

# RACHIDE & RIABILITAZIONE

## Appunti per un miglioramento continuo della qualità del lavoro

Stefano Negrini

**P**artiamo dal presupposto che ciascuno di noi fa del suo meglio per i malati di cui si prende cura. Un secondo presupposto è che tutti abbiamo la nostra esperienza e le nostre preferenze. Detto e accettato questo, però, chiedersi perché ognuno di noi fa quello che fa penso sia una domanda non solo lecita, ma doverosa.

Un'altra premessa indispensabile è che lavoriamo sulla salute delle persone e, ogni volta che facciamo qualcosa di buono, facciamo stare meglio i malati, ma anche che ogni volta che facciamo qualcosa che non va li facciamo stare peggio, insomma nuociamo loro.

Un vecchio adagio dice che i medici sono gli unici autorizzati a fare del male alle persone: lo fanno per cercare di farli stare meglio, perché fanno qualcosa. E solo chi non fa nulla non sbaglia (ma così anche è inutile). In ogni caso, di certo abbiamo il dovere di cercare punti di riferimento precisi quando decidiamo che cosa fare.

Tutti noi abbiamo avuto una strada di sviluppo professionale almeno all'inizio più o meno simile: abbiamo seguito un corso universitario, che – bene o male – è stato alla base della nostra formazione; abbiamo dovuto superare l'impatto di essere gettati nella mischia della quotidianità, più o meno preparati, e abbiamo dovuto cercare di cavarcela con quello che avevamo imparato. Da lì in poi, però, spesso le strade si sono divaricate e il modo in cui siamo

cresciuti nel tempo può essere stato più o meno radicalmente diverso.

Un'altra partenza però ci accomuna: tutti abbiamo fatto l'esperienza di essere malati, di trovarci dall'altra parte della barricata e, quindi, di cercare l'aiuto di un altro che ci consentisse di stare meglio. Partiamo allora da quest'ultima esperienza comune: quella dei malati. Quando si va da un medico, da un terapeuta, per qualunque problema si abbia, che cosa si vuole? Che ci faccia stare bene, che ci curi il meglio possibile. Che cos'è questo "meglio possibile"?

Di certo nulla che stia al di là delle umane possibilità, semplicemente ciò che onestamente può essere in grado di fare. Altrettanto certamente però ci si aspetta che chi ci prende in cura non propini per tradizione qualcosa di antiquato e superato, così come peraltro ci si augura di non essere oggetto di esperimenti più o meno arditissimi: ci si trova nelle condizioni di volere avere qualcosa di "solido", "basato su certezze", ma anche "aggiornato".

Passiamo di nuovo dalla "nostra" parte della barricata e ritorniamo terapeuti. Come offrire ai malati che si rivolgono a noi qualcosa di "solido", "basato su certezze", ma anche "aggiornato"? Di certo non possiamo fermarci al corso universitario seguito per la laurea e la specializzazione, non possiamo fossilizzarci su un sapere che, se per fortuna nostra non era magari già superato quando ci è stato comunicato, è comunque destinato, con i ritmi di

“I metodi per migliorare l'approccio clinico ai pazienti”



crescita del sapere ai nostri giorni, a diventare obsoleto in pochi anni. Dobbiamo aggiornarci. Dobbiamo crescere. Dobbiamo sapere di più e meglio.

Come scegliere le fonti? Di che cosa è possibile fidarsi? E non per noi, ma per i malati che ci guardano con fiducia. Esistono più opzioni, più o meno meritevoli, e le vorrei ora rivedere. E continuerò a insistere: proviamo a metterci dall'altra parte, pensiamo di essere noi i malati che chiedono aiuto a terapeuti che vogliamo siano professionalmente competenti.

### L'ESPERIENZA, UNA MAESTRA UTILE MA FALLACE

L'esperienza personale è il modo naturale di apprendere di ogni essere umano in quanto tale. Il bambino impara a non toccare il fuoco non perché ascolta i genitori, ma perché ha imparato la prima volta che si è fatto male ed è l'esperienza del dolore che insegna come non farsi ulteriormente male. Ma è anche l'esperienza del successo, della frustrazione o del piacere che insegna una serie di altri comportamenti: l'esaltazione di un obiettivo raggiunto nonostante la fatica fatta, oppure la sensazione di benessere per uno stratagemma, una soluzione scovata che altri non avevano trovato, ma anche la frustrazione di un brutto voto o di una nota sul registro. L'esperienza è un meccanismo fondamentale di apprendimento per l'essere umano. Quindi, l'essere umano impegnato in sanità la usa a piene mani, ma purtroppo proprio in sanità non funziona bene. Uno dei problemi principali dell'esperienza personale è che non può tenere conto dei malati che migliorano spontaneamente in seguito all'andamento naturale della malattia. Il tipico esempio è la lombalgia acuta. Qualunque trattamento è efficace, purché tenga il malato avvinto al terapeuta sufficientemente a lungo. I soggetti che soffrono di lombalgia acuta in cui il trattamento non funziona sono sempre pochissimi, anche se la terapia fa male (ma non troppo): invece del 95% di successi in 3-4 settimane, migliorerà "solo" il 90% (è pur sempre un raddoppio dei fallimenti, ma con percentuali di successo così alte chi se ne ac-

corge per sola esperienza personale?). Quindi, se ci si basa sull'esperienza personale, in questo campo qualunque terapia funziona, anche quella sbagliata.

C'è poi un altro problema fondamentale dell'esperienza: tutti i malati che non ottengono risultati dai nostri trattamenti, dopo più o meno tempo si stancano e vanno a cercare aiuto altrove e, quindi, non li vediamo più. Perciò, la nostra esperienza non li coglie. Al contrario, raccogliamo tutti i malati che sono andati male con altri trattamenti, e se poi questi più o meno casualmente vanno meglio con la nostra terapia, allora si rafforza oltremodo la nostra falsa "esperienza positiva". È questo uno dei meccanismi dell'esperienza patologica in sanità, tra l'altro un meccanismo determinante nel delirio di onnipotenza che caratterizza molti terapeuti: solo io ottengo risultati, tutti gli altri lavorano proprio male...

Siamo uomini, quindi ci baseremo sempre sulla nostra esperienza. Ma siamo operatori della sanità, quindi dobbiamo imparare a mediarla molto e a non fidarci completamente dei suoi insegnamenti, soprattutto quando dobbiamo giudicare la qualità o l'efficacia di quello che facciamo. L'esperienza come maestra: proviamo a metterci dall'altra parte, pensiamo di essere noi i malati che chiedono aiuto. Quindi, usiamola, ma con prudenza e raziocinio e senza basare su questa scelte fondamentali del tipo: questa terapia serve o non serve?

### IL DENARO NON È IL DIAVOLO, MA IL DIAVOLO VI SI NASCONDE BENE...

Una massima di saggezza popolare napoletana recita: "Ogni scarrafone è bello 'a mamma soja" (se poi lo "scarrafone" ci consente pure di guadagnare e vivere, è ancora più bello, soprattutto se ci piace pure e, quindi per noi, almeno soggettivamente, è veramente bello).

Certamente, ogni essere umano tende a valutare bene ciò che fa; per qualunque falegname i suoi mobili saranno migliori di quelli della concorrenza, più robusti, più belli, meglio costruiti eccetera; ogni giardiniere, idraulico, muratore, architetto o avvocato sarà sempre convinto che la tecnica o il metodo che usa è il migliore,



## R&R 2010 – RACHIDE E RIABILITAZIONE MULTIDISCIPLINARE VI EVIDENCE BASED MEETING DI ISICO



Il 20 marzo 2010 presso il Centro Congressi di Asago (Milano) si svolgerà il VI Evidence Based Meeting di ISICO "R&R 2010 – Rachide e Riabilitazione multidisciplinare".

È ormai un appuntamento tradizionale nel panorama congressuale italiano, che tramite il cre-

sciente successo che ha portato a superare regolarmente le settecento presenze in sala, testimonia come una formula

non comune si sia dimostrata vincente grazie alla costante di qualità e di aggiornamento. Non è infatti abitudine in Italia impostare un Congresso sul meglio della letteratura internazionale attraverso i

personaggi che ne sono i primi produttori: i ricercatori. Questi sono i veri protagonisti, con le lezioni magistrali, vere e proprie perle di conoscenza e di pratica (che non manca mai, anzi che è uno degli obiettivi del Congresso), e le relazioni di ricerca applicata che vengono proposte di anno in anno. Quindi, pratica e ricerca coniugate, per offrire ai partecipanti il meglio, ma immediatamente applicabile.

D'altra parte è questa l'essenza della struttura che ha ideato l'iniziativa, l'ISICO (Istituto scientifico italiano colonna vertebrale) nato per coniugare scienza e pratica, creando un ponte immediato fra il mondo della ricerca e la clinica quotidiana. A questa si accompagna il Gruppo di Studio della Scoliosi e patologie vertebrali (GSS), una realtà consolidata dell'aggiornamento costante dal 1978 sulla riabilitazione delle patologie della colonna.

Quest'anno i tre protagonisti sono Jean-Yves Maigne (Francia), Catherine Marty (Francia) e Francisco José Vera-García (Spagna): accanto a loro anche il meglio della ricerca italiana, grazie all'ISICO Award, anche questo ormai un classico, dedicato a chi in quest'ultimo anno ha pubblicato i migliori articoli in letteratura internazionale, selezionati da ISICO e dal GSS. Anche quest'anno partecipa un gruppo, che è stato presente in edizioni precedenti, della Sapienza (Università di Roma); le riviste sono sempre tra le più prestigiose, con *impact factor* tra i più elevati nel nostro settore, e la qualità rimane veramente alta. Vorremmo che accanto alle punte di diamante che premiamo regolarmente ci fossero molti altri da poter segnalare, ma per ora la ricerca italiana rimane abbastanza scarsa in ambito di riabilitazione delle



patologie vertebrali, anche se sembra costante la lenta crescita che riferivamo l'anno scorso.

Le sessioni parallele, di chiara impronta pratica e professionalizzante, sono state spostate l'anno scorso per la prima volta dal tardo pomeriggio alla prima mattinata e, in base a questa scelta, hanno riscontrato se possibile ancora

più successo: le confermiamo quest'anno con argomenti in parte provocatori (Le nuove tecnologie di valutazione del rachide sono utili al clinico? con una tavola rotonda con tanto di "avvocato del diavolo"

e "promotore della causa"), in parte classici (I corsetti per l'ipercifosi dorsale: dalla teoria alla pratica); non manca poi la tradizione di immediata operatività con una sessione dai risvolti pratici molto elevati (non che scarseggino nelle altre due, solo in questo caso sono ancor più immediati): "Il lavoro sul muscolo per le patologie vertebrali". Insomma ce n'è per tutti i gusti.

*Last but not least*, ultimo ma non meno importante, a completare la giornata troviamo una sessione sulle "Risorse Internet per chi si occupa di patologie vertebrali": si cercherà di essere estremamente pratici con una relazione su "Come trovare via Internet risposte basate sull'evidenza" a un quesito clinico" e poi due novità assolute che chiuderanno il Congresso e che verranno presentate da noi, i due Presidenti del Congresso (altra novità di quest'anno). Per ora, per non rovinare la sorpresa, diciamo che si tratta di un'iniziativa che via Internet potrà raggiungere tutti i clinici italiani e non solo. A chi verrà a Milano il 20 marzo la possibilità di sapere di che cosa si tratta.

R&R 2010, l'evento dell'anno sulla riabilitazione delle patologie vertebrali: semplicemente, aggiornamento scientifico ad alto livello.

Stefano Negrini  
Direttore scientifico

Michele Romano  
Direttore tecnico  
Istituto scientifico italiano  
colonna vertebrale (ISICO)  
Milano

“ Continua una tradizione di serietà scientifica e formazione nel panorama congressuale italiano ”



sia perché l'ha scelto e gli piace, sia perché gli consente di vivere e di guadagnare.

Questo non è un meccanismo sulle spalle (o alle spalle) della gente: è semplicemente un meccanismo umano. Ma in sanità può portare a distorsioni incredibili, nel momento in cui abbiamo a che fare con la salute delle persone e nel momento in cui ci sono prove che altre tecniche sono migliori; oppure non ci sono prove di efficacia di quel che facciamo, quando invece per altre modalità terapeutiche per lo stesso problema ci sono. "Ma la mia esperienza...": ma allora torniamo al punto precedente. Certo, con questo non si vuol fermare il progresso, il tentativo di incrementare le nostre conoscenze e non applicare approcci innovativi, ma chi applica tecniche di non provata efficacia (e ci guadagna pure) ha il dovere di verificare seriamente se queste tecniche servono, altrimenti non dovrebbe usarle e tanto meno insegnarle come fanno tanti falsi maestri dai nomi più o meno francesi, americani o altrimenti esotici.

Comunque, attenzione: il denaro (detto in modo molto schietto) e le nostre preferenze personali (forse questo è solo un modo più "politicamente corretto" per dirlo) sono, in modo più o meno evidente, fattori determinanti nelle nostre scelte. Averne coscienza è almeno un primo passo verso la liberazione e la crescita professionale corretta. Il nostro vantaggio personale, quello che più ci piace fare: proviamo a metterci dall'altra parte, pensiamo di essere noi i malati. Con tutta probabilità di fronte a questo discorso impallidiremmo. Anche in questo caso non c'è soluzione definitiva. Il conflitto di interessi, che ci piaccia o no, fa parte della nostra vita e nessuno è così puro da potere scagliare qualunque pietra. Ma stando attenti, con gli occhi bene aperti, conservando un po' di senso critico nei confronti di noi stessi per primi, possiamo minimizzarlo come terapeuti veri e non possibili, sia pure forse involontari, ciarlatani come. Lasciando stare i falsi maestri.

#### LA POTENZA DEL CONSENSO E LA FORZA DEL GRUPPO

Da alcuni punti di vista noi in sanità siamo rimasti adolescenti. Il Consenso (con la C

maiuscola) è un meccanismo fondamentale: tutti cerchiamo il riconoscimento dei nostri pari, al limite andando a sceglierceli in modo che ci rinforzino in quello in cui noi crediamo.

Si osservino le differenze tra le varie specializzazioni mediche e come trattano le stesse patologie in modo diverso, rinforzandosi tra loro con specifici congressi monospecialistici e con poco confronto multispecialistico (oppure con confronti "falsi", dove si invitano solo gli amici e chi la pensa nello stesso modo); a volte anche le differenze tra scuole all'interno delle stesse specializzazioni. Se ci si riunisce tra persone con il consenso che i corsetti servono a curare il mal di schiena (o l'ozonoterapia, o le manipolazioni, o il massaggio, o questo o quel metodo, il tutto citato alla rinfusa e indipendentemente dal fatto che - in alcune condizioni cliniche - possano servire), se c'è il "gruppo" che sostiene questo approccio, allora adolescentemente siamo completamente convinti che la terapia funziona. Non ci poniamo dubbi, perché "lo fanno tutti", "lo dicono tutti" (per lo meno, quelli che noi frequentiamo). Il problema è che ci muoviamo sempre negli stessi ambiti, negli stessi gruppi e le verità sono sempre le stesse (quindi "verità" relative, non assolute). Basta andare in un gruppo leggermente diverso, che si pensa che "gli altri" siano dei marziani, facciano cose strane: in realtà spesso seguono lo stesso meccanismo, quello del Consenso senza prove. Ma a volte no, sono solo più seri.

Guardiamoci intorno, e guardiamo quante cose facciamo solo per "il consenso"; e poi cerchiamo di capire se è questo il percorso professionalmente più corretto per fare le nostre scelte. Tutti abbiamo il sogno del cavaliere solitario che, forte solo di se stesso, affronta l'ignoto, ma quasi mai ci comportiamo così (per fortuna). Ma tutti abbiamo anche il terrore di essere dei *don Quijote de la Mancha* che lottano contro i mulini a vento, e quindi seguiamo la corrente e il gruppo. La domanda è: il consenso è il modo giusto per decidere professionalmente che cosa fare (soprattutto in sanità)? Proviamo a metterci dall'altra parte, pensiamo di essere noi i malati che chiedono aiuto a terapeuti che vogliamo professionalmente competenti. E per evitare il "così fan tutti", conserviamo la mente aperta,



### JEAN-YVES MAIGNE: DALLA MEDICINA MANIPOLATIVA ALLA COMPRESIONE DEI MISTERI DELLA LOMBALGIA



Jean-Yves Maigne dirige il Dipartimento di Medicina fisica presso l'Ospedale Hôtel-Dieu a Parigi ed è Autore di cinquantasette lavori nella letteratura indicizzata. È un "figlio d'arte": suo padre è, infatti, Robert Maigne, colui che per primo ha sviluppato la medicina manuale in Francia, portandola poi anche in Italia. Jean-Yves però è più interessato alle cause della lombalgia e questa ricerca l'ha portato a tenere in considerazione una gamma più ampia di terapie. Ciononostante, in linea con suo padre, ritiene che la terapia manuale sia insostituibile e rimanga la più applicata almeno nel 50% dei casi. A questo proposito al Congresso ISICO di marzo 2010 Jean-Yves porterà una lezione magistrale d'estremo interesse perché presenta una nuova teoria complessiva sul mal di schiena, il cui obiettivo è quello di superare la sindrome biopsicosociale proposta da Waddell. Questa sua teoria prevede la classificazione dei pazienti affetti da lombalgia in tre gruppi (o cerchi) principali in base alla localizzazione del dolore e al legame con lo schema organico. Questa classifi-

cazione dovrebbe facilitare ai medici la valutazione e di conseguenza rendere più facile la gestione e la scelta del trattamento dei pazienti.

Inoltre, presenterà un lavoro di ricerca di recente pubblicato negli *Annales of Physical and Rehabilitation Medicine: "Interexaminer agreement of clinical examination of the neck in manual medicine"*, in pratica un lavoro che offre basi scientifiche alla medicina manuale. L'obiettivo di questo studio era di misurare l'affidabilità interesaminatore della valutazione clinica del rachide cervicale in medicina manuale e attribuire ai risultati una scala di valutazione all'interno di un questionario funzionale. Lo studio è stato effettuato su un gruppo misto di pazienti ambulatoriali affetti da cervicgia, ma in assenza di irradiazione al di sotto del gomito. Da due medici sono state valutate la rotazione del collo e la presenza di dolore durante gli esercizi di flessione ed estensione, durante la palpazione di diversi muscoli correlati e del rachide cervicale, mediante le misurazioni dei coefficienti di Cohen e di Pearson. I risultati hanno dimostrato una moderata affidabilità interesaminatore delle valutazioni cliniche.

guardiamoci intorno, ricordiamoci che la teoria di Newton è stata accettata finché è arrivato Einstein che l'ha smentita: quindi restiamo sempre pronti a cambiare idea di fronte ai fatti e ai dati (ricerche serie).

#### IL MARKETING SANITARIO E LE SUE ULTIME TRAPPOLE

Tutti abbiamo paura delle mitiche "sette sorelle", le multinazionali che determinano le nostre scelte e la nostra vita. Soprattutto in un Paese "dietrologico" come l'Italia sappiamo che "c'è sempre qualcuno dietro". La forza dell'industria esiste certamente a livello sanitario, ma non è solo quella farmaceutica, è anche quella delle corporazioni, siano esse professioni o specializzazioni, che difendono i loro interessi più o meno consapevolmente. Il meccanismo del Consenso di cui sopra è intriso anche di questi conflitti di interessi, e il *marketing* spesso ci sguazza al meglio. Chi ascolta più i "poveri" informatori del farmaco (o, nel nostro ambito, gli informatori delle terapie strumentali o degli strumenti di valutazione)? Lo facciamo a volte

solo per cortesia, o perché ci sono simpatici, o perché l'ultimo ristorante in cui ci hanno portato era proprio ottimo e l'ambiente piacevole, ma difficilmente possiamo credere alle antiquate strategie di *marketing* che ci spacciano solo tutti i vantaggi della proposta (terapeutica e non) e ne nascondono più o meno accuratamente i limiti. Con questo non intendo ovviamente dire che non ci siano informatori "moderni" assolutamente preparati, corretti e attenti (anche eticamente) nelle loro prestazioni. Ma oggi succede anche che il *marketing* si ricicli e si mascheri attraverso la serietà della ricerca che, opportunamente "ammaestrata", porta i risultati migliori e più utili all'industria o alle corporazioni di cui sopra. I casi sono stati clamorosi negli ultimi anni, con pubblicazioni e presentazioni congressuali totalmente ammaestrate (per esempio, recentemente dall'industria in chirurgia vertebrale), con articoli partiti come studi controllati randomizzati e poi finiti come studi osservazionali pur di essere pubblicati e dimostrare quello che volevano dimostrare (con dati veri, ma conclusioni "piegate" alla bisogna). Oppure, senza essere così

clamorosi, è possibile (forse anche in buona fede e per semplice "ignoranza") paragonare la migliore tecnica chirurgica con una tecnica riabilitativa standard (non la migliore possibile, ma quella che il terapeuta sotto casa in tutta onestà pratica, confrontandola con i risultati di un solone della chirurgia) per dimostrare quello che si vuole. Ma questi esempi, presi dai nostri "vicini di casa" chirurgici, si possono applicare anche alle nostre tecniche: solo, anche noi siamo più bravi a vedere la pagliuzza nell'occhio del vicino... Paradossalmente, proprio la ricerca che dall'industria potrebbe difenderci, è diventata anch'essa per i più furbi un mezzo estremamente subdolo di *marketing*: bisogna saperlo per stare attenti.

Detto questo, torniamo alla nostra domanda di fondo, la cui risposta è molto semplice in questo caso. Non è il *marketing* il modo per crescere professionalmente: dobbiamo solo imparare a difenderci; saremmo molto più bravi se provassimo a metterci dall'altra parte, pensiamo di essere noi i malati che chiedono aiuto a terapeuti che vogliamo professionalmente competenti: è chiaro, niente *marketing*.

#### L'AUTORITÀ DEGLI AUTOREVOLI AUTORI: TRA COMPETENZA, ESPERIENZA E CONFLITTO DI INTERESSI

Inutile nascondersi dietro a un dito. Ormai per molti io rappresento un autorevole Autore.

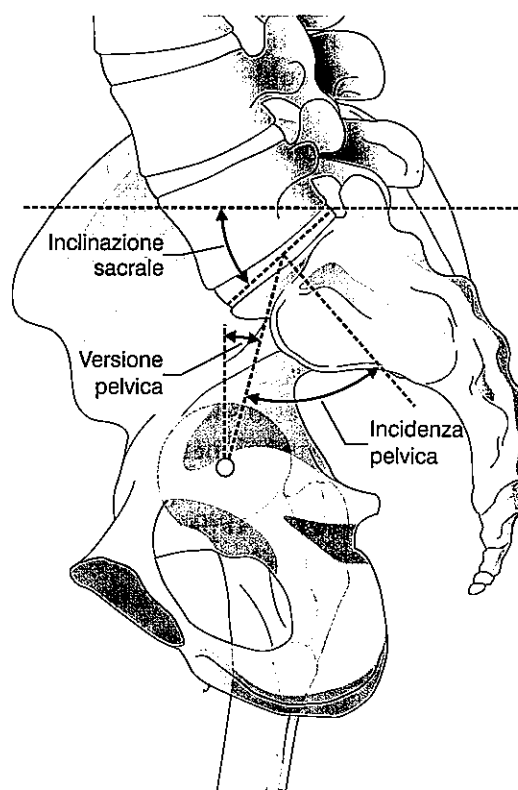
### CATHERINE MARTY: UNA VITA DEDICATA ALLO STUDIO DELLA MECCANICA DEL RACHIDE NORMALE E PATOLOGICO

Catherine Marty lavora presso il Dipartimento di Neurotopedia e Scoliosi del bambino e dell'adulto dell'Ospedale "R. Poincaré a Garches. È allieva di Madame Duval-Beaupère e Autrice di numerosi articoli in letteratura internazionale e francese sull'assetto sagittale della colonna vertebrale e la sua biomeccanica.

Al Congresso ISICO di Milano-Assago 2010 presenterà una lezione magistrale su un argomento emergente nella letteratura internazionale che, grazie alla ricerca d'Oltraipe, si sta imponendo all'attenzione della comunità internazionale che si occupa di colonna dal punto di vista sia conservativo sia chirurgico: i parametri pelvici che determinano l'allineamento sagittale del rachide. Al di là dell'apparente meccanicismo della definizione dell'inclinazione e versione pelvica e dell'inclinazione sacrale, questi parametri sono oggi riconosciuti come determinanti dell'equilibrio soprastante del rachide, sono probabilmente fissi una volta raggiunta la fine della crescita, e devono essere ben noti e molto considerati da chi opera praticamente sul rachide, sia esso adulto, anziano o in crescita.

Marty presenterà poi una relazione di ricerca di estremo interesse, pubblicata da Spine nel 2007 sulla *Natural history of progressive adult scoliosis*. Si tratta di un'analisi retrospettiva della progressione della scoliosi dell'adulto in modo da poter stabilire una prognosi individuale. La ricerca è stata eseguita mediante una rilevazione di misurazioni a distanza di anni sulle radiografie di pazienti adulti affetti da scoliosi progressiva e l'inserimento dei dati ottenuti in un diagramma raffigurante l'angolo di Cobb e l'età del paziente, ottenendo in questo modo due tipi principali della patologia, dove il primo è una scoliosi adolescenziale che protrae la

sua progressione anche dopo la maturità scheletrica e il secondo appare o progredisce in età più avanzata peggiorando nella menopausa. Il risultato di questa ricerca originale ha mostrato che la percentuale di progressione è lineare e che il diagramma può essere usato per stabilire una prognosi individuale.



Ebbene, non fidatevi di me solo per questo! Gli autorevoli Autori possono essere come gli onorevoli politici: di alcuni ci si può fidare (finché non li si prende in castagna...), di altri proprio no, e spesso lo si può sapere sin dal principio. Personalmente, cerco di essere coerente per non farmi prendere in castagna, anche perché di faccia ne ho una sola... ma state allerta!

Fatto un po' di *show* personale, cerchiamo di essere razionali. I vantaggi degli autorevoli Autori sono spesso in termini di esperienza (almeno finché parlano/scrivono di cose che fanno tutti i giorni), a volte anche di competenza (oltre alla nota di cui sopra, si deve aggiungere che non sempre si diventa autorevoli Autori per questioni di competenza specifica in un settore): ma proprio quando sono competenti ed esperti in uno specifico settore, gli autorevoli Autori più di chiunque altro possono essere portatori di interessi specifici di parte, più o meno evidenti a loro stessi, prima ancora che a tutto il resto del mondo.

Tutti noi siamo in conflitto di interesse, sempre. Faccio un esempio: arriva alla mia consultazione una paziente con 50° di scoliosi; un po' per il lavoro che faccio, un po' per mie convinzioni personali, io farei di tutto con mia figlia per evitare l'intervento chirurgico anche con 50° di curva. So che in alcuni casi ce la si può fare, in altri proprio no: ma ci proverei comunque. Ma so anche quali sono i miei valori personali (intendo, valori umani, non professionali), quali sono i sacrifici (tanti) che ci sarebbero da affrontare, so che cos'è un intervento chirurgico per scoliosi, conosco i gravi rischi che si correrebbero: in pratica, ho già preso la mia decisione (che tra l'altro corrisponde anche con il mio lavoro) e per questo sono portatore di un conflitto di interessi (in cui inestricabilmente si legano anche le mie convinzioni personali, come è normale in questi casi). Il paziente che viene da me si sentirà inevitabilmente dire certe cose e inevitabilmente verrà sbilanciato a favore di un trattamento non chirurgico. Lo so, e quindi dico al paziente che per raggiungere una scelta consapevole deve anche sottoporsi a una visita dal chirurgo: solo così potrà avere le due campane.

Torniamo alla crescita professionale: questi conflitti di interesse possono non essere co-

si evidenti, ma ci sono sempre e per tutti gli autorevoli Autori. Allora, si deve conoscere la campana per cui suona l'autorevole Autore, per poterne leggere anche un'altra di diverso tipo. È come con i quotidiani: se leggi "La Repubblica" o "Libero", sai che cosa aspettarti: si deve fare lo stesso con gli autorevoli Autori, sapere che cosa aspettarsi e, di fronte a scelte importanti, leggere sia "La Repubblica" sia "Libero". Ma anche questo non sempre è possibile o per mancanza di informazioni esplicite o per non evidenza dei potenziali problemi. Ergo, non ci si può fidare completamente degli autorevoli Autori come fonti attendibili di formazione, informazione, aggiornamento: li si può "utilizzare", ma in modo critico. Hanno pregi (completezza di informazione, visione d'insieme, scelte operative immediate), ma anche chiari difetti. Con loro si può crescere professionalmente, anche molto: ma ci si deve coprire le spalle. Sempre secondo la stessa logica: proviamo a metterci dall'altra parte, pensiamo di essere noi i malati che chiedono aiuto a terapeuti che vogliamo professionalmente competenti. Vorremmo che tenessero gli occhi aperti e usassero sano buon senso e capacità di giudizio. Questa è la possibile proposta, quindi.

#### LA MIGLIORE OFFESA È LA DIFESA

In medicina non è proprio così, ma quasi. Infatti, la medicina difensiva è una vera iattura per i malati che vi si imbattono e per i medici che la praticano (che finiscono per non fare più il loro lavoro). Abbiamo già detto prima che fare il medico (o l'operatore sanitario) significa avere l'autorizzazione di fare del male alle persone, ma solo perché si cerca di fare del bene. Quando invece si pensa primariamente a evitare guai, quando si pratica la medicina difensiva, allora veramente si smette forse di fare del male, ma di certo si hanno difficoltà a fare del bene. Esami inutili, invasivi e costosi, che fanno perdere tempo, che prolungano la malattia invece di curarla, sono uno degli esempi più facili della medicina difensiva. Ma si può anche decidere di "non osare" una terapia più difficile, ma più appropriata per non "correre il rischio" di sbagliare e quindi ci si accontenta: ma si accontenta

## FRANCISCO JOSÉ VERA-GARCIA: LA RICERCA APPLICATA AI MUSCOLI ADDOMINALI



Francisco José Vera-García è laureato in scienze motorie ed è direttore del Laboratorio di biomeccanica e salute presso l'Università Miguel Hernández di Elche, Alicante in Spagna. È stato anche componente del Laboratorio di biomeccanica rachideo, del Dipartimen-

to di cinesiologia presso l'Università di Waterloo (Ontario) in Canada. Vera-García è Autore di dodici articoli indicizzati che riguardano le problematiche della funzione e della stabilità lombare, il condizionamento della muscolatura del tronco e la prevenzione di lesioni spinali.

Il 20 marzo 2010 a Milano-Assago nel corso del Congres-

so ISICO durante la lezione magistrale, Vera-García presenterà una revisione sistematica da lui recentemente pubblicata sul *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* sugli "Electromyographic studies in abdominal exercises". Effettuando una sintesi della letteratura riguardante gli studi di ricerca sull'attività elettromiografica dei muscoli addominali durante l'esecuzione di esercizi addominali ha potuto produrre una sintesi originale dalle forti indicazioni pratiche e operative, evidenziando i fattori più importanti per la selezione degli esercizi di rafforzamento di questi muscoli.

Vera-García presenterà anche una ricerca sugli effetti delle manovre di stabilizzazione addominale sul controllo del movimento e della stabilità vertebrale. Con questo studio è stata valutata l'efficacia dei muscoli nel generare un cosiddetto "corsetto addominale"; inoltre si è controllata la capacità di questo "corsetto" e delle manovre di lordosizzazione a controllare il movimento e la stabilità del rachide nelle situazioni di disturbo esterno.

chi? Purtroppo si è rotto il meccanismo della fiducia, purtroppo sono sempre di più i malati che si rivolgono agli avvocati e sono sempre di più gli avvocati che cercano i malati: le cause aumentano, i premi assicurativi accrescono, addirittura le assicurazioni non assicurano più in certi casi... ed ecco allora che i medici e gli operatori sanitari si difendono, al prezzo di smettere di fare il loro lavoro, di sentirsi eticamente in difficoltà, di curare peggio i loro malati, e alla fine di aumentare la diffidenza in un circolo vizioso che va spezzato da qualche parte. Qui, se praticiamo la medicina difensiva e proviamo a metterci dall'altra parte, pensiamo di essere noi i malati che chiedono aiuto a terapeuti che vogliamo professionalmente competenti, direi che restiamo proprio in mutande...

#### CONCLUSIONE: CHE COSA CI RIMANE?

Allora, dunque, l'esperienza serve ma non troppo, le preferenze personali (e il guadagno) sono una luce abbagliante e inaffidabile; il consenso ci può spingere in direzioni strane e inaffidabili, per quanto socialmente gratificanti; la sirena del *marketing* tenta di attrarci ma va rifuggita, anche nelle sue trappole più nascoste;

degli autorevoli Autori si deve diffidare e non danno certezza alcuna; la tentazione della medicina difensiva è un'offesa al paziente, all'etica e alla nostra professionalità.

Che cosa ci rimane? Molto. La scienza. La ricerca. Gli studi randomizzati controllati. Le metanalisi. Le *review Cochrane*. I grandi studi osservazionali.

Se proviamo a metterci dall'altra parte, se pensiamo di essere noi i malati che chiedono aiuto a terapeuti che vogliamo professionalmente competenti, allora in questo caso si che ci sono risposte che valgono la pena, sì che ci si può fidare (almeno fintantoché la stessa scienza smentirà e non dimostrerà - con le prove e i fatti, non con le teorie e le congetture - che la fiducia va portata altrove).

In realtà quindi ci rimane molto: possiamo avere un riferimento esterno affidabile e di cui ci si può fidare (anche se sempre non ciecamente, come abbiamo visto a proposito del "nuovo *marketing*"). La ricerca consente di superare i difetti dell'esperienza e i limiti del consenso tra pari. Di certo la scienza è molto democratica se ben fatta, e non si interessa di *marketing* né tanto meno del parere di autorevoli Autori. Ovvio, si tratta di studiare, di leggere, di approfondire.



Ma esistono riviste che sono scientificamente serie in tutti i settori e che possono anche essere estremamente utili dal punto di vista clinico. Ognuno di noi può sceglierne una o due come suoi riferimenti, anche se l'ostacolo della lingua (quasi tutto è in inglese) rimane importante. Basta che si tratti di riviste con *peer review* (ossia con verifica dei lavori da parte di altri studiosi), con ricerca seria: le si può trovare indicizzate dal motore di ricerca di Medline (PubMed). Ci sono poi le riviste, anche molto serie, che si basano sul parere degli autorevoli Autori. Anche queste sono importanti e vanno bene, ma vanno ovviamente prese con molta più attenzione e ci si deve basare soprattutto da un lato sulla "reputazione" della rivista e della casa editrice, dall'altro su quello dell'Autore stesso. In tutti questi casi si deve diffidare delle riviste formativo-informative soprattutto quando fanno finta di essere ciò che non sono: riviste di ricerca. Non che non possano pubblicare articoli anche molto seri di ricerca, ma non essendo stati rivisti tra pari, non essendo stati in questo modo controllati metodologicamente, manca il solo filtro che consenta di sapere con una certa affidabilità se quanto si legge è realmente valido.

A proposito delle offerte serie non posso fare a meno di citare un'opera meritoria, di cui non sono l'artefice, perché l'ho trovato già pronto quando ho cominciato a lavorare: il Gruppo di Studio della Scoliosi, nato così già nel lontano 1978. È estremamente raro trovare chi ti porta in casa (oltretutto "pre-digerito" e commentato) l'aggiornamento serio e scientificamente valido, nonché riassunto in italiano, delle principali riviste scientifiche del settore, nel nostro campo (le patologie della colonna e la riabilitazione) ma non solo, dalla medicina all'economia, all'ingegneria.

Infine, ci sono corsi e congressi seri, dove la ricerca è al primo posto: ovviamente porto acqua al mio mulino, con R&R - Rachide&Riabilitazione. Ma ce ne sono anche altri, l'importante è scegliere sempre chiedendosi quale ricerca c'è dietro, che pubblicazioni serie sono state fatte dai relatori o da chi ha "coniato" il metodo. E non contano le ricerche di base (io le chiamo quelle sul "sesso degli angeli"), ma solo le ricerche cliniche: queste cose che vengono insegnate sono state applicate in ricerche serie e i pazienti

sono andati meglio? Quali tipi di pazienti? E se si fa così, probabilmente è facile scegliere cosa interessa tra il 5-10% dei corsi esistenti in grado di sopravvivere a questa analisi.

Nel ventunesimo secolo non c'è altro modo serio per fare il medico o l'operatore della sanità: ci si deve basare sui risultati della ricerca scientifica. Se proviamo a metterci dall'altra parte, se pensiamo di essere noi i malati che chiedono aiuto a terapeuti che vogliamo professionalmente competenti, allora cercheremo sempre questo tipo di medici e operatori sanitari: quelli che hanno basi serie per fare. Poi guarderemo anche all'umanità e al rapporto (non ne abbiamo parlato qui, lo faremo in altri contesti), ma sempre e comunque cercheremo dei risultati che solo dalla scienza e dalle prove di efficacia (*evidence* all'inglese) possono arrivare.

*Stefano Negrini*

Specialista in Medicina fisica e riabilitativa  
ISICO, Milano

Ulteriori approfondimenti  
sono disponibili in

[www.ilfisioterapista.it](http://www.ilfisioterapista.it)



Associazione Italiana di Terapia del Dolore Ortopedico  
e Medicina Manuale

## PRIMO CORSO DI MEDICINA MANUALE

Roma, 20-29 maggio 2010  
Hotel Kaire, via Maffeo Vegio 18

Responsabili scientifici: Dr. Manlio Caporale (AITEMOM) e  
Dr. Hermann Locher (DGMM)

Argomenti: Fondamenti generali e aree di applicazione della Medicina Manuale. Neurofisiopatologia del dolore. Eziopatogenesi del blocco. Semeiotica segmentale di Maigne e Sell. Mobilizzazione probatoria e manipolazione mirata. Tecniche diagnostiche e terapeutiche manuali di base per il rachide cervicale, il rachide dorsale e le articolazioni costo-trasversarie, il rachide lombare e le articolazioni sacro-iliache.

Informazioni e prenotazioni:

Sig.ra Angela Notaro (presso Hotel Kaire)

Tel. 06.306.830.45 - Fax 06.306.094.76

email: [info@medicinamanuale.it](mailto:info@medicinamanuale.it)

sito web [www.medicinamanuale.it](http://www.medicinamanuale.it)

ECM: 37 crediti per i Fisioterapisti  
e 43 crediti per i Medici Chirurghi