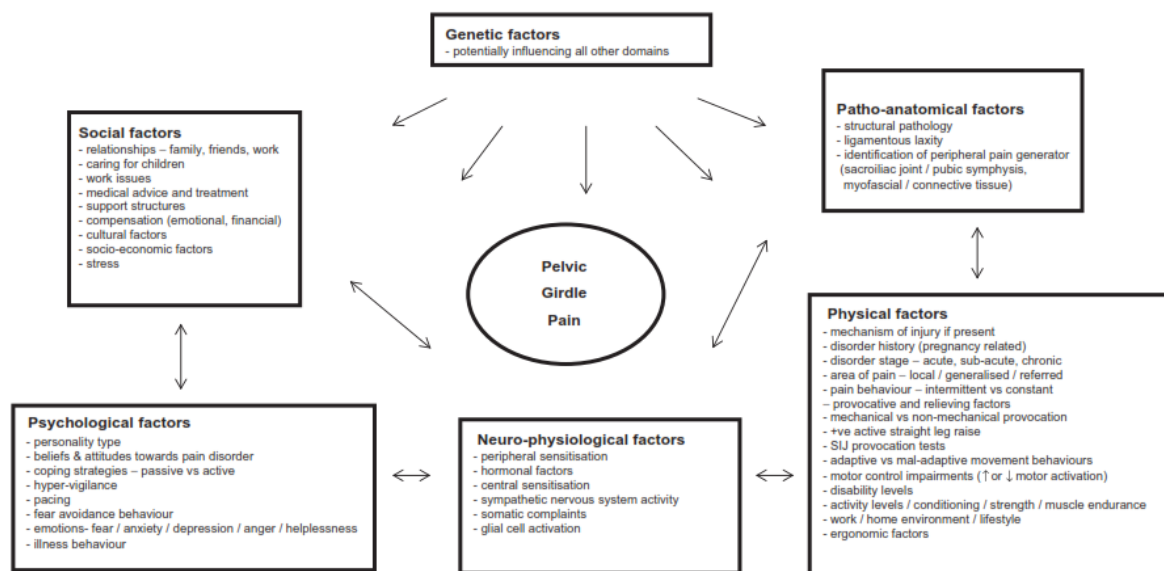
PRIMO AUTORE/ANNO DI PUBBLICAZIONE	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI
Kendall NA et al. ^[33] 1999	Review	Descrivere i fattori psicosociali e come questi si inseriscano nella gestione e nella possibile cronicizzazione del LBP.	I fattori psicosociali sono i migliori predittori per la cronicizzazione del LBP e vanno riconosciuti nelle prime settimane in cui insorge il problema.
Duquesnoy B et al. ^[34] 1998	Prospective cross-sectional study	Valutare l'impatto psicosociale ed occupazionale del CLBP.	I fattori psicosociali e quelli correlati all'ambiente lavorativo sono i migliori predittori della inabilità a lavorare più che i fattori fisici.
Gatchel RJ et al. ^[35] 1995	Cohort study	Stimare il potere predittivo di una valutazione dei fattori psicosociali e della personalità nell'identificare i pazienti con LBP acuto che possono sviluppare CLBP.	La disabilità a cui porta il CLBP è un complesso fenomeno psico-socio-economico. Esiste un forte "fattore di disabilità psicosociale": è dato dalla combinazione di dolore/disabilità, dallo stress psicologico, dal possedere un indennizzo lavorativo o un'assicurazione per infortunio e dall'essere di sesso femminile.

4. RISULTATI

Secondo Chang ^[1], esistono diversi fattori psico-sociali che possono contribuire al PPGP: prima di tutto il catastrofismo, che è associato alla presenza di dolore, ma non alla sua intensità, e ad una ridotta qualità di vita; una possibile spiegazione di ciò è che molte donne incinte si aspettano di provare dolore durante la gestazione e ritengono che questo sia temporaneo e si risolverà dopo il parto; gli altri fattori di rischio citati riguardano lo stato economico, il livello di educazione ed il carico lavorativo. Questa ricerca, infine, sottolinea l'utilità di un modello biopsicosociale per meglio comprendere e trattare più efficacemente il PPGP, dato che il catastrofismo è un fattore di rischio modificabile e variabile, su cui è possibile intervenire. Kovacs ^[2] aggiunge la depressione come fattore di rischio del PGP, mentre, parlando del LBP correlato alla gravidanza, cita l'ansia. L'alto carico lavorativo e la presenza di stress sono stati presi in considerazione negli studi di Vermani ^[7] e Robinson ^[6]: in particolare, per quest'ultimo si rivela fondamentale identificare tali fattori sin dalle prime settimane di gravidanza, al fine di poter adottare adeguate strategie preventive per evitare l'insorgere del PGP.

Albert ^[12] e Wu ^[13] hanno fornito invece un quadro d'insieme dei diversi fattori di rischio: tra quelli fisici viene riportata la storia di LBP precedenti alla gravidanza, traumi alla schiena o alla pelvi ed essere pluripara, mentre tra quelli psicosociali gli alti livelli di stress e la bassa soddisfazione in ambito lavorativo.

Nella revisione di O'Sullivan ^[10] vengono esaminate le conoscenze e le convinzioni comuni che riguardano le disabilità derivanti dal PGP, di cui viene data un'ampia ed esauriente classificazione. Soffermandoci sul PGP mediato perifericamente, molti fattori cognitivi e psicosociali (false credenze, elevati livelli di stress e di ansia, strategie di coping passive) sono invariabilmente connessi a questo disordine influenzando in modo sostanziale l'amplificazione del dolore e la disabilità conseguente. Da ogni disordine citato, emerge come esista una connessione comune formata da una fitta rete multifattoriale biopsicosociale (Tab. 1).



Tab. 1 I fattori biopsicosociali da considerare nella diagnosi e nella classificazione del PGP.

Parlando invece di PGP nel post-partum, esistono diverse evidenze che testimoniano come la presenza di fattori psicosociali possano influenzare questo problema.

Secondo Stomp ^[3], un alto livello di somatizzazione durante la gravidanza e nelle 6 settimane dopo il parto è predittivo di PGP nelle 12 settimane post-partum; col termine somatizzazione si intende quella condizione in cui la persona non sa spiegare i propri sintomi quali mal di testa e di stomaco, variazioni della frequenza cardiaca, fiato corto, nausea. Una spiegazione a ciò potrebbe essere che le donne affette da PGP siano probabilmente più consapevoli delle proprie sensazioni fisiche.

Olsson ^[4] ha invece analizzato la relazione tra catastrofismo e l'abilità fisica nel post-partum, misurando ciò attraverso due scale validate, ovvero la *Pain Catastrophizing Scale* e la *Disability Rating Index*: dal campione preso in considerazione nello studio, è risultato che in una donna su tre il livello di catastrofismo cambia nel tempo (dalla 19^{ma} alla 37^{ma} settimana di gestazione e nei 6 mesi successivi) ed è associato al dolore ed alle ridotte capacità fisiche, sia durante la gravidanza che nel post-partum.

Per ultimo, Gutke ha analizzato in diversi suoi lavori ^{[5], [9]} alcuni fattori predittivi del dolore lombopelvico: nei casi in cui le donne con PGP vengono istruite ad evitare le attività che inducano dolore, si instaura un circolo vizioso in cui anche dopo il parto questa paura del dolore (la kinesiophobia) persiste causando ulteriore disabilità. Esistono altri fattori predittivi negativi per il PGP o per il dolore combinato (PGP e LBP) nel post parto e questi sono appunto la combinazione tra PGP e LBP in gravidanza, l'insoddisfazione lavorativa, l'età avanzata e la ridotta forza dei muscoli flessori del tronco.

Esistono delle analogie per quanto riguarda i fattori psicosociali che vengono presi in considerazione nel caso di LBP.

Moix ^[18] ha valutato come il LBP cronico aspecifico sia fortemente influenzato dal catastrofismo, dalla rabbia, dalla depressione e dall'ansia: in particolare quest'ultimo aspetto correla maggiormente con la disabilità.

Nicholas ^[19] conferma nella propria revisione del 2011 l'esistenza di molti fattori prognostici negativi da individuare già nelle fasi acute del LBP; una volta identificati, si rivelano necessari degli adeguati interventi psicologici da personalizzare a seconda dei casi. Ciò porta a risultati nettamente migliori rispetto al caso in cui questi fattori vengano ignorati o siano forniti dei trattamenti generalizzati aspecifici.

Ramond ^[23] ha analizzato nella propria review 16 fattori psicosociali divisi in 3 domini: sociale e socio-occupazionale, psicologico e cognitivo-comportamentale (Tab. 2).

Social and socio-occupational factors	Description	Measurement scales used in the papers included
SEC/work status	Contains different notions: level of income; distinction between blue-collar and white-collar workers; between employed and non-employed people	N/A
Educational level	Number of years in education or highest diploma	N/A
Civil status	Marital status or distinction between living alone and cohabiting	N/A
Job satisfaction	Overall satisfaction or in-depth evaluation of the psychosocial characteristics of the work situation	Job content questionnaire, overall job satisfaction scale, job descriptive index, modified work APGAR
Compensation issues	Compensation status (compensated sick leave, disability pension ...) or worker's perception of his compensation status and of the employer's response to his claim	N/A
Social support	Relation with and support from family, friends, neighbours, groups ...	Duke-UNC-functional social support, GHQ-social dysfunction, SF-36-social functioning

SEC, socio-economic classification; N/A, not applicable; APGAR, adaptability, partnership, growth, affection, resolve; UNC, University of North-California; GHQ, General Health Questionnaire; SF-36, Short-Form-36 items.

Psychological factors	Description	Measurement scales used in the papers included
Depression		Beck depression inventory, CES-depression scale, GHQ-severe depression, Hamilton rating scale for depression, Zung depression index
Anxiety		GHQ-anxiety/insomnia, Spielberg state-trait anxiety inventory
Somatization		Modified somatic perception questionnaire
Psychological distress	Assesses non-specific psychological distress rather than specific psychiatric diagnoses; often mixes items from depression and/or anxiety series with other elements	Hopkins Check List-25, negative emotionality scale, SF-36-mental health, ALBPSQ-psychological factors, distress and risk assessment method

CES, Center for Epidemiological Studies; GHQ, General Health Questionnaire; SF-36, Short-Form-36 items; ALBPSQ, Acute Low Back Pain Screening Questionnaire.

Tab. 2 Descrizione dei fattori psicosociali considerati nello studio di Ramond.

Cognitive and behavioural factors	Description	Measurement scales used in the papers included
Pain control	Assesses the patient's perception of control over his pain	Loci of control of behaviour scale, pain locus of control
Coping strategies	Evaluates cognitive and behavioural strategies developed by a patient to cope with his pain. The strategies are divided into two groups: active coping (e.g. increasing activities or diverting attention) and passive coping (e.g. praying or catastrophizing)	Coping strategies questionnaire, pain coping inventory, Vanderbilt pain management inventory, pain catastrophizing scale
FAB	Measures the fears related to pain and kinesiophobia (fears of re-injury due to movement)	Fear-avoidance beliefs questionnaire, Tampa scale for kinesiophobia
General health	Often mixes somatic and psychosocial items	SF-36, GHQ, Nottingham health profile
Patient's expectations	Patient's evaluation of risk of persistent LBP, patient's prediction about 'getting better soon', return to work, return to usual activities	N/A
Care provider's judgement	Care provider's opinion on: the patient's vulnerability to mental stress, susceptibility to develop LBP, involvement of psychosocial problems in LBP	N/A

N/A, not applicable. SF-36, Short-Form-36 items; GHQ, General Health Questionnaire.

Tab. 2 Descrizione dei fattori psicosociali considerati nello studio di Ramond.

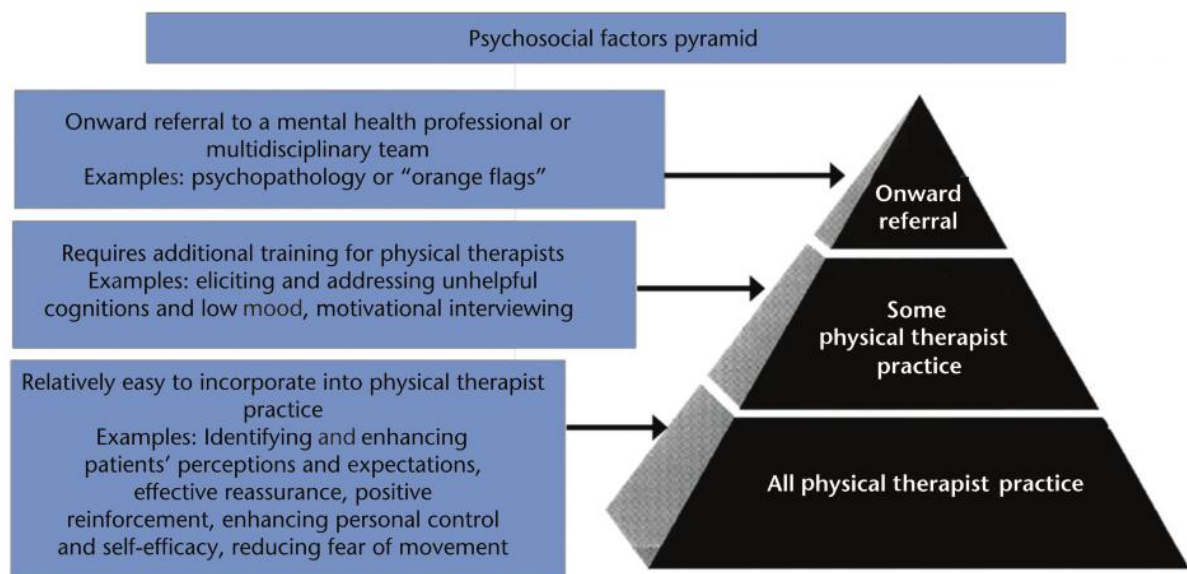
Solo pochi fattori di rischio sono correlati con un outcome peggiore nel LBP: questi sono la depressione, lo stress psicologico, le strategie di coping passive e i comportamenti da evitamento del dolore.

Nello studio epidemiologico di coorte di Clays ^[29], è stato descritto l'impatto dei fattori psicosociali, legati o meno alla sfera lavorativa, somministrando dei questionari che i soggetti compilavano in autonomia (come il *Job Content Questionnaire*): è risultato che dopo 6.6 anni in media dall'insorgenza del LBP esiste una correlazione tra il LBP stesso ed alla scarsa capacità decisionale ed al basso supporto sociale sul lavoro negli uomini, mentre per le donne una forte insicurezza ed insoddisfazione lavorativa, lo stress sul lavoro sono meno importanti nella cronicizzazione del LBP; hanno più influenza altre condizioni psicologiche-emozionali come la depressione. Quindi ci sono elementi che al di fuori dell'ambito lavorativo possono giocare un ruolo importante nello sviluppo del LBP.

Nella review di Kendall ^[33] vengono distinte tre diverse fasi in cui i fattori psicosociali possono influenzare un problema di dolore muscolo-scheletrico. Queste fasi sono: l'insorgenza del dolore, la ricerca della cura ed il ricevimento di essa, e lo sviluppo di disabilità cronica legata al dolore e la perdita del lavoro. È durante le prime settimane dall'insorgenza del problema, e, quindi, della disabilità o dell'incapacità a svolgere alcune attività, che vanno individuate le "yellow flags", in quanto sono i migliori predittori di cronicità nel LBP: tra questi, l'autore cita i comportamenti e le credenze del paziente, le questioni assicurative, le emozioni come la paura o l'umore deflesso, l'atteggiamento dei familiari ed i fattori lavorativi. In particolare, la persona avrà un outcome peggiore se crede che il mal di schiena sia pericoloso o possa portare ad una disabilità severa, se evita di muoversi per paura di sentir male, se ha il morale basso ed evita le interazioni sociali e se si aspetta che i trattamenti passivi lo aiutino meglio di quelli attivi nel risolvere il problema.

Nello studio di coorte effettuato da Beneciuk ^[29], sono state prese in considerazione diverse scale al fine di valutare i fattori di rischio psicologici che molti terapeuti devono affrontare nei casi di LBP. L'autore ha comparato la validità predittiva dello *StarT Back Screening Tool* (SBT) con altre scale, come la *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire physical activity scale and work scale* (FABQ-PA e FABQ-W), la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), la *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK-11) e la *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Risulta che la previsione di outcome clinici attraverso misure di tipo psicologico dipende dal dominio clinico di interesse; l'autore suggerisce un processo di valutazione psicologica in due fasi: nella prima sarà utilizzato il SBT per dare informazioni prognostiche per gli outcome della disabilità a 6 mesi, mentre nella seconda verranno sfruttati il TSK-11 e il FABQ-PA per monitorare l'andamento del dolore e della disabilità a 4 settimane dall'inizio del trattamento.

Foster ^[17] ha fornito con la propria review del 2011 una nuova prospettiva psicosociale utile al fisioterapista che tratta pazienti con LBP. In particolare è proposta una “piramide dei fattori psicosociali” come modello da seguire nella pratica clinica (Tab. 3).



Tab. 3 La piramide dei fattori psicosociali nello studio di Foster.

Alla base ci sono gli ostacoli psicosociali comuni facilmente incorporabili nella pratica clinica del terapeuta (come potenziare il controllo personale del paziente, rassicurarlo, dare rinforzi positivi e ridurre la paura del movimento). Salendo di livello, ci sono i fattori psicosociali e le tecniche di intervento che richiedono un addestramento più specifico per poter essere identificati, ma possono e devono essere parte delle competenze del terapeuta. Infine in cima alla piramide ci sono i pazienti che presentano ostacoli psicosociali limitanti il recupero; questi necessitano più probabilmente aiuto da uno specialista a cui dovrebbero essere inviati.

Anche Main ^[20] ha argomentato l'efficacia durante la gestione di pazienti con LBP di un nuovo

approccio basato sull'identificazione dei normali processi psicologici che coinvolgono la percezione del dolore e la risposta a questo come una parte prevista e normale dell'esperienza del dolore muscolo-scheletrico e che sono potenzialmente modificabili. Questa strategia si fonda sull'esperienza professionale consolidata del fisioterapista e incorpora un'attenzione sistematica ai fattori psicosociali associati agli obiettivi del trattamento.

Il ruolo fondamentale del fisioterapista è il fulcro della revisione di Nicholas ^[22], secondo il quale è necessario ampliare le abilità nel valutare le “yellow flags” in fase acuta (sfruttando i questionari presenti in letteratura), migliorare le capacità comunicative col paziente (evitando errori comuni come quello di non indagare le sue credenze, di non considerare le sue sensazioni nella spiegazione della condizione) e sviluppare un piano di trattamento che sia educativo e di attivazione.

Nello studio di coorte di Sullivan ^[24], è stato esaminato il profilo dei cambiamenti fisici e psicosociali che avvengono quando i pazienti vengono sottoposti ad un intervento fisioterapico e psicosociale. Quest'ultimo consisteva nel coinvolgimento in attività graduali, pianificare attività strutturate atte al ritorno al lavoro più che alla gestione del dolore, risolvere problemi, far stabilire obiettivi e incoraggiamento motivazionale. Il gruppo sottoposto ad entrambi gli interventi ha evidenziato differenze significative nella riduzione a livello della catastrofizzazione, della kinesiophobia e della depressione.

Nel RCT di Dufour ^[25] viene comparata l'efficacia di due terapie attive per il CLBP: il primo gruppo (A) è stato sottoposto ad esercizi aerobici e di rinforzo, lezioni di anatomia, controllo del dolore e igiene posturale, mentre il secondo (B) ha seguito un programma di rinforzo muscolare intensivo e specifico per il dorso e i glutei. Nonostante la riabilitazione multidisciplinare biopsicosociale richieda un impegno maggiore dal punto di vista delle ore da dedicare, è stata osservata una riduzione maggiore sulla scala VAS del dolore nel gruppo A nonché nel punteggio della *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ), che valuta la disabilità conseguente al LBP (Tab. 4).

Month	3	6	12	24
Intention-to-treat				
Group A	16.5 (25.0)	12.6 (24.7)	15.2 (25.3)	14.8 (27.1)
n	129	129	129	129
Group B	11.2 (23.8)	9.0 (24.2)	8.6 (22.8)	12.1 (22.2)
n	143	143	143	143
P		0.081		
Actual data				
Group A	17.9 (25.7)	14.0 (26.4)	16.9 (26.7)	16.0 (29.3)
n	118	107	91	82
Group B	12.0 (24.6)	10.2 (25.5)	8.5 (24.6)	12.9 (23.2)
n	130	119	106	90
P		0.066		

Mean (SD).
P values were calculated using ANOVA with repeated measurement. P values represent between group comparisons.

Month	3	6	12	24
Intention-to-treat				
Group A	3.0 (5.3)	2.9 (5.7)	3.3 (5.7)	3.2 (6.4)
n	129	129	129	129
Group B	1.5 (4.4)	1.4 (4.7)	1.2 (5.1)	1.4 (5.4)
n	143	143	143	143
P		0.003		
Actual data				
Group A	3.3 (5.5)	3.4 (6.0)	4.0 (5.8)	3.9 (6.9)
n	118	107	90	82
Group B	1.6 (4.5)	1.3 (4.7)	0.8 (5.1)	1.5 (5.4)
n	130	122	104	91
P		0.001		

Mean (SD).
P values were calculated using ANOVA with repeated measurement. P values represent between group comparisons.

Tab. 4 A sinistra la valutazione della VAS e a destra della RMDQ, a 3/6/12/24 mesi.

Attraverso la revisione di Middelkoop ^[26] è stato dimostrato che gli interventi più promettenti nel

trattamento fisico e riabilitativo nel CLBP sono quelli a carattere multidisciplinare o comportamentale. Ci sono ancora poche evidenze per porre conclusioni definitive sull'efficacia clinica della *back school*, della terapia con laser, dell'educazione del paziente, del massaggio, della trazione, dell'applicazione superficiale di caldo/freddo e dei supporti lombari nel CLBP.

Nelle linee guida fornite da Chou ^[30], sono state date diverse indicazioni per la gestione sia del LBP acuto sia per quello cronico: nel primo caso è stato dato molto rilievo alla valutazione dei fattori psicosociali (depressione, coping passivo, insoddisfazione lavorativa, alti livelli di disabilità, somatizzazione) e dello stress emozionale, dato che questi sono forti predittori di lombalgia più che i risultati dell'esame fisico o la severità e la durata del dolore; identificare ciò significa riconoscere quei pazienti che potrebbero avere un recupero più lungo e necessitare un intervento più mirato, come un'intensiva riabilitazione multidisciplinare. Nel CLBP viene consigliato l'inserimento di una terapia cognitivo-comportamentale ad un piano di trattamento che prevede esercizio fisico, terapia manuale, massaggi, yoga e rilassamento progressivo.

Nella review di Krismer ^[31] viene meglio definito di cosa si tratta la terapia cognitivo-comportamentale e i programmi multidisciplinari; per quanto concerne la prima, è un tipo di trattamento che punta ad identificare e modificare la comprensione della persona sul proprio dolore e sulla disabilità attraverso tecniche di ricostruzione cognitiva o modificando i pensieri e le credenze maleadattative. Questa terapia include il rinforzo positivo dei comportamenti sani ed un conseguente ritiro dell'attenzione da quelli dolorosi (aumento della tolleranza all'esercizio secondo una visione tempo contingente e non dolore contingente); vengono inoltre utilizzate tecniche di rilassamento per ridurre la tensione muscolare. I programmi di trattamento multidisciplinari prevedono l'intervento di molti professionisti ed includono la combinazione di più trattamenti, educazione, esercizi di rinforzo, di fitness ed aerobici; di solito il programma dura almeno 4 settimane per metà o tutto il giorno.

La validità di queste modalità di intervento è stata confermata anche dallo studio prospettico di Lang ^[32], in cui sono stati comparati due gruppi che hanno seguito un tipo di trattamento generico (condotto da medici e fisioterapisti) o una riabilitazione multidisciplinare biopsicosociale (MRP); dopo 6 mesi il gruppo MRP ha riportato un aumento nel punteggio, secondo la scala di valutazione SF-36, nei domini di salute fisica e mentale, quindi una migliore qualità di vita, ed una diminuzione dei giorni persi al lavoro. Entrambi i gruppi hanno ottenuto una riduzione dell'intensità del dolore e della depressione (Tab. 5).

	MRP (n=51)	Usual care (n=157)	*p Value
Health-related quality of life (SF-36)			
Physical functioning			
Baseline value	53±22	34±22	<.001
Difference to follow-up	10±17	8±18	.1
Role limitations, physical			
Baseline value	27±37	14±27	.8
Difference to follow-up	19±39	7±31	<.01
Bodily pain			
Baseline value	27±21	26±20	.8
Difference to follow-up	18±25	7±23	<.01
General health			
Baseline value	52±16	42±15	.07
Difference to follow-up	3±13	2±10	.2
Vitality			
Baseline value	46±18	37±19	.5
Difference to follow-up	7±17	6±17	.5
Social functioning			
Baseline value	64±25	56±25	.4
Difference to follow-up	15±21	5±24	<.05
Role limitations, emotional			
Baseline value	66±43	40±44	.3
Difference to follow-up	16±50	3±42	<.05
Emotional well-being			
Baseline value	59±18	54±20	.9
Difference to follow-up	8±17	3±16	<.05
Physical component summary score			
Baseline value	32±9	28±8	<.05
Difference to follow-up	4.9±8.0	2.6±6.8	<.05
Mental component summary score			
Baseline value	47±11	42±12	.7
Difference to follow-up	4.4±11	1.8±10	.1
Pain intensity (NRS)			
Baseline values	4.4±1.5	5.0±1.9	.3
Difference to follow-up	1.1±1.4	0.8±1.8	.3
Pain-related interference of function (BPI)			
Baseline value	23±12	33±15	<.05
Difference to follow-up	7±12	5±13	.2
Depression (ADS)			
Baseline value	15±8	21±10	.2
Difference to follow-up	4±8	2±8	.2

Values are mean±SD.

*p value for differences between MRP and usual care group; p values were adjusted for age, gender, education, gross income per month, pain-related interference with function (BPI) and physical functioning (SF-36).

ADS=Allgemeine Depressionsskale; BPI=Brief Pain Index; MRP=multidisciplinary rehabilitation program; NRS=Numeric Rating Scale; SF-36=Short Form 36.

Tab. 5 Risultati dello studio di Lang sulla salute correlata alla qualità della vita (SF-36), intensità del dolore (NRS), interferenza del dolore con la funzione (BPI) e depressione (ADS).

5. DISCUSSIONE

Tra i fattori psicosociali maggiormente citati dagli autori che hanno analizzato il PGP in gravidanza, il catastrofismo riveste un ruolo di primaria importanza: contribuisce infatti a una maggiore interferenza del dolore e ad una ridotta qualità di vita ^[1].

Il LBP ed il PGP sono esperienze comuni durante la gravidanza (più di 2/3 delle gestanti provano LBP ed 1/5 il PGP) e sembrano aumentare il rischio di provare dolore in future gravidanze e nello sviluppare dolore cronico. L'associazione di dolore ad alti livelli di ansia e depressione, o a poche ore di sonno, potrebbe essere interpretata come un'indicazione che tali fattori possano aumentare il rischio di sviluppare dolore o, viceversa, che siano "conseguenze" del dolore. In particolare per il LBP correlato alla gestazione, i fattori associati sono l'aver sviluppato precedentemente LBP (correlato o meno a precedenti gravidanze), il dolore crescente col tempo trascorso a letto e l'ansia; il rischio di provare PGP cresce con il procedere della gestazione ed è influenzato fortemente da uno stato emotivo di depressione ^[2].

L'alto carico lavorativo, la bassa soddisfazione in questo ambito e la presenza di stress sono stati presi in considerazione negli studi di Vermani ^[7] e Robinson ^[6]; quest'ultimo ha verificato come un alto livello di stress contribuisca a causare nel tempo una disabilità maggiore più che un aumento dell'intensità del dolore. A differenza del LBP, in cui la combinazione di più dolori in diverse aree anatomiche sia connessa al rischio di una disabilità lavorativa maggiore a lungo termine, nel PGP in gravidanza non c'è evidenza di ciò (dato che questa è una condizione specifica caratterizzata da un decorso più corto rispetto ad altre condizioni di dolore muscolo-scheletriche), ma può essere tenuto in considerazione per il non-recupero dal PGP post-partum.

Albert ^[12] e Wu ^[13] confermano come fattori di rischio psicosociali gli alti livelli di stress e la bassa soddisfazione in ambito lavorativo, mentre tra quelli fisici riportano la storia di LBP precedenti alla gravidanza, traumi alla schiena o alla pelvi ed essere pluripara.

La somatizzazione è stata invece presa in considerazione da O'Sullivan ^[10] e da Latthe ^[11] nello sviluppo del dolore pelvico cronico; essendo quest'ultimo un disturbo complesso e influenzato da diversi fattori (fisici, patoanatomici, psicosociali, ormonali e neurofisiologici), si rende necessario adottare una gestione multidisciplinare che comprenda una riabilitazione dal punto di vista psicologico ed educativo. È stato infatti dimostrato che il dolore e la disabilità siano amplificati da fattori cognitivi e psicosociali, come le false credenze, le strategie di coping passive ed elevati livelli di ansia.

L'identificazione dei fattori di rischio psicosociali può quindi aiutare nello sviluppo di un'adeguata strategia preventiva.

Dagli articoli che hanno preso in considerazione il PGP post-partum, si evincono diversi fattori di rischio comuni allo sviluppo di questa problematica: un alto livello di somatizzazione durante

la gravidanza e nelle 6 settimane dopo il parto è, secondo Stomp ^[3], predittivo di PGP nelle 12 settimane post-partum. Lo stesso autore ha verificato come anche precedenti episodi di LBP, eccessive ore di sonno o di riposo (più di 9 al giorno), posture scomode al lavoro e nessun giorno di riposo a letto dopo il parto (vengono consigliati 3-4 giorni) siano indicativi di PGP.

L'altro elemento analizzato da Olsson ^[4] è stato il catastrofismo, che è ritenuto essere un aspetto cognitivo del modello di evitamento del dolore e viene definito come un orientamento esageratamente negativo verso uno stimolo nocivo; viene quindi associato al dolore lombopelvico ed alle ridotte capacità fisiche nel post-partum.

Infine, l'ultimo fattore citato da Gutke ^{[5], [9]} è la kinesiofobia, che, insieme all'intensità del dolore ed alla qualità di vita correlata alla salute, spiega la maggior parte delle disabilità presenti dopo la gravidanza.

Anche nell'ambito del LBP, è necessario individuare i fattori psicosociali sin dalle prime fasi di insorgenza dello stesso, come affermato da Nicholas ^[19] e Koes ^[27]; queste "yellow flags" sono i comportamenti e le credenze del paziente, le questioni assicurative, l'ansia, la rabbia, la paura, l'umore deflesso, l'atteggiamento dei familiari ed i fattori lavorativi ^[33]. A questi, Ramond ^[23] ha aggiunto la depressione, lo stress psicologico, le strategie di coping passive e i comportamenti da evitamento del dolore.

Nelle linee guida per la gestione dei casi acuti di LBP, il paziente viene stimolato ad una precoce e graduale attivazione, scoraggiando il riposo a letto, e viene ritenuto fondamentale il riconoscimento e la valutazione dei fattori psicosociali come fattori di rischio per la cronicizzazione del problema ^{[27], [28], [30], [31]}.

Vengono utilizzate specifiche scale di valutazione di questi elementi, tuttavia ci sono poche e limitate evidenze sulle proprietà specifiche di queste misure ^{[17], [29]}.

Molti autori hanno posto l'accento sul ruolo del fisioterapista nella gestione del dolore lombopelvico: tra questi, Foster ^[17] ha fornito delle indicazioni utili da inserire nella pratica clinica come l'identificazione e la valorizzazione delle percezioni e delle aspettative del paziente, la riduzione della paura del movimento, il rinforzo positivo, il colloquio motivazionale; tutti questi parametri devono essere sistematicamente incorporati nei programmi educazionali ed utilizzati nelle fasi decisionali del trattamento.

Anche Main ^[20] e Nicholas ^[22] hanno considerato la figura del terapeuta nei propri studi, arrivando alle stesse conclusioni di Foster: in particolare, è necessario ampliare le abilità nel valutare le "yellow flags" in fase acuta e migliorare le capacità comunicative col paziente; gli obiettivi del trattamento dovranno tenere in considerazione solo quei fattori psicosociali emersi dall'iniziale valutazione sistematica.

L'impatto degli interventi fisioterapici nella gestione del LBP può essere ulteriormente e

significativamente aumentato grazie all'inserimento di strategie psicosociali più specifiche, quali programmi multidisciplinari o comportamentali, come sostengono Middelkoop ^[26], Chou ^[30] e Krismer ^[31]. Prevedono, quindi, l'utilizzo di tecniche di ricostruzione cognitiva e di rilassamento, il rinforzo positivo dei comportamenti sani e l'intervento di diverse professionalità.

6. CONCLUSIONI

Dalla revisione effettuata si evince come i fattori psicosociali siano una parte fondamentale da valutare e da tenere in considerazione nella gestione dei pazienti che soffrono delle varie forme di dolore lombo-pelvico.

A partire dagli stati acuti di LBP e nelle prime settimane gestazionali, il precoce riconoscimento di questi fattori risulta fondamentale come prevenzione secondaria e per evitare che la condizione algica si cronicizzi nel tempo.

La maggior parte degli autori è unita nell'affermare che il catastrofismo, la depressione, lo stress e l'ansia siano fattori prognostici negativi per il PGP durante la gravidanza, mentre stati di depressione, ansia, kinesiophobia e somatizzazione sono fortemente correlati con aumentato dolore e disabilità nel PGP post-partum.

Per quanto riguarda il LBP, i fattori maggiormente prognostici sono la depressione, il coping passivo, l'insoddisfazione lavorativa, alti livelli di disabilità, la somatizzazione e lo stress emozionale.

Essendo questi fattori modificabili, si può facilmente comprendere come l'intervento su questi possa portare a risultati migliori che il solo trattamento del disturbo fisico.

L'approccio terapeutico che porta a migliori risultati si è dimostrato essere la riabilitazione multidisciplinare con particolare attenzione alla terapia cognitivo-comportamentale. Il fisioterapista stesso svolge un ruolo importante: al momento della valutazione iniziale del paziente, deve essere in grado di riconoscere quelle "yellow flags" indicative di una possibile cronicizzazione del disturbo; in seguito, dovrà puntare nella pratica clinica ad enfatizzare le proprie capacità comunicative col paziente, rendersi disponibile all'ascolto attivo e sviluppare un piano di trattamento che sia educativo e di attivazione.

Le evidenze disponibili mostrano come le "yellow flags" giochino un ruolo fondamentale nello sviluppo della disabilità a causa del dolore muscolo-scheletrico.

L'obiettivo futuro è quello di lavorare su queste basi per fornire interventi tempestivi e fattibili così da raggiungere risultati più consistenti; questo scopo dovrebbe essere facilitato dall'integrazione di questa pratica nella normale gestione del disturbo lombo-pelvico in fase acuta e occupandosi dei fattori occupazionali ("blue flags"), psicologici e sociali.

7. BIBLIOGRAFIA

▪ PGP

- 1) Chang HY, Jensen MP, Yang YL, Lee CN, Lai YH. *Risk factors of pregnancy-related lumbopelvic pain: a biopsychosocial approach*. J Clin Nurs. 2012 May;21(9-10):1274-83.
- 2) Kovacs FM, Garcia E, Royuela A, González L, Abaira V; Spanish Back Pain Research Network *Prevalence and factors associated with low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy: a multicenter study conducted in the Spanish National Health Service*. Spine (Phila Pa 1976). 2012 Aug 1;37(17):1516-33.
- 3) Stomp-van den Berg SG, Hendriksen IJ, Bruinvels DJ, Twisk JW, van Mechelen W, van Poppel MN *Predictors for postpartum pelvic girdle pain in working women: The Mom@Work cohort study*. Pain. 2012 Dec;153(12):2370-9.
- 4) Olsson CB, Grooten WJ, Nilsson-Wikmar L, Harms-Ringdahl K, Lundberg M. *Catastrophizing during and after pregnancy: associations with lumbopelvic pain and postpartum physical ability*. Phys Ther. 2012 Jan;92(1):49-57. Epub 2011 Oct 20.
- 5) Annelie Gutke, Mari Lundberg, Hans Christian Ostgaard, Birgitta O *Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms*. Eur Spine J 2011 20:440.
- 6) Robinson HS, Veierød MB, Mengshoel AM, Vøllestad NK. *Pelvic girdle pain--associations between risk factors in early pregnancy and disability or pain intensity in late pregnancy: a prospective cohort study*. BMC Musculoskelet Disord. 2010 May 13;11:91.
- 7) Vermani E, Mittal R, Weeks A. *Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review*. Pain Pract. 2010 Jan-Feb;10(1):60-71.
- 8) Andry Vleeming Æ Hanne B. Albert Æ Hans Christian O" stgaard Æ Bengt Stureson Æ Britt Stuge *European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*. Eur Spine J 2008 17:794–819.
- 9) Gutke A, Ostgaard HC, Oberg B. *Predicting persistent pregnancy-related low back pain*. Spine (Phila Pa 1976). 2008 May 20;33(12):E386-93.
- 10) O'Sullivan PB, Beales DJ. *Diagnosis and classification of pelvic girdle pain disorders--Part 1: a mechanism based approach within a biopsychosocial framework*. Man Ther. 2007 May;12(2):86-97.
- 11) Latthe P, Mignini L, Gray R et al. *Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review*. BMJ. 2006 Apr 1;332(7544):749-55.
- 12) Albert HB, Godskesen M, Korsholm L, Westergaard JG. *Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(5):539-44.
- 13) Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieën JH, Wuisman PI, Ostgaard HC. *Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence*. Eur Spine J. 2004 Nov;13(7):575-89.

▪ **LBP**

- 14) Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, Capra F, Guccione A, Mugnai R, Violante FS. *An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care*. Joint Bone Spine. 2012 Mar;79(2):176-85.
- 15) Beneciuk JM, Bishop MD, Fritz JM, Robinson ME, Asal NR, Nisenzon AN, George SZ. *The STarT Back Screening Tool and Individual Psychological Measures: Evaluation of Prognostic Capabilities for Low Back Pain Clinical Outcomes in Outpatient Physical Therapy Settings*. Phys Ther. 2012 Nov 2.
- 16) Verkerk K, Luijsterburg PA, Miedema HS, Pool-Goudzwaard A, Koes BW. *Prognostic factors for recovery in chronic nonspecific low back pain: a systematic review*. Phys Ther. 2012 Sep;92(9):1093-108.
- 17) Foster NE, Delitto A. *Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice--challenges and opportunities*. Phys Ther. 2011 May; 91(5):790-803.
- 18) Moix J, Kovacs FM, Martín A, Plana MN, Royuela A; Spanish Back Pain Research Network. *Catastrophizing, state anxiety, anger, and depressive symptoms do not correlate with disability when variations of trait anxiety are taken into account. a study of chronic low back pain patients treated in Spanish pain units*. Pain Med. 2011 Jul;12(7):1008-17.
- 19) Michael K. Nicholas, Steven J. Linton, Paul J. Watson, Chris J. Main and the "Decade of the Flags" Working Group *Early Identification and Management of Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal*. Phys Ther. 2011; 91:737-753.
- 20) Chris J. Main and Steven Z. George *Psychologically Informed Practice for Management of Low Back Pain: Future Directions in Practice and Research*. Phys Ther. 2011; 91:820-824.
- 21) Jonathan C. Hill and Julie M. Fritz *Psychosocial Influences on Low Back Pain, Disability, and Response to Treatment*. Phys Ther. 2011; 91:712-721.
- 22) Michael K. Nicholas and Steven Z. George *Psychologically Informed Interventions for Low Back Pain: An Update for Physical Therapists*. Phys Ther. 2011; 91:765-776.
- 23) Aline Ramond, Celine Bouton, Isabelle Richard, Yves Roquelaure, Christophe Baufreton, Erick Legrand and Jean-Francois Huez *Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care - a systematic review*. Family Practice 2011; 28:12–21.
- 24) Michael J.L. Sullivan, Heather Adams. *Psychosocial Treatment Techniques to Augment the Impact of Physiotherapy Interventions for Low Back Pain*. Physiother Can. 2010;62:180–189.
- 25) Dufour N, Thamsborg G, Oefeldt A, Lundsgaard C, Stender S. *Treatment of chronic low back pain: a randomized, clinical trial comparing group-based multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation and intensive individual therapist-assisted back muscle strengthening exercises*. Spine (Phila Pa 1976) 2010 Mar 1;35(5):469-76.

- 26) Marienke van Middelkoop, Sidney M. Rubinstein, Ton Kuijper, Arianne P. Verhagen, Raymond Ostelo, Bart W. Koes, MauritsW. van Tulder *A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain*. 2010, Eur Spine J.
- 27) Bart W. Koes, Maurits van Tulder, Chung-Wei Christine Lin, Luciana G. Macedo, James McAuley, Chris Maher *An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care*. 2010, Eur Spine J.
- 28) National Collaborating Centre for Primary Care. *Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain*. May 2009.
- 29) Clays E, De Bacquer D, Leynen F, Kornitzer M, Kittel F, De Backer G. *The impact of psychosocial factors on low back pain: longitudinal results from the Belstress study*. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Jan 15;32(2):262-8.
- 30) Roger Chou, Amir Qaseem, Vincenza Snow, Donald Casey, J. Thomas Cross Jr., Paul Shekelle, Douglas K. Owens. *Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society* 2007 American College of Physicians.
- 31) Krismer M, van Tulder M. *Low back pain (non-specific)* Best Practice & Research Clinical Rheumatology Vol. 21, No. 1, pp. 77 e 91, 2007.
- 32) Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundörfer B, Heuschmann P. *Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life*. Spine J. 2003 Jul-Aug;3(4):270-6.
- 33) Kendall NA. *Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: the low back paradigm*. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol. 1999 Sep;13(3):545-54.
- 34) Duquesnoy B, Allaert FA, Verdoncq B. *Psychosocial and occupational impact of chronic low back pain*. Rev Rhum Engl Ed. 1998 Jan;65(1):33-40.
- 35) Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. *The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability*. Spine (Phila Pa 1976). 1995 Dec 15;20(24):2702-9.