



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI GENOVA



## **Università degli Studi di Genova**

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili

### **Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici**

A.A. 2017/2018

Campus Universitario di Savona

# **Le attitudini e le credenze dei Fisioterapisti Italiani nei confronti del Low Back Pain Indagine preliminare tramite questionario on-line**

Candidato:

Dott.ssa Nicoletta Cossidente

Relatore:

Dott. Riccardo Gambugini



## **INDICE**

1. ABSTRACT	4
2. INTRODUZIONE	6
2.1 Chronic Low Back Pain: tra fattori biologici e psico-sociali	7
2.2 Influenza delle credenze del clinico sul paziente	8
3. MATERIALI E METODI	12
3.1 Partecipanti e Distribuzione del questionario	12
3.2 Il Questionario	12
4. DESIGN DELLO STUDIO	13
5. RISULTATI	15
6. DISCUSSIONE	30
7. CONCLUSIONI	38
7.1 Keypoints	40
8. BIBLIOGRAFIA	41
9. ALLEGATI	49

## 1. ABSTRACT

Introduzione e Background: relativamente al Low Back Pain (LBP), molteplici sono i fattori che concorrono nel determinare una condizione di cronicità. La maggior parte di questi non risulta essere legata ad una problematica strutturale specifica, bensì a fattori psico-sociali, atteggiamenti e convinzioni errate che accompagnano il paziente durante la sua esperienza dolorosa. Spiegazioni basate su informazioni obsolete e di esclusivo carattere pato-anatomico fornite dagli operatori sanitari contribuiscono certamente al rafforzamento di tali convinzioni errate; per questo motivo il clinico gioca un ruolo fondamentale ed assume una certa responsabilità nella gestione del Low Back Pain cronico (CLBP), potendo egli stesso contribuire ad alimentare il perdurare del dolore e della disabilità laddove risulti esserci un approccio di eccessivo stampo bio-medico.

Obiettivo dello studio: verificare, attraverso la somministrazione di un questionario online, quali siano le attitudini e le credenze dei fisioterapisti italiani circa il CLBP e la sua gestione, al fine di poter rilevare la predominanza del tipo di approccio utilizzato. Uno degli scopi della tesi è quello di suscitare l'interesse dei professionisti e di incentivarli ad acquisire e migliorare le abilità necessarie al fine di adottare un atteggiamento improntato sull'Evidence Based Practice, ad ampliare le proprie conoscenze e modelli di ragionamento clinico basandosi sulla scienza moderna e sulle più recenti Linee Guida Internazionali.

Materiali e metodi: il questionario è stato strutturato partendo dal Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapist (PABS.PT), il quale, non essendo validato in italiano, è stato tradotto ed integrato con altri quesiti adattati socio-culturalmente al contesto. È composto da 44 domande, di cui 14 demografiche per inquadrare la popolazione oggetto di studio e 30 specifiche per lo scopo dell'indagine stessa. Per raggiungere lo scopo, sono state coinvolte le associazioni di categoria

(a livello nazionale e regionale), in modo da raggiungere la totalità dei fisioterapisti iscritti all'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI), e i CdL in fisioterapia delle università italiane, in modo da poter coinvolgere gli studenti del III anno del CdL. Per sottoporre le domande ai professionisti sanitari si è deciso di utilizzare la rete internet, preparando un questionario online tramite "Google Docs" ed inviando il link ai diretti interessati tramite indirizzi email e tramite i social network (Whatsapp e gruppi di interesse fisioterapico di Facebook). L'indagine è stata condotta a partire da settembre 2018 fino a marzo 2019.

Risultati: sono stati raccolti 922 questionari, di cui 603 (65,4%) completi di tutte le risposte in ogni sezione. Hanno risposto in totale al questionario 456 donne (49,5%) e 465 (50,5%) uomini. Il 63,1% ha tra 20 e 35 anni, il 10,9% tra 36-40 anni, l'8,1% 41-45 anni, il 6,3% 46-50 anni, l'11,1 % 51-70 anni.

E' risultato che in media i fisioterapisti italiani con un orientamento bio-medico rappresentano il 30-35% circa di tutto il campione.

Discussione: è stato visto che coloro che erano maggiormente aderenti al modello bio-medico erano quelli che si erano laureati da più di 10 anni e che, nonostante la maggior esperienza lavorativa e la formazione post-universitaria, non avevano variato questa tipologia di orientamento. Questo suggerisce l'importanza della formazione di base che viene fornita dalle università italiane nei percorsi triennali.

Si suppone che migliorando i percorsi formativi, sensibilizzando le università e le associazioni di categoria ad una maggiore attenzione ai contenuti offerti nella formazione, si possa facilmente migliorare l'approccio globale dei fisioterapisti italiani, soprattutto per coloro che hanno conseguito gli studi meno recentemente.

## 2. INTRODUZIONE

Il Low Back Pain è un disturbo muscolo-scheletrico molto comune caratterizzato da dolore e/o limitazione funzionale compresi tra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori <sup>1</sup>, con eventuale irradiazione posteriore alla coscia ma non oltre il ginocchio che può causare l'impossibilità di svolgere la normale attività di vita quotidiana e lavorativa.

Il LBP è ad oggi la principale causa di disabilità nel mondo <sup>2</sup>.

Con una prevalenza dell'80%, colpisce in maniera uguale donne e uomini con un picco di prevalenza tra i 30 ed i 50 anni i quali rappresentano gli anni più produttivi della vita lavorativa di una persona. Ciò si traduce in un notevole impatto socio-economico per famiglie, imprese e istituzioni in termini di perdita di produttività e di aumento di spese e costi, tra trattamenti, uso di farmaci <sup>3</sup> ed assenteismo sul lavoro. È stato riscontrato infatti che i costi legati al congedo da malattia si aggirano intorno al 52-54% del totale e che i costi medi per la cura e l'assistenza del CLBP sono circa il doppio di quelli per il LBP acuto <sup>4</sup>. Inoltre è stato visto che i costi di trattamento per LBP aumentano più velocemente rispetto all'aumento dei costi complessivi di assistenza sanitaria <sup>5</sup>.

A livello globale, gli anni vissuti con disabilità causata da LBP sono aumentati del 54% tra il 1990 e il 2015, soprattutto a causa della crescita della popolazione e dell'invecchiamento, con maggior incremento visto nei paesi a basso-medio reddito. Nell'85% dei casi, dopo opportuna diagnosi per esclusione di patologie gravi di natura muscoloscheletrica o sistemica, il LBP viene considerato aspecifico poiché le cause pato-anatomiche del dolore non sono chiaramente identificabili <sup>6</sup>.

Nella maggior parte dei casi il decorso clinico del LBP è favorevole, con un recupero spontaneo nel 70-80% e con una diminuzione del sintomo

nell'arco delle 4 settimane dall'insorgenza. Tuttavia una percentuale di pazienti che si aggira intorno al 2-8% tende a cronicizzare <sup>7</sup>.

## **2.1 Chronic Low Back Pain: tra fattori biologici e psico-sociali**

L'origine del LBP è certamente di natura multidimensionale. Esso è la risultante dell'elaborazione ed interazione di molteplici fattori biologici, cognitivi, psicologici, socio-economici e lavorativi, i quali possono influire in maniera determinante nell'insorgenza e nel mantenimento del disturbo, in termini di dolore e disabilità <sup>2</sup>.

Alcuni fattori di rischio per lo sviluppo del mal di schiena sono già stati descritti in letteratura, come ad esempio l'obesità. Tuttavia esistono numerosi altri fattori di rischio tra cui situazione familiare, stress, monotonia, insoddisfazione sul lavoro, numero di ore di seduta prolungata, intensi carichi di allenamento. Età, sesso, fumo, consumo di alcool, alimentazione, frequenza di sollevamento pesi, tipologia di calzature e tipo di postura impiegata in posizione seduta, frequenza e tipologia di attività fisica non sono associati all'insorgenza di LBP <sup>8</sup>.

Nella maggioranza dei casi le fonti anatomiche e tissutali di dolore non sono accuratamente identificabili a causa della loro innervazione anche se è dimostrato che stimolandole esse possano essere responsabili del dolore <sup>9</sup>.

Degenerazioni del disco vertebrale, erniazioni del disco, artrosi delle faccette articolari e alterazioni strutturali dei piatti vertebrali possono costituire lo starter per lo stimolo nocicettivo, sebbene questi fenomeni a carico delle strutture muscolo-scheletriche del rachide siano presenti in forma asintomatica anche in soggetti sani probabilmente dovuti a fisiologici processi di invecchiamento e non associati al dolore <sup>10</sup>.

Attraverso i meccanismi di elaborazione del dolore l'input nocicettivo viene elaborato in tutto il sistema nervoso, inclusa la modulazione all'interno del midollo spinale e dei centri sovra-spinali a seconda del

contesto e dello stato psico-fisico della persona.

È dimostrato che la nocicezione non è condizione né sufficiente né necessaria per percepire il dolore. Il dolore è ormai considerato un'esperienza cosciente che può essere associata a nocicezione, ma sempre modulata da una miriade di fattori neurobiologici, ambientali e cognitivi <sup>11</sup>.

Vi è un reciproco legame tra cronicizzazione del disturbo e fattori psico-sociali. Nel dolore cronico, i centri sovra-spinali possono mostrare diversi livelli di attivazione e possono essere reclutati per l'attivazione o l'inibizione in base al tipo di stimolo nocicettivo, fattori di contesto, cognitivi ed emotivi. Se uno qualsiasi di questi fattori cambia, lo stesso input nocicettivo può produrre una diversa risposta cerebrale <sup>2</sup>.

Il dolore e l'efficacia della modulazione spinale possono essere influenzati anche da componenti psicologiche<sup>12</sup>. Recenti scoperte nel campo della neuro-imaging identificano l'entità dei cambiamenti all'interno del sistema nervoso centrale in caso di dolore cronico e mostrano come influenze emotive e cognitive quali ipervigilanza, catastrofizzazione, ansia e depressione possono influenzare la percezione del dolore attraverso un sistema di modulazione discendente del dolore <sup>13</sup>.

La paura associata al dolore ed al movimento ed il fenomeno della catastrofizzazione della condizione di dolore possono provocare sia l'aumento della percezione dolorosa sia il suo mantenimento nel tempo, ostacolando il processo di guarigione <sup>14</sup>.

## **2.2 Influenza delle credenze del clinico sul paziente**

In caso di dolore cronico, data la risoluzione naturale dell'eventuale danno periferico entro i sei mesi dall'esordio, i meccanismi del dolore molto probabilmente non sono più legati alla nocicezione periferica, seppur i pazienti possano ancora sentire dolore. È noto che il dolore non è correlato al grado di danno tissutale <sup>15</sup> e che il contesto in cui

viene somministrato lo stimolo nocicettivo può essere più importante dello stimolo nocicettivo stesso <sup>16</sup>.

Aumenti di forze su strutture muscolo-scheletriche e fenomeni degenerativi dovuti a posture specifiche, così come la mancanza di stabilità vertebrale, non sono correlati con dolore e disabilità <sup>17 18</sup>.

Il processo di degenerazione del disco comincia intorno ai 20 anni, ma l'incidenza del LBP aumenta e si concentra tra i 30 e i 40 anni, ma la degenerazione del disco continua con l'invecchiamento, nonostante l'incidenza della lombalgia diminuisca dopo i 60 anni, dimostrando la complessità del dolore rispetto alla sola degenerazione tissutale <sup>19</sup>.

Descrivere le cause del dolore puramente da un punto di vista biomedico, oltre a non essere coerente con le migliori evidenze scientifiche a riguardo, probabilmente può essere oltremodo dannoso per i pazienti e alimentare strategie di coping inadeguate, chinesiofobia e disabilità <sup>20 21</sup>. Il clinico riveste un ruolo fondamentale su ciò che i pazienti credono sul loro corpo e su come funziona.

È ampiamente diffuso interpretare il dolore esclusivamente come conseguenza del danno anatomico ed è di conseguenza normale per i pazienti stessi considerarlo in tal senso, nonostante il dolore sia una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva che può essere associata a danno tissutale reale o potenziale. (IASP,1994). È fondamentale spiegare al paziente i meccanismi neurofisiologici alla base della percezione del dolore, per metterlo nelle condizioni più favorevoli alla risoluzione e comprensione del problema. Questo compito spetta al professionista sanitario a cui si rivolge, il quale deve avere le competenze e conoscenze necessarie al fine di rendere il proprio lavoro efficace.

In tal senso, può essere utile l'applicazione della PNE (Pain Neurophysiological Education). Essa consiste in un intervento cognitivo comportamentale che fornisce al paziente spiegazioni circa la neurofisiologia del dolore al fine di cambiare le credenze maladattative sulla malattia, alterare la percezione maladattativa del dolore e ri-

concettualizzare le credenze sul dolore. Ci sono prove moderate che, subito dopo l'intervento, la PNE abbia un effetto da lieve a moderato sul dolore per i pazienti affetti da CLBP <sup>22</sup>.

Combinando un programma di educazione basato sulla PNE con esercizi specifici si può ridurre il dolore e la disabilità e migliorare la percezione del dolore nelle persone affette da dolore cronico <sup>23</sup>.

È possibile, tramite l'utilizzo della PNE, ridurre significativamente la chinesiofobia e la catastrofizzazione facilitando i pazienti nella riconcentualizzazione del dolore <sup>24</sup>.

Emerge quindi che le opinioni del professionista sanitario influenzano la scelta del trattamento e le raccomandazioni fornite al paziente <sup>25</sup> e di conseguenza le sue credenze, e ciò si può ripercuotere sulle sue strategie di coping e di comportamento <sup>26</sup>.

Attraverso informazioni errate i pazienti potrebbero essere spinti ad adottare convinzioni fortemente negative riguardo alle cause e alle conseguenze del loro mal di schiena, catastrofizzando e aumentando l'ansia verso il problema e ciò si può tradurre in una maggiore percezione del dolore.

Questo può causare maggiore stress, paura e persino contribuire alla depressione in molti pazienti con dolore cronico. È stato riscontrato che tutti questi fattori sono associati ad outcome negativi, tra cui ritardo nel ritorno al lavoro, limitazione funzionale e persistenza del dolore <sup>27</sup> con una diminuzione della capacità di gestire dolore e disabilità, anch'essa fortemente correlata ad outcome peggiori <sup>28</sup>.

Diventa fondamentale nella gestione del CLBP adottare strategie di prima scelta, tra cui rassicurazione, educazione e incoraggiamento al restare attivi in combinazione ad un trattamento multidisciplinare basato su terapia manuale, esercizio fisico e terapia cognitivo-comportamentale, sconsigliando l'eccessivo ricorso ai farmaci ed alle indagini strumentali al fine di garantire la massima efficacia del trattamento in accordo con le più attuali linee guida <sup>29</sup>.

Trattamenti basati esclusivamente su terapie fisiche che hanno come target il tessuto periferico rappresentano scelte terapeutiche inadeguate. Un trattamento indirizzato all'esercizio fisico ed ai fattori psico-sociali risulta più utile ed efficace per ridurre il dolore e la disabilità nel CLBP rispetto ad un trattamento indirizzato solamente a fattori biologici <sup>30</sup>.

È doveroso quindi da parte dei professionisti della salute gestire le problematiche dei pazienti attenendosi alle più recenti linee guida ed operando secondo l'Evidence Based Practice.

Nonostante la consistenza delle evidenze in merito ad un approccio bio-psico-sociale, spesso l'approccio di trattamento dei fisioterapisti è risultato in disaccordo con le linee guida <sup>31</sup>.

È stato riscontrato come spesso persista nel trattamento una pura visione bio-medica, anche nei casi in cui la condizione clinica dei pazienti stenti a migliorare, alimentando nei soggetti convinzioni e strategie mal adattative sul loro LBP <sup>32</sup>. La poca aderenza alle linee guida può influenzare le credenze del terapeuta stesso in merito al LBP. Questo studio ha l'obiettivo di valutare l'orientamento dei fisioterapisti italiani in merito all'approccio utilizzato nel paziente con CLBP e la loro aderenza alle linee guida attraverso la somministrazione di un questionario rielaborato a partire dal PABS.PT in modo da avere un'idea preliminare delle conoscenze che attualmente guidano la figura del fisioterapista italiano circa la gestione e trattamento del CLBP.

### **3. MATERIALI E METODI**

#### **3.1 Partecipanti e Distribuzione del questionario**

I soggetti a cui è rivolto il questionario sono fisioterapisti italiani. Sono state coinvolte le associazioni di categoria in modo da raggiungere la totalità dei fisioterapisti iscritti all'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI), e i CdL in fisioterapia delle università italiane, in modo da poter coinvolgere gli studenti del III anno del CdL. Per raggiungere più partecipanti possibili si è deciso di utilizzare la rete internet, preparando un questionario online tramite "Google Docs" ed inviando il link ai diretti interessati tramite indirizzi email e tramite i social network (Whatsapp e gruppi di interesse fisioterapico di Facebook).

#### **3.2 Il Questionario**

Lo strumento utilizzato per effettuare questa indagine è un questionario realizzato a partire dal PABS.PT, che, non essendo tradotto e validato in italiano, è stato tradotto ed integrato con altri quesiti adattati socio-culturalmente al contesto.

Il PABS.PT è un questionario auto somministrato che indaga la forza di due diversi orientamenti, bio-medico e bio-psico-sociale, dei fisioterapisti che si occupano del trattamento del LBP <sup>33</sup>. Nel questionario originale i due orientamenti vengono evidenziati da una struttura a due sottoscale indipendenti, ossia a due fattori, contenente ognuna un tot di item che riflettono il medesimo costrutto. Le risposte sono strutturate secondo il modello di una scala Likert, che comprende i valori da 1-totalmente in disaccordo a 6-totalmente d'accordo ed il punteggio viene calcolato per ognuna delle due sottoscale separatamente, e consiste nella somma dei punteggi degli item

appartenenti anche se non sono stati studiati, ad oggi, cut-off per distinguere un punteggio basso da uno alto <sup>33</sup>.

Il questionario ideato per la conduzione dell'indagine è stato formulato partendo dal PABS.PT originale al fine di creare un questionario orientativo per indagare le attitudini e le credenze dei fisioterapisti italiani.

Il questionario ideato è stato costituito da 3 sezioni:

- Sezione 1: pagina iniziale di benvenuto, di spiegazione dell'obiettivo dello studio, dell'utilizzo dei dati personali, del mantenimento dell'anonimato, della durata di compilazione del questionario (circa 10 minuti).
- Sezione 2: caratteristiche socio-demografiche (15 domande su sesso, età, zona d'Italia in cui lavorano, tempo trascorso dalla laurea, contesto lavorativo e quantità di ore lavorative)
- Sezione 3: 30 quesiti specifici per l'indagine stessa a partire dalla traduzione del PABS.PT.

Il questionario è riportato in allegato (Sezione 9).

#### **4. DESIGN DELLO STUDIO**

Dopo aver ideato il questionario utilizzando "Google Moduli", è stato trasferito in formato on-line attraverso un link che permetteva l'accesso al questionario. È stato inviato ai CdL in fisioterapia delle università italiane e, tramite l'associazione nazionale di categoria AIFI, ai colleghi fisioterapisti in modo da raggiungere un campione significativo di dati, utili per un'analisi preliminare.

Il questionario è stato disponibile online a partire da settembre 2018 fino a fine marzo 2019. Dopo la raccolta di un numero sufficiente di risposte si è proceduto con l'analisi dei dati, in modo da evidenziare l'orientamento dei fisioterapisti italiani in merito al CLBP ed eventuali correlazioni con fattori socio-demografici.

Non sono stati previsti incentivi economici o di altro tipo ai partecipanti e le risposte del questionario sono anonime.

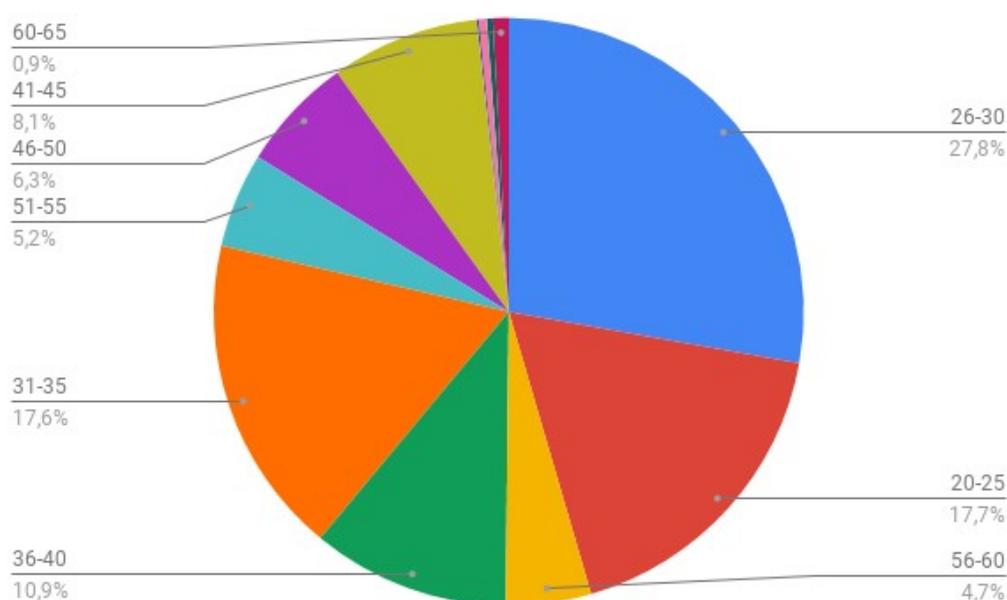
L'analisi dei dati è stata realizzata direttamente dal software di "Google Moduli" al termine dell'indagine prendendo in considerazione sia questionari compilati parzialmente che quelli compilati in toto.

## 5. RISULTATI

Sono stati raccolti 922 questionari, di cui 603 (65,4%) completi di tutte le risposte in ogni sezione.

Hanno risposto in totale al questionario 456 donne (49,5%) e 465 (50,5%) uomini.

Il 63,1% ha tra 20 e 35 anni, il 10,9% tra 36-40 anni, l'8,1% 41-45 anni, il 6,3% 46-50 anni, l'11,1% 51-70 anni.

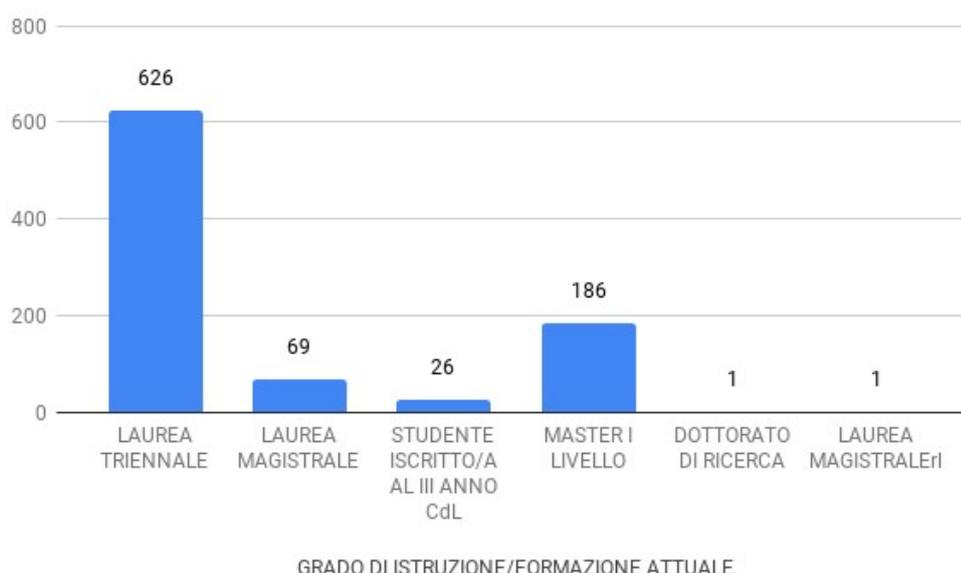


Le regioni con il maggior numero di risposte sono state Lombardia (19,3%), Veneto (13%), Toscana (8%), Emilia-Romagna e Lazio (7,7%), Piemonte (7,6%).

Per il 63,6% non sono trascorsi più di 10 anni dal conseguimento della laurea, per l'8,8% sono trascorsi dagli 11 ai 14 anni, per il 27,6% dai 15 ai 30 anni.

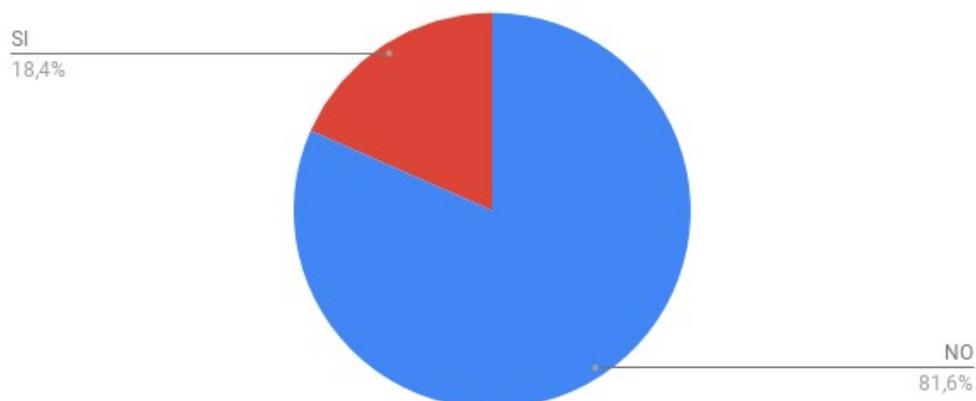
Il 68,9% ha conseguito solo la laurea triennale, il 20,5% un master di I livello, solo il 7,7% la laurea magistrale. Il 2,9% frequenta ancora il III anno del CdL. Dei 27 partecipanti iscritti al III anno del CdL, 6 provenivano dall'Università Politecnica delle Marche, 5 dall'Università di

Padova, 3 dall'Università di Milano- Bicocca, 2 dall'Università di Roma – La Sapienza e dall'Università degli studi di Udine, 1 dalle Università di Bari, l'Aquila, Foggia, Firenze, Genova, Pisa, Torino, Milano Statale e San Raffaele.



Il 18,4% ha conseguito un master universitario in riabilitazione muscolo-scheletrica e/o terapia manuale. Tuttavia 524 (74,4%) dichiarano di avere una specializzazione in terapia manuale attraverso percorsi di formazione non universitari. Solo 92 (9,9%) hanno conseguito una formazione post- base universitaria ed hanno più di 10 anni di esperienza lavorativa. Nello specifico, 52 (5,6%) hanno conseguito un master universitario in terapia manuale ed hanno più di 10 anni di esperienza lavorativa.

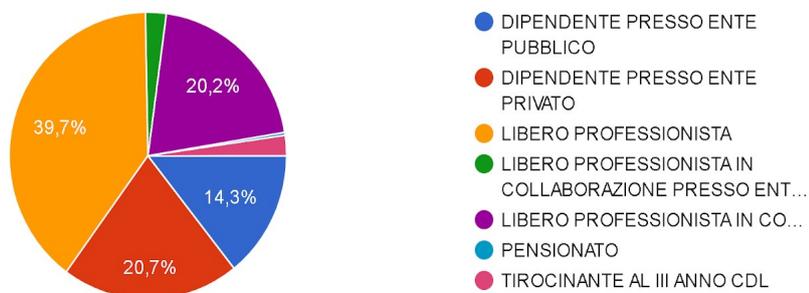
## PERCENTUALE DI CONSEGUIMENTO DI UN MASTER IN RIABILITAZIONE DEI DISORDINI MUSCOLO-SCHELETRICI E/O TERAPIA MANUALE



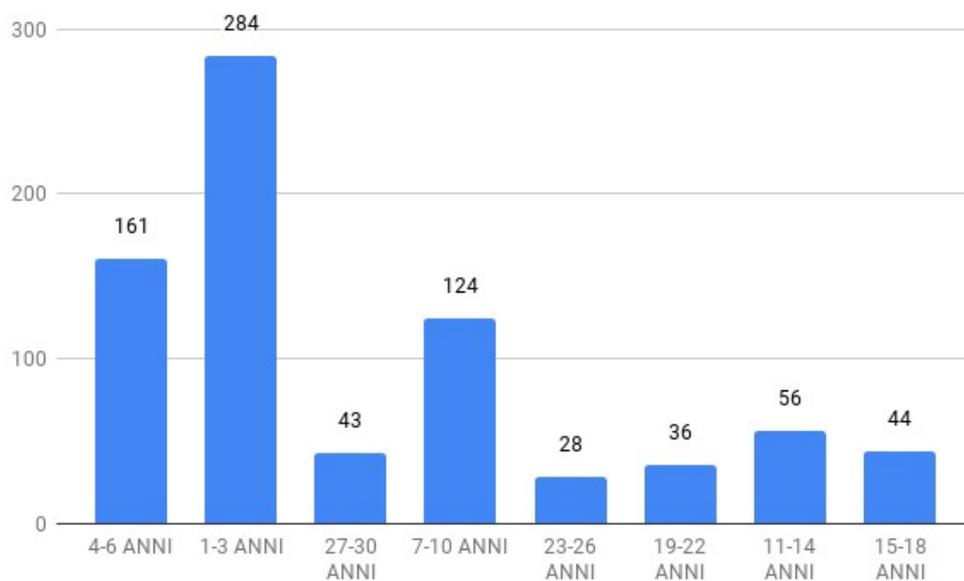
Il 39,7% lavora in libera professione, il 35% come dipendente.

## IMPIEGO PROFESSIONALE ATTUALE

914 risposte



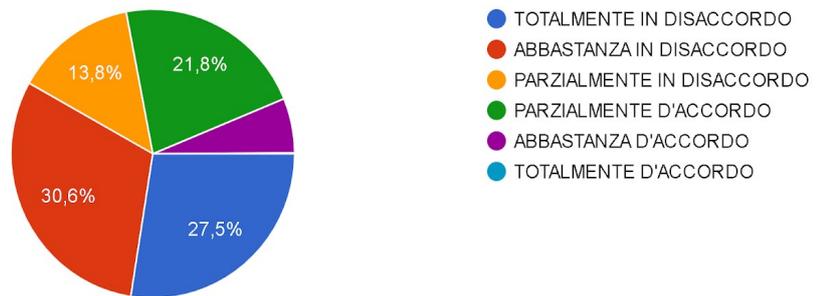
L'84,1% ha esperienza con pazienti affetti da CLBP. Il 36,6% da 1-3 anni, il 20,7% da 4-6 anni, il 16% da 7-10 anni, il 7,2% da 11-14 anni, il restante 19,4% da 15-30 anni.



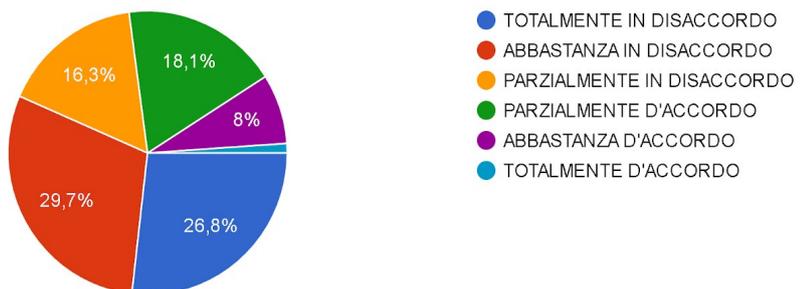
Nel 49,9% dei casi la frequenza di questa tipologia di pazienti durante la pratica clinica si aggira tra lo 0-25%, nel 33,7% tra il 25-50%, nel 13,8% al 50-75%, solo nel 2,6% tra il 75-100%.

Si riportano ora di seguito le altre 30 domande del questionario con le relative risposte fornite dalla popolazione, organizzate in grafici.

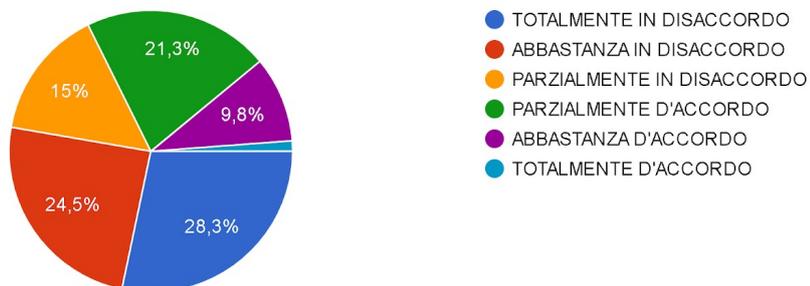
**Q.16 L' INTENSITA' DEL DOLORE E' DETERMINATA DALLA GRAVITA' DELLA LESIONE TISSUTALE E CORRELATA AD ESSA**



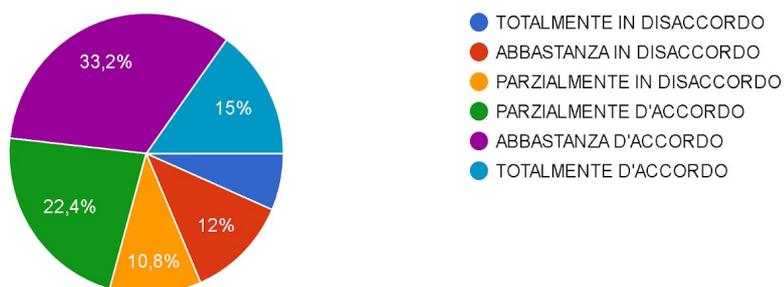
**Q.17 UN PEGGIORAMENTO DEL DOLORE INDICA L'INSORGNZA DI UNA NUOVA LESIONE E/O UN AGGRAVAMENTO DELLA PRECEDENTE**



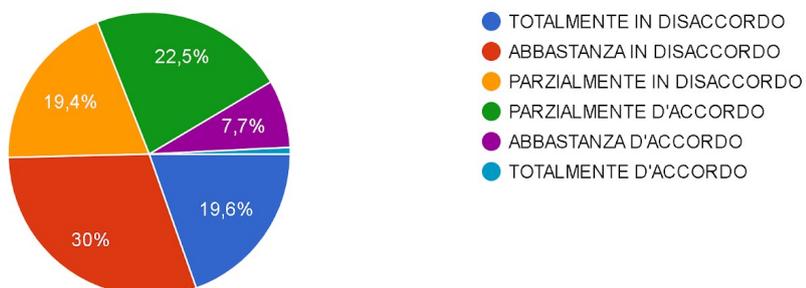
**Q.18 IL DOLORE E' UNO STIMOLO NOCICETTIVO, INDICANDO UNA LESIONE TISSUTALE**



**Q.19 SE AUMENTA LA GRAVITA' DEL DOLORE LOMBARE, AGISCO REGOLANDO L'INTENSITA' DEL MIO TRATTAMENTO**



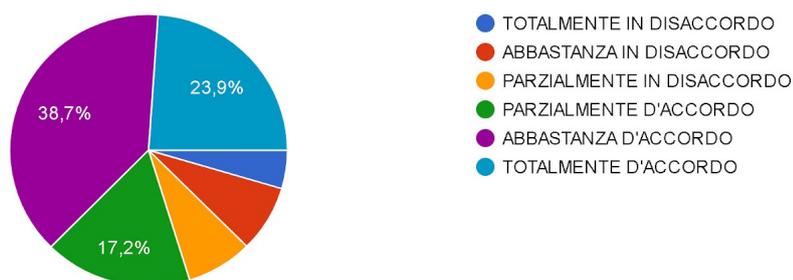
**Q.20 SE IL PAZIENTE LAMENTA DOLORE DURANTE L'ESECUZIONE DI UN ESERCIZIO, POSSO TEMERE CHE SIA PRESENTE UNA LESIONE TISSUTALE**



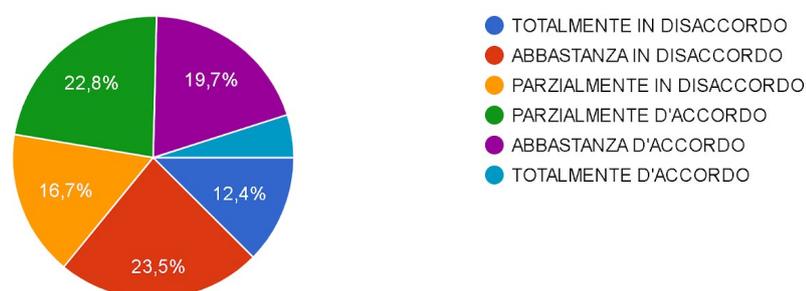
**Q.21 I PAZIENTI CHE SOFFRONO DI LBP DOVREBBERO PREFERIBILMENTE COMPIERE MOVIMENTI CHE NON PROVOCHINO DOLORE**



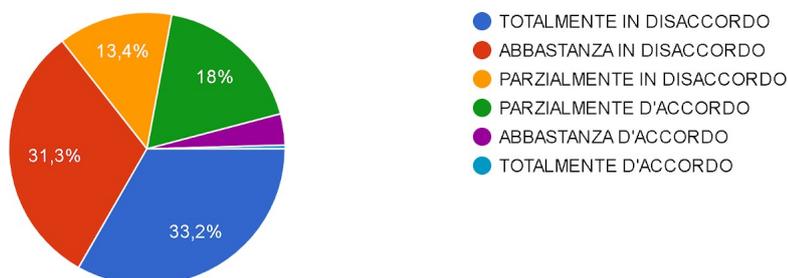
**Q.22 LA RIDUZIONE DEL DOLORE RAPPRESENTA UN PREREQUISITO FONDAMENTALE PER IL RIPRISTINO DELLA NORMALE FUNZIONE**



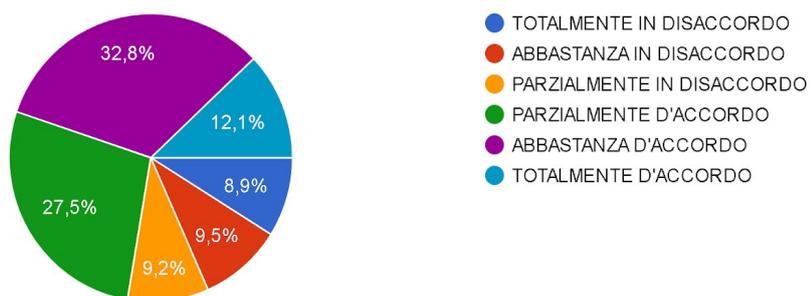
**Q.23 SE IL TRATTAMENTO NON PROVOCA UNA RIDUZIONE DEL DOLORE, VI E' UN ELEVATO RISCHIO DI GRAVI RESTRIZIONI A LUNGO TERMINE**



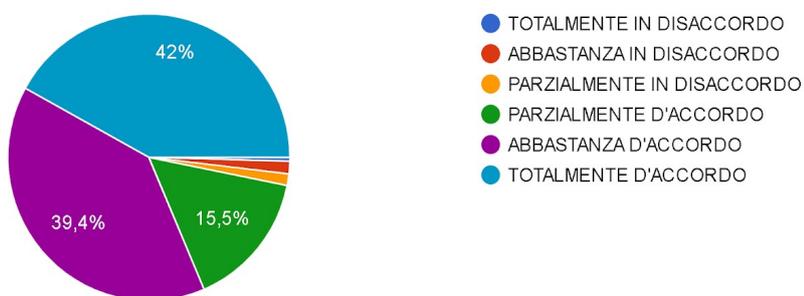
**Q.24 IL DOLORE LOMBARE INDICA LA PRESENZA DI UNA LESIONE ORGANICA**



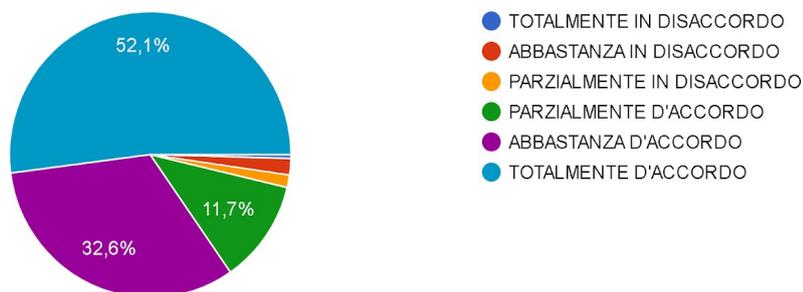
**Q.25 A LUNGO TERMINE, I PAZIENTI AFFETTI DA DOLORE LOMBARE HANNO MAGGIORI PROBABILITA' DI SVILUPPARE DISFUNZIONI ALLA COLONNA**



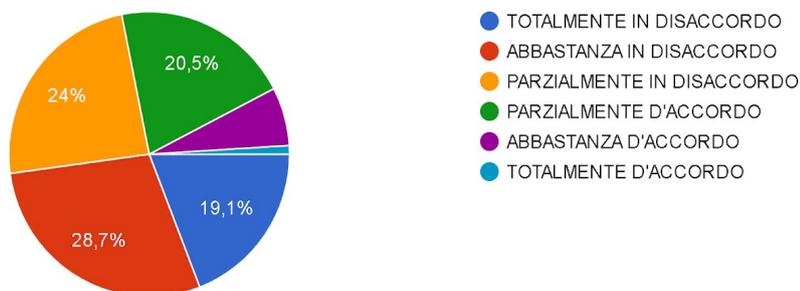
**Q.26 IMPARARE A GESTIRE LO STRESS PROMUOVE IL RECUPERO DEL MAL DI SCHIENA**



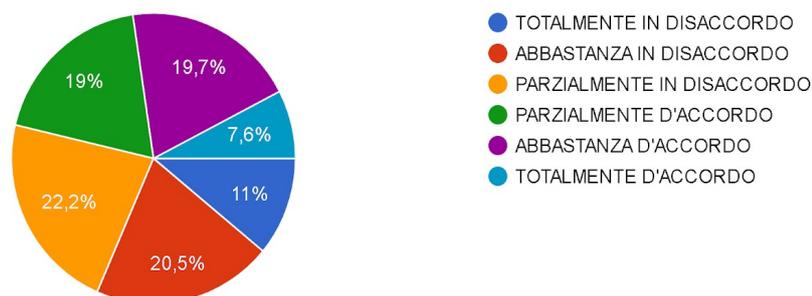
**Q.27 I PAZIENTI CON DOLORE LOMBARE SEVERO POSSONO BENEFICIARE DEGLI EFFETTI DERIVANTI DALL'ESERCIZIO FISICO**



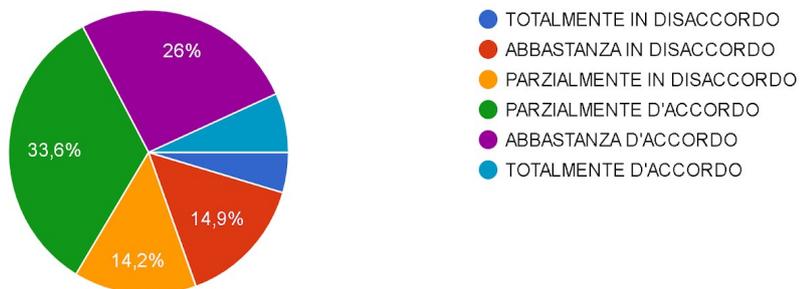
**Q.28 ANCHE SE L'INTENSITA' DEL DOLORE AUMENTA, POSSO AUMENTARE L'INTENSITA' DEL PROSSIMO TRATTAMENTO**



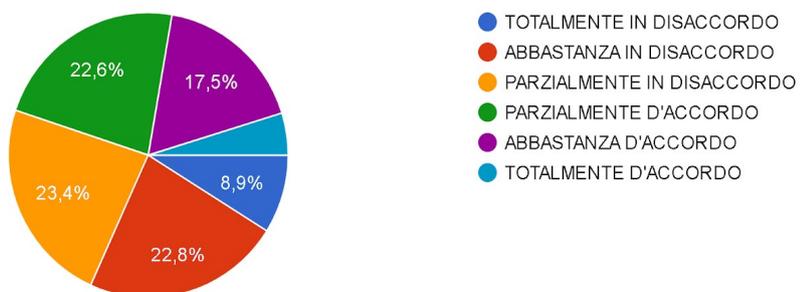
**Q.29 GLI ESERCIZI CHE POTREBBERO STRESSARE LA COLONNA SONO DA EVITARE DURANTE IL TRATTAMENTO**



**Q.30 IL TRATTAMENTO PUO' RITENERSI EFFICACE ANCHE QUANDO IL DOLORE PERMANE DOPO IL TRATTAMENTO**



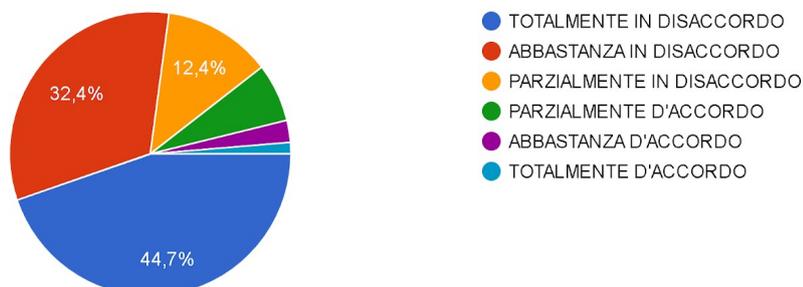
**Q.31 LA CAUSA DEL DOLORE LOMBARE E' SCONOSCIUTA**



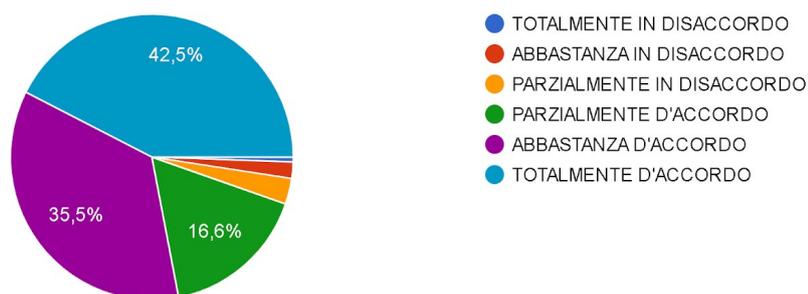
**Q.32 LE LIMITAZIONI FUNZIONALI ASSOCIATE AL MAL DI SCHIENA SONO IL RISULTATO DI FATTORI PSICO-SOCIALI**



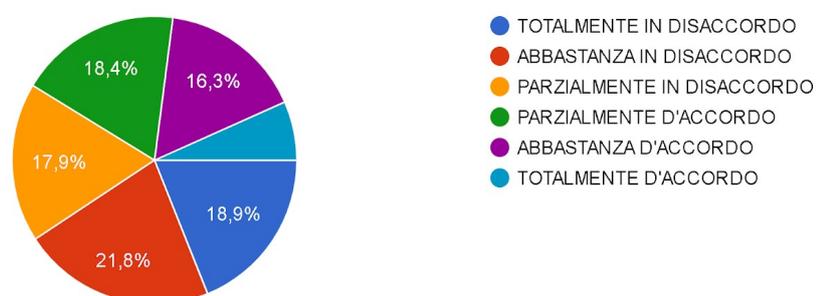
**Q.33 NON ESISTE ALCUN TRATTAMENTO EFFICACE PER ELIMINARE IL DOLORE LOMBARE**



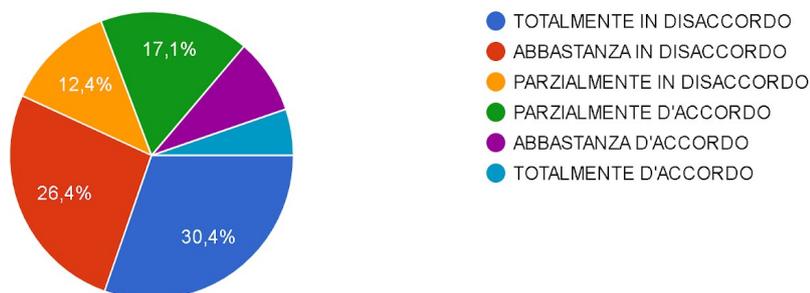
**Q.34 LO STRESS PUO' CAUSARE DOLORE LOMBARE ANCHE SENZA CHE CI SIA UNA LESIONE TISSUTALE**



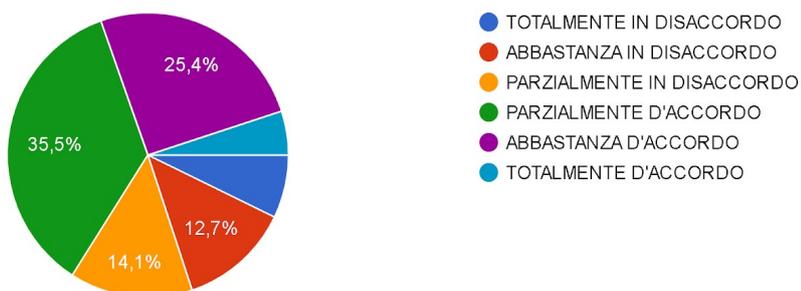
**Q.35 SOLLEVARE PESI E' SCONSIGLIABILE A PAZIENTI AFFETTI DA LBP**



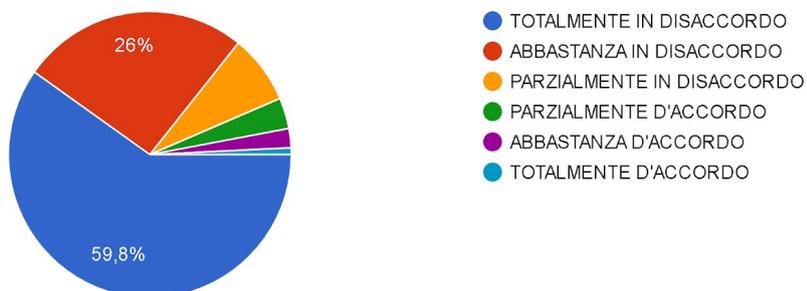
**Q.36 NEI PAZIENTI CON LBP SONO FONDAMENTALI GLI ESAMI DI INDAGINE STRUMENTALE**



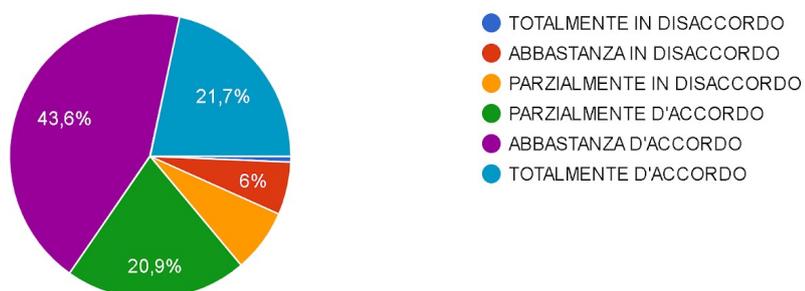
**Q.37 E' COMPITO DEL FISIOTERAPISTA RIMUOVERE LA CAUSA DEL MAL DI SCHIENA**



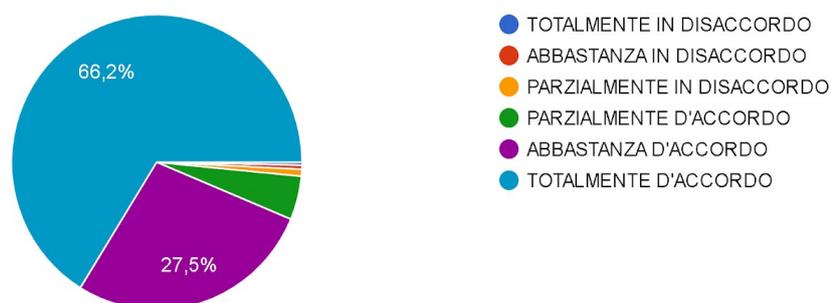
**Q.38 NON SI CONSIGLIA DI FARE SPORT ALLE PERSONE AFFETTE DA MAL DI SCHIENA**



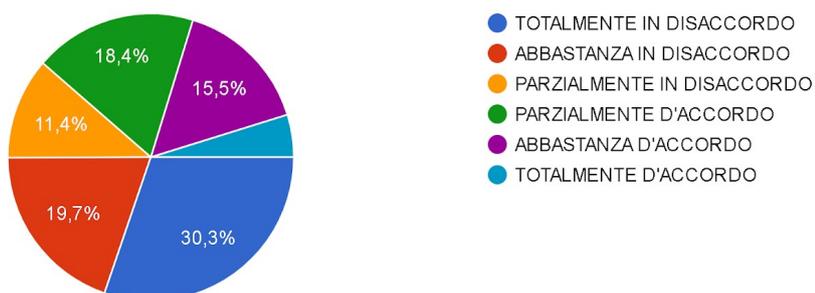
**Q.39 IL TRATTAMENTO PUO' ALLEVIARE COMPLETAMENTE I SINTOMI FUNZIONALI CAUSATI DAL MAL DI SCHIENA**



**Q.40 IL MODO IN CUI I PAZIENTI GUARDANO AL PROPRIO DOLORE PUO' INFLUENZARE L'EVOLUZIONE DEI SINTOMI**



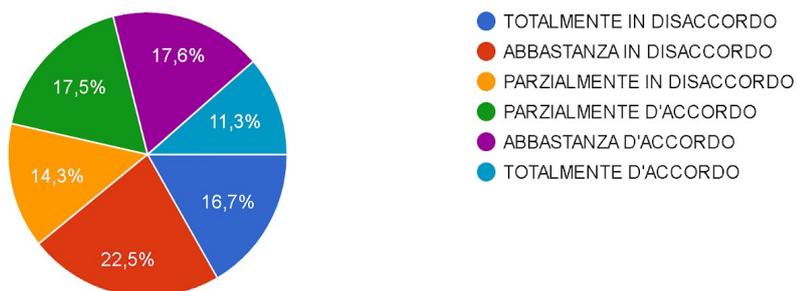
**Q.41 IL MIGLIOR CONSIGLIO DA DARE AD UN PAZIENTE CON LBP E' "FAI ATTENZIONE A NON FARE MOVIMENTI INUTILI/ERRATI"**



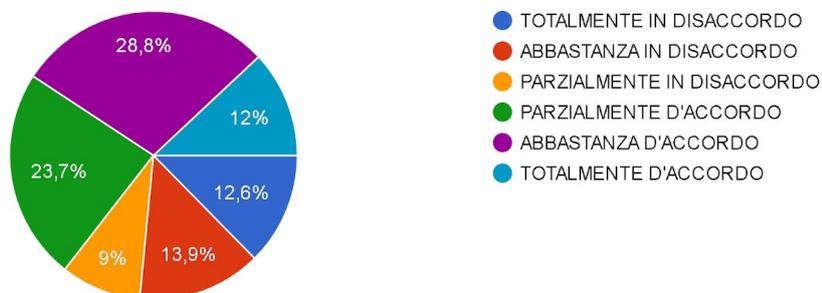
**Q.42 I PAZIENTI CON LBP DOVREBBERO EVITARE DI COMPIERE ATTIVITA' CHE CAUSANO UNO STRESS A LIVELLO DELLA ZONA LOMBARE**



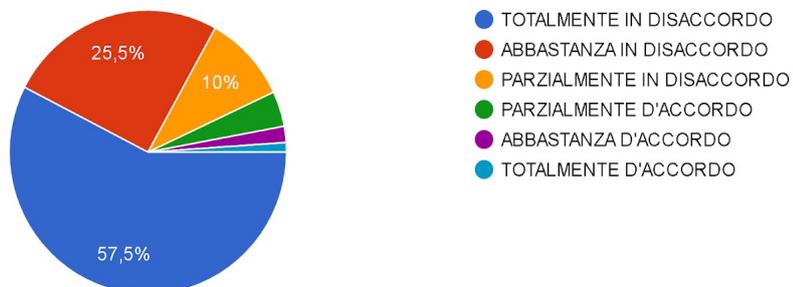
**Q.43 NON E' NECESSARIO CONOSCERE I TESSUTI DANNEGGIATI PER UN TRATTAMENTO EFFICACE**



**Q.44 UNA BUONA POSTURA PREVIENE L'INSORGENZA DEL MAL DI SCHIENA**



**Q.45 I PAZIENTI CHE PRESENTANO DOLORE LOMBARE DOVREBBERO EVITARE ATTIVITA' FISICA PER SCONGIURARE IL RISCHIO DI CAUSARE E/O AGGRAVARE LA LESIONE**



## 6. DISCUSSIONE

Il campione oggetto di studio è rappresentato principalmente da una popolazione giovane: infatti, solo il 26,1% ha un'età compresa tra i 41 e i 70 anni. La maggior parte dei fisioterapisti lavora nel Nord Italia (56,9%), più della metà (58,1%) ha maturato un'esperienza lavorativa compresa tra 1 e 10 anni, lavora principalmente nel settore privato (80,7%) con una percentuale di libero professionisti che si aggira intorno al 62,4%.

La conoscenza della neurofisiologia del dolore e della differenza sostanziale tra dolore e nocicezione è di fondamentale importanza per una più adeguata gestione del paziente con dolore cronico muscoloscheletrico.

Vi è una crescente evidenza che i meccanismi centrali e l'ipereccitabilità del sistema nervoso centrale svolgono un ruolo cruciale nei pazienti con dolore cronico.

In molti pazienti affetti da CLBP spesso non è chiaramente definibile l'origine nocicettiva del dolore o comunque l'input non è tale da spiegare l'intensità dell'esperienza dolorosa, la disabilità percepita e la presenza di altri sintomi di natura non muscoloscheletrica.

Attraverso le moderne neuroscienze è stato compreso anche il ruolo della sensibilizzazione centrale in presenza di persistenti esperienze di dolore <sup>34</sup>. Di particolare rilevanza anche il ruolo dei fattori cognitivo-affettivi: una zona chiave del cervello coinvolta nella neuro-matrice del dolore è l'amigdala, spesso indicata come *fear-memory centre* del cervello. L'amigdala ha un ruolo importante nello sviluppo delle emozioni negative e della memoria legata al dolore <sup>35</sup> e rappresenta, insieme alla parte anteriore della corteccia, il network centrale deputato alla paura nel cervello <sup>36</sup>. Inoltre, l'amigdala è stata identificata come facilitatore dello sviluppo del dolore cronico. Infatti lo sviluppo di una tale memoria del dolore si applica a tutti i movimenti che una volta

provocavano dolore, e si traduce in comportamenti protettivi come ad esempio posture antalgiche o movimenti particolari come la flessione nelle persone con CLBP <sup>37</sup>.

Il solo prepararsi a movimenti ritenuti pericolosi è sufficiente per evocare un'attivazione del centro di memoria della paura e quindi produrre dolore senza input nocicettivo periferico <sup>38</sup>.

Nella prima domanda (Q.16) è stato chiesto se l'intensità del dolore fosse determinata e correlata alla lesione tissutale. Il 28,1% rispondeva di essere abbastanza o parzialmente d'accordo. In particolare, analizzando il campione, i fisioterapisti maggiormente d'accordo erano quelli con un'età maggiore di 40 anni: infatti, nella fascia d'età compresa tra i 20 e i 40 anni, la percentuale di fisioterapisti ad aver risposto di essere d'accordo, abbastanza o in maniera parziale, era di 24,7% contro il 37,4% nella fascia di età superiore ai 40 anni. Tra i fisioterapisti che si ritenevano in disaccordo (71,9%) nel 67,3% non erano trascorsi più di 10 anni dal conseguimento della laurea triennale contro il 55% di quelli d'accordo. In maniera analoga, alla domanda Q.18 è stato chiesto se il dolore fosse principalmente dovuto ad uno stimolo nocicettivo, indicando così la presenza di una lesione organica. Il 32,53% si riteneva d'accordo, abbastanza o in maniera parziale, con quanto affermato ed anche in questo caso la percentuale di fisioterapisti più giovani (27,2%) si rivelava essere inferiore in maniera più marcata rispetto a quelli con età superiore ai 40 anni (47,5%). Tra i fisioterapisti che si ritenevano in disaccordo (67,79%), nel 69% non erano trascorsi più di 10 anni dal conseguimento della laurea contro il 53,1% di quelli in accordo.

Nella domanda Q.31 è stato chiesto se la causa specifica del dolore lombare fosse sconosciuta. Ad oggi si sa che questo non è possibile ed infatti il LBP viene considerato aspecifico poiché le cause pato-anatomiche del dolore non sono chiaramente identificabili <sup>6</sup>. Tuttavia il 55% si ritiene in disaccordo, considerando quindi di poter riconoscere la causa specifica dell'origine del dolore. L'età del professionista non

sembrava influire su questa credenza, infatti tra coloro che avevano meno di 40 anni risultava in disaccordo il 54,8% mentre tra quelli con più di 40 anni la percentuale era del 57%. I fisioterapisti in accordo (45%) avevano conseguito la laurea da non più di 10 anni nel 67,9% mentre quelli in disaccordo nel 60,3%. Allo stesso modo, nella domanda Q.43 in cui è stato chiesto se non fosse necessario conoscere i tessuti coinvolti per poter applicare un trattamento efficace, il 53,7% affermava di essere in disaccordo evidenziando come, durante la pratica clinica, sia ampiamente diffuso credere che, per poter trattare efficacemente problematiche legate al dolore cronico, si renda necessaria la conoscenza dei tessuti coinvolti che possano provocare dolore, nonostante le evidenze scientifiche ci suggeriscano di prendere maggiormente in considerazione gli aspetti top-down nel trattamento del dolore cronico sostenuto da meccanismi di modulazione centrale del dolore <sup>39</sup>. Erano maggiormente in disaccordo i fisioterapisti più giovani (52,2%) rispetto a quelli con più di 40 anni che erano in disaccordo nel 36,2%. Inoltre i fisioterapisti in accordo avevano conseguito la laurea da non più di 10 anni (68,9%) rispetto a quelli in disaccordo che presentavano una percentuale inferiore (59,6%).

Nella domanda Q.21 è stato chiesto se i pazienti che soffrono di LBP dovessero preferibilmente compiere movimenti che non provocano dolore. Il 58,9% si riteneva d'accordo con quanto affermato, in particolare il 26,2% si riteneva abbastanza d'accordo. Dei fisioterapisti con più di 40 anni ben il 71,3% era d'accordo, di quelli invece nella fascia d'età più giovane, il 54,5%. La percentuale scendeva al 39,1% se si consideravano coloro che avevano conseguito un master in terapia manuale. Coloro invece che si erano espressi in disaccordo avevano conseguito la laurea triennale da non oltre 10 anni nel 73,7% dei casi a fronte di quelli in accordo che avevano conseguito la laurea da meno di 10 anni nel 56,8%. Alla domanda Q.29, in cui è stato chiesto se gli esercizi che potrebbero rappresentare uno stress alla colonna fossero da evitare durante il trattamento, il 53,7% si riteneva in disaccordo e tra

questi solo l'11% era totalmente in disaccordo. Bisogna notare però come, suddividendo le risposte in base alla fascia d'età e agli anni di conseguimento del titolo, la percentuale di fisioterapisti in disaccordo scendeva al 35% tra quelli dopo i 40 anni mentre saliva al 60,2% tra quelli più giovani. Un dato interessante è che il 35,6% di coloro che erano d'accordo aveva più di 15 anni di esperienza lavorativa, a differenza di quelli in disaccordo che nell'84,8% dei casi aveva meno di 15 anni di esperienza. Quest'ultimo dato mostra come la maggior esperienza clinica non influisca sulla conoscenza del dolore e la sua gestione. Nel rispondere ai quesiti Q.19 e Q.28 in cui si è stato chiesto se, nel caso aumentasse l'intensità del dolore lombare, fosse necessario regolare l'intensità del trattamento e se si potesse aumentarne l'intensità, circa il 70% affermava di dover regolare l'intensità evitando di aumentarla nel trattamento successivo. Questo evidenzia come, nella pratica clinica dei fisioterapisti italiani, il dolore rappresenta un parametro fondamentale che condiziona le scelte di trattamento in un'ottica *pain contingent*, che però trova maggiormente applicazione in caso di dolore nocicettivo-periferico e nelle fasi di dolore acuto: in caso di dolore cronico, dove spesso non vi è una risposta coerente tra dolore e stimolo/pattern di movimento doloroso, utilizzare un approccio esclusivamente *symptom contingent* può non essere l'approccio migliore. In caso di sensibilizzazione centrale, il cervello produce dolore e altri segnali di pericolo anche quando non vi è alcun danno tissutale reale: un approccio *symptom contingent* può facilitare il cervello nella produzione di segnali non specifici come il dolore, mentre un approccio *time contingent* può disattivare i processi di facilitazione del dolore controllati dal cervello <sup>40</sup>. È stato visto come protocolli terapeutici che utilizzano esercizi con dolore offrano un significativo beneficio rispetto agli esercizi *pain free* a breve termine, in pazienti affetti da dolore cronico <sup>41</sup>.

Gran parte dei partecipanti (95%) era concorde con il fatto che lo stress possa causare dolore lombare anche in assenza di una lesione

tissutale e che imparare a gestirlo possa facilitare la risoluzione dei sintomi. Lo stress può ridurre significativamente la capacità di modulare il dolore <sup>42</sup> e la sua riduzione è associata con la riduzione dell'intensità del dolore a breve termine <sup>43</sup>. Bisogna considerare lo stress percepito come uno dei fattori correlati al LBP <sup>44</sup>, così come fattori di stress psico-sociale legati al lavoro, quali scarso sostegno sociale, richieste di lavoro elevate, scarso controllo del lavoro, insoddisfazione lavorativa, possono avere un impatto statisticamente significativo sul rischio di insorgenza di disturbi muscolo-scheletrici <sup>45</sup>. Questo dato evidenzia come quasi tutta la popolazione abbia conoscenza del fatto che il dolore non sia soltanto espressione della nocicezione periferica, ma che possa essere influenzato anche da fattori non strettamente biologici, come si può notare anche dalle risposte ottenute ai quesiti Q.32 e Q.40 in cui circa il 90% affermava che la limitazione funzionale associata al LBP sia il risultato dell'interazione di fattori psico-sociali e che il modo in cui i pazienti guardano i propri sintomi influenzi i sintomi stessi. Si può notare quindi come in 1/3 circa della popolazione sembra non esserci una completa ed approfondita conoscenza del dolore e dei meccanismi neurofisiologici alla base del dolore cronico sia in termini di comprensione che successivamente di corretta gestione clinica, ma la gran parte dei fisioterapisti ha comunque riconosciuto l'importanza dei fattori cognitivi e psico-sociali nelle persone con LBP sebbene sussista, in una buona percentuale, la prevalenza di opinioni basate principalmente su modelli pato-meccanici.

Nella domanda Q.35 è stato chiesto se sollevare pesi fosse sconsigliabile in pazienti affetti da LBP. Il 58,6% affermava di essere in disaccordo, il 41,4% d'accordo. Nel dettaglio, i fisioterapisti più adulti e che avevano conseguito la laurea da più di 10 anni erano d'accordo nel 60,1% dei casi a differenza di quelli più giovani (35,5%). Infatti è credenza comune che evitare di sollevare i pesi possa prevenire l'insorgenza del LBP. Tuttavia questo è stato dimostrato in gran parte

come inesatto <sup>46</sup>, suggerendo come, piuttosto che evitare il sollevamento, allenamenti mirati allo sviluppo di forza e flessibilità a carico della colonna possano essere più efficaci in termini di prevenzione e riduzione del LBP. Evitare di flettere la colonna durante il sollevamento è abbastanza comune, nonostante la mancanza di prove che qualsiasi postura specifica sia un fattore di rischio per l'insorgenza di LBP <sup>47</sup> e che la colonna sia più stabile e tollerante al carico quando flessa <sup>48</sup>. La credenza che la flessione e il sollevamento mantenendo in flessione il rachide lombare siano pericolosi è diffusa non solo tra professionisti sanitari ma anche tra soggetti che non presentano dolore <sup>49</sup>. In uno studio, i fisioterapisti hanno mostrato un pregiudizio implicito nell'associare la flessione ed il sollevamento di oggetti a qualcosa di pericoloso <sup>50</sup>. Questo è rilevante in quanto gli atteggiamenti impliciti possono influenzare il comportamento e i pregiudizi dei pazienti, alimentando comportamenti di protezione e/o evitamento.

Il 38,6% riteneva di essere d'accordo, più in maniera parziale che totale, con la domanda Q.41 in cui è stato chiesto se il miglior consiglio da dare ad un paziente affetto da LBP fosse quello di fare attenzione a non fare movimenti errati. Il 61,4% invece che si era definito in disaccordo, aveva conseguito da meno di 10 anni la laurea triennale (71,5%). Il 51,3% dei fisioterapisti credeva che, come si evince dai risultati alla domanda Q.42, i pazienti con LBP dovrebbero evitare di compiere attività che causano uno stress a livello della colonna. Tra questi risultavano maggiormente in accordo quelli che avevano conseguito la laurea da più di 10 anni (56,9% contro il 71,9% di quelli in disaccordo) e che avevano più di 10 anni di esperienza lavorativa (57,4% contro il 72,7% di quelli in disaccordo). Questo può alimentare nei pazienti la paura e l'evitamento del dolore e del movimento contribuendo al mantenimento e cronicizzazione della sintomatologia e della disabilità, innescando fenomeni maladattativi comportamentali, ipervigilanza, iper-reattività muscolare e disuso fisico in termini di decondizionamento e di controllo del movimento <sup>51</sup>. Le evidenze

scientifiche attuali dimostrano invece che è essenziale per una buona gestione del LBP, incentivare al movimento, alla ripresa delle attività ed all'esercizio fisico esponendo gradualmente la colonna al carico e come quest'ultimo sia efficace anche in termini di prevenzione <sup>52</sup>, abbinato ad un programma di educazione. L'esercizio rappresenta uno strumento terapeutico in grado sia di ridurre il dolore e ripristinare la funzione sia di aumentare la *self-efficacy* del paziente, potendo essere eseguito anche al di fuori dell'ambiente clinico. Bisogna però considerare che, durante la prescrizione di un esercizio, focalizzarsi sui parametri di forza muscolare, resistenza, velocità o mobilità, sebbene possa portare a cambiamenti tissutali, questi non sono correlati ad outcome clinici significativi <sup>53</sup> e possono anzi ostacolare l'aderenza a lungo termine <sup>54</sup>.

Durante un programma di esercizi, utilizzare un approccio comportamentale con la CFT (Cognitive functional therapy) può influire positivamente sugli aspetti fisici-comportamentali, sulla normalizzazione del movimento provocatorio e sui comportamenti dolorosi, riducendo la paura associata al movimento e migliorando il controllo del dolore percepito e le risposte comportamentali al dolore <sup>55</sup>.

Tramite un approccio bio-psico-sociale, considerando le convinzioni dei pazienti e gli obiettivi funzionali o movimenti significativi che sono stati evitati a causa del dolore, con una maggiore attenzione alla comunicazione medico-paziente e ai fattori contestuali che circondano la prescrizione degli esercizi, si può migliorare l'aderenza e gli outcome dei pazienti <sup>56</sup>.

Il 62,5% dei fisioterapisti era concorde con la domanda Q.44 in cui è stato chiesto se una buona postura potesse prevenire l'insorgenza del LBP. Di quelli in disaccordo, il 79,7% aveva conseguito il titolo di laurea da meno di 10 anni a differenza di quelli in accordo che avevano conseguito il titolo da meno di 10 anni nel 54,7%. In generale, una gran parte di fisioterapisti ritiene importante, durante la pratica clinica, istruire i pazienti in merito ad una certa postura indicando come ottimale una posizione che rispetti le curve naturali e le attivazioni muscolari sia in

posizione eretta che seduta, nonostante la mancanza di forti evidenze scientifiche che alcune specifiche posture siano legate ad un miglior stato di salute <sup>57</sup>. Asimmetrie e alterazioni posturali, strutturali e biomeccaniche sono normali e non patologiche così come alterazioni del controllo neuromuscolare. Queste alterazioni non determinano sintomatologia e non esiste alcuna relazione tra fattori strutturali, posturali e LBP <sup>58</sup>; risulta piuttosto correlato con l'insorgenza e l'intensità del LBP il tempo trascorso assumendo una determinata postura <sup>59</sup>, evidenziando quindi l'importanza di implementare l'educazione dei pazienti con consigli che riguardano lo stare attivi ed il movimento.

Anche i cambiamenti degenerativi che possono evidenziarsi nei referti radiografici non sono correlati e associati a CLBP e, pertanto, c'è una forte raccomandazione contro l'uso routinario della risonanza magnetica per la valutazione CLBP <sup>60</sup>. Ciononostante, il 30,8% considerava fondamentali gli esami strumentali. Questo dato evidenzia come in 1/3 della popolazione da una parte ci sia la tendenza ad utilizzare informazioni pato-anatomiche per giustificare la situazione clinica del paziente e dall'altra come non ci sia aderenza con quanto affermato nelle più diffuse e recenti linee guida che sconsigliano fortemente il ricorso alle indagini strumentali in assenza di sintomi gravi e persistenti che possano giustificarle <sup>43</sup>. Un uso inappropriato dell'imaging per la gestione LBP può avere un impatto negativo su più aspetti sanitari, compresi i costi <sup>61</sup> e gli outcome clinici del paziente che può interpretare in maniera errata i risultati con conseguente catastrofismo, paura ed evitamento del movimento e basse aspettative di recupero <sup>62</sup>. È stato visto infatti che l'uso delle immagini strumentali può influire negativamente sull'outcome sia in termini di dolore che di miglioramento globale a breve e lungo termine <sup>63</sup>.

## 7. CONCLUSIONI

Alla luce di quanto raccolto dal campione oggetto di studio, è possibile affermare che in media i fisioterapisti italiani con un orientamento biomedico rappresentano il 30-35% circa di tutto il campione. In generale, è stato visto che i fisioterapisti maggiormente aderenti al modello bio-medico erano quelli laureati da più di 10 anni e che, nonostante la maggior esperienza lavorativa e/o la formazione post-universitaria, questa tipologia di orientamento non subiva variazioni. Questo suggerisce l'importanza della formazione di base che viene fornita dalle università italiane nei percorsi triennali. Inoltre coloro che invece avevano conseguito un master di terapia manuale, a prescindere dalla fascia di età, mostravano punteggi più bassi nell'orientamento biomedico a dimostrazione del fatto che una formazione avanzata post-laurea attraverso percorsi universitari specifici fornisce al professionista sanitario maggiori conoscenze e capacità di gestione di pazienti affetti da disturbi muscolo-scheletrici. Una pratica clinica eccessivamente a stampo bio-medico può contribuire negativamente su convinzioni e atteggiamenti circa il LBP, mentre un'istruzione che si basa sul modello bio-psico-sociale potrebbe attenuare tali credenze negative nei professionisti della salute e, di conseguenza, nei pazienti. È stato visto infatti che è possibile modificare e migliorare convinzioni e atteggiamenti degli studenti dei CdL, ed anche conoscenze e raccomandazioni per la gestione del dolore che essi danno ai pazienti attraverso percorsi formativi specifici riguardanti l'approccio bio-psico-sociale <sup>64</sup> anche attraverso l'inclusione della PNE <sup>65</sup>.

In generale si può affermare che circa nel 65-70% dei fisioterapisti italiani esiste un orientamento di tipo bio-psico-sociale che tuttavia sembra risentire di un background formativo biomedico; questo può portare il clinico ad incoerenza ed incertezza nel trattamento e nella

gestione del paziente, dovuto probabilmente ad alcune lacune nella conoscenza della neurofisiologia del dolore e dei fattori legati alla cronicizzazione e all'influenza di eccessive nozioni pato-anatomiche.

Si suppone che migliorando i percorsi formativi, sensibilizzando le università e le associazioni di categoria ad una maggiore attenzione ai contenuti offerti nella formazione, si possa facilmente migliorare l'approccio globale dei fisioterapisti italiani, soprattutto per coloro che hanno conseguito gli studi meno recentemente che, pur avendo più anni di esperienza lavorativa, non aderiscono alle nuove conoscenze in materia, alle migliori evidenze scientifiche disponibili e soprattutto alle linee guida, le quali raccomandano l'uso di un approccio bio-psico-sociale per guidare la gestione del LBP con educazione del paziente, supporto all'autogestione e ripresa delle normali attività e della partecipazione al lavoro, esercizio, uso prudente di farmaci, imaging e trattamento chirurgico evidenziando l'importanza di allineare la pratica clinica con le prove scientifiche attuali <sup>52 66</sup>.

## 7.1 Keypoints

- La maggior parte dei fisioterapisti italiani più giovani, nel trattamento del CLBP, adottano un approccio basato sul modello bio-psico-sociale mentre quelli formati da più di 10 anni persistono in un orientamento biomedico;
- Nonostante l'approccio bio-psico-sociale, è stata riscontrata incertezza nella gestione del paziente affetto da dolore cronico: si evidenzia la necessità di approfondire tali argomenti nel percorso formativo di base e post-universitario di ogni professionista;
- Le associazioni di categoria e le università dovrebbero sensibilizzare e incentivare i professionisti sanitari all'aggiornamento continuo e all'utilizzo nella pratica clinica delle migliori evidenze scientifiche;
- Ogni professionista sanitario dovrebbe seguire le raccomandazioni delle più recenti linee guida a garanzia della salute dei pazienti e della spesa socio-sanitaria.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, Nachemson AL, Buchbinder R, Walker BF, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*. 2018.
3. Lin CWC, Li Q, Williams CM, Maher CG, Day RO, Hancock MJ, et al. The economic burden of guideline-recommended first line care for acute low back pain. *Eur Spine J*. 2018;
4. Becker A, Held H, Redaelli M, Strauch K, Chenot JF, Leonhardt C, et al. Low back pain in primary care: Costs of care and prediction of future health care utilization. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010;
5. Martin BI, Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Comstock BA, Hollingworth W, et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2008;
6. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *The Lancet*. 2017.
7. Downie AS, Hancock MJ, Rzewuska M, Williams CM, Lin CWC, Maher CG. Trajectories of acute low back pain: A latent class growth analysis. *Pain*. 2015;
8. Ganesan S, Acharya AS, Chauhan R, Acharya S. Prevalence and risk factors for low back pain in 1,355 young adults: A cross-sectional study. *Asian Spine J*. 2017;

9. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Spindler MF, McAuley JH, Laslett M, et al. Systematic review of tests to identify the disc, SIJ or facet joint as the source of low back pain. *European Spine Journal*. 2007.
10. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. Vol. 36, *American Journal of Neuroradiology*. 2015.
11. Moseley GL, Vlaeyen JWS. Beyond nociception: The imprecision hypothesis of chronic pain. *Pain*. 2015.
12. Weissman-Fogel I, Sprecher E, Pud D. Effects of catastrophizing on pain perception and pain modulation. *Exp Brain Res*. 2008;
13. Tracey I, Mantyh PW. The Cerebral Signature for Pain Perception and Its Modulation. *Neuron*. 2007.
14. Flink IK, Boersma K, Linton SJ. Catastrophizing moderates the effect of exposure in vivo for back pain patients with pain-related fear. *Eur J Pain*. 2010;
15. Borenstein DG, O'Mara JW, Boden SD, Laueran WC, Jacobson A, Platenberg C, et al. The value of magnetic resonance imaging of the lumbar spine to predict low-back pain in asymptomatic subjects: A seven-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am*. 2001;
16. Moseley GL, Arntz A. The context of a noxious stimulus affects the pain it evokes. *Pain*. 2007;
17. Nourbakhsh MR, Arab AM. Relationship Between Mechanical Factors and Incidence of Low Back Pain. *J Orthop Sport Phys Ther*. 2013;
18. Grob D, Frauenfelder H, Mannion AF. The association between

cervical spine curvature and neck pain. *Eur Spine J.* 2007;

19. Videman T, Battié MC, Gibbons LE, Maravilla K, Manninen H, Kaprio J. Associations between back pain history and lumbar MRI findings. *Spine (Phila Pa 1976).* 2003;
20. Karran EL, Medalian Y, Hillier SL, Moseley GL. The impact of choosing words carefully: an online investigation into imaging reporting strategies and best practice care for low back pain. *PeerJ.* 2017;
21. Lin IB, O’Sullivan PB, Coffin JA, Mak DB, Toussaint S, Straker LM. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: A qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open.* 2013;
22. Tegner H, Frederiksen P, Esbensen BA, Juhl C. Neurophysiological Pain Education for Patients with Chronic Low Back Pain. *Clinical Journal of Pain.* 2018.
23. Malfliet A, Kregel J, Coppieters I, De Pauw R, Meeus M, Roussel N, et al. Effect of pain neuroscience education combined with cognition-targeted motor control training on chronic spinal pain a randomized clinical trial. *JAMA Neurol.* 2018;
24. Watson JA, Ryan CG, Cooper L, Ellington D, Whittle R, Lavender M, et al. Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain.* 2019.
25. Houben RMA, Ostelo RWJG, Vlaeyen JWS, Wolters PMJC, Peters M, Stomp-van Den Berg SGM. Health care providers’ orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *Eur J Pain.* 2005;
26. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Are we “fear-avoidant”? *Pain.* 2006;

27. Darlow B. Beliefs about back pain: The confluence of client, clinician and community. *Int J Osteopath Med*. 2016;
28. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and chronic pain outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Pain*. 2014.
29. Almeida M, Saragiotto B, Richards B, Maher CG. Primary care management of non-specific low back pain: Key messages from recent clinical guidelines. *Med J Aust*. 2018;
30. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;
31. Rainville J, Bagnall D, Phalen L. Health care providers' attitudes and beliefs about functional impairments and chronic back pain. *Clin J Pain*. 1995;
32. Daykin AR, Richardson B. Physiotherapists' Pain Beliefs and Their Influence on the Management of Patients with Chronic Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;
33. Bishop A. Pain attitudes and beliefs scale (PABS). *Journal of Physiotherapy*. 2010.
34. Nijs J, Clark J, Malfliet A, Ickmans K, Voogt L, Don S, et al. In the spine or in the brain? Recent advances in pain neuroscience applied in the intervention for low back pain. *Clin Exp Rheumatol*. 2017;35(5).
35. Li Z, Wang J, Chen L, Zhang M, Wan Y. Basolateral Amygdala Lesion Inhibits the Development of Pain Chronicity in Neuropathic Pain Rats. *PLoS One*. 2013;
36. Kattoor J, Gizewski ER, Kotsis V, Benson S, Gramsch C, Theysohn N, et al. Fear Conditioning in an Abdominal Pain

Model: Neural Responses during Associative Learning and Extinction in Healthy Subjects. *PLoS One*. 2013;

37. Nijs J, Lluch Girbés E, Lundberg M, Malfliet A, Sterling M. Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: Innovation by altering pain memories. *Man Ther*. 2015;
38. Tucker K, Larsson AK, Oknelid S, Hodges P. Similar alteration of motor unit recruitment strategies during the anticipation and experience of pain. *Pain*. 2012;
39. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ (Online)*. 2015.
40. Nijs J, Meeus M, Cagnie B, Roussel NA, Dolphens M, Van Oosterwijck J, et al. A Modern Neuroscience Approach to Chronic Spinal Pain: Combining Pain Neuroscience Education With Cognition-Targeted Motor Control Training. *Phys Ther*. 2014;
41. Smith BE, Hendrick P, Smith TO, Bateman M, Moffatt F, Rathleff MS, et al. Should exercises be painful in the management of chronic musculoskeletal pain? A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 2017.
42. Geva N, Pruessner J, Defrin R. Acute psychosocial stress reduces pain modulation capabilities in healthy men. *Pain*. 2014;
43. Anheyer D, Haller H, Barth J, Lauche R, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2017.
44. Tsuboi Y, Ueda Y, Naruse F, Ono R. The Association between Perceived Stress and Low Back Pain among Eldercare Workers

in Japan. *J Occup Environ Med.* 2017;

45. Hauke A, Flintrop J, Brun E, Rugulies R. The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: A review and metaanalysis of 54 longitudinal studies. *Work and Stress.* 2011.
46. Clemes SA, Haslam CO, Haslam RA. What constitutes effective manual handling training? A systematic review. *Occup Med (Chic Ill).* 2009;
47. Nolan D, O'Sullivan K, Stephenson J, O'Sullivan P, Lucock M. What do physiotherapists and manual handling advisors consider the safest lifting posture, and do back beliefs influence their choice? *Musculoskelet Sci Pract.* 2018;
48. Aspden RM. A new mathematical model of the spine and its relationship to spinal loading in the workplace. *Appl Ergon.* 1988;
49. Caneiro JP, O'Sullivan P, Lipp O V., Mitchinson L, Oeveraas N, Bhalvani P, et al. Evaluation of implicit associations between back posture and safety of bending and lifting in people without pain. *Scandinavian Journal of Pain.* 2018;
50. Caneiro JP, O'Sullivan P, Smith A, Ovrebekk IR, Tozer L, Williams M, et al. Physiotherapists implicitly evaluate bending and lifting with a round back as dangerous. *Musculoskelet Sci Pract.* 2019;
51. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain.* 2000.
52. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet.* 2018.
53. Steiger F, Wirth B, De Bruin ED, Mannion AF. Is a positive clinical

outcome after exercise therapy for chronic non-specific low back pain contingent upon a corresponding improvement in the targeted aspect(s) of performance? A systematic review. *European Spine Journal*. 2012.

54. Slade SC, Patel S, Psychol C, Underwood M, Keating JL. What are patient beliefs and perceptions about exercise for nonspecific chronic low back pain?: A systematic review of qualitative studies. *Clinical Journal of Pain*. 2014.
55. Caneiro JP, Smith A, Rabey M, Moseley GL, O'Sullivan P. Process of Change in Pain-Related Fear: Clinical Insights From a Single Case Report of Persistent Back Pain Managed With Cognitive Functional Therapy. *J Orthop Sport Phys Ther*. 2017;
56. Stilwell P, Harman K. Contemporary biopsychosocial exercise prescription for chronic low back pain: questioning core stability programs and considering context. *J Can Chiropr Assoc*. 2017;
57. Korakakis V, O'Sullivan K, O'Sullivan PB, Evagelinou V, Sotiralis Y, Sideris A, et al. Physiotherapist perceptions of optimal sitting and standing posture. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019;
58. Lederman E. The fall of the postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies: Exemplified by lower back pain. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2011.
59. Gupta N, Christiansen CS, Hallman DM, Korshøj M, Carneiro IG, Holtermann A. Is objectively measured sitting time associated with low back pain? A cross-sectional investigation in the NOMAD study. *PLoS One*. 2015;
60. Chou D, Samartzis D, Bellabarba C, Patel A, Luk KDK, Kisser JMS, et al. Degenerative magnetic resonance imaging changes in patients with chronic low back pain: A systematic review. *Spine*. 2011.

61. Flynn TW, Smith B, Chou R. Appropriate Use of Diagnostic Imaging in Low Back Pain: A Reminder That Unnecessary Imaging May Do as Much Harm as Good. *J Orthop Sport Phys Ther.* 2011;
62. Darlow B, Forster BB, O'Sullivan K, O'Sullivan P. It is time to stop causing harm with inappropriate imaging for low back pain. *British Journal of Sports Medicine.* 2017;
63. Karel YHJM, Verkerk K, Endenburg S, Metselaar S, Verhagen AP. Effect of routine diagnostic imaging for patients with musculoskeletal disorders: A meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine.* 2015.
64. Domenech J, Sánchez-Zuriaga D, Segura-Ortí E, Espejo-Tort B, Lisón JF. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: A randomised clinical trial. *Pain.* 2011;
65. Colleary G, O'Sullivan K, Griffin D, Ryan CG, Martin DJ. Effect of pain neurophysiology education on physiotherapy students' understanding of chronic pain, clinical recommendations and attitudes towards people with chronic pain: a randomised controlled trial. *Physiother (United Kingdom).* 2017;
66. Lewis J, O'Sullivan P. Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain? *British Journal of Sports Medicine.* 2018;

## 9. ALLEGATI

<b>PABS.PT (TRADUZIONE IN ITALIANO ED INTEGRAZIONE)</b>
<b>INDICARE IL TUO GRADO DI ACCORDO O DISACCORDO CON CIASCUNA DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI</b>
<b>Q16. L' INTENSITA' DEL DOLORE È DETERMINATA DALLA GRAVITA' DELLA LESIONE TISSUTALE E CORRELATA AD ESSA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 17. UN PEGGIORAMENTO DEL DOLORE INDICA L'INSORGENZA DI UNA NUOVA LESIONE E/O UN AGGRAVAMENTO DELLA PRECEDENTE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 18. IL DOLORE È UNO STIMOLO NOCICETTIVO, INDICANDO UNA LESIONE TISSUTALE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 19. SE AUMENTA LA GRAVITA' DEL DOLORE LOMBARE, AGISCO REGOLANDO L'INTENSITA' DEL MIO TRATTAMENTO</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 20. SE IL PAZIENTE LAMENTA DOLORE DURANTE L'ESECUZIONE DI UN ESERCIZIO, POSSO TEMERE CHE SIA PRESENTE UNA LESIONE TISSUTALE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO

PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 21. I PAZIENTI CHE SOFFRONO DI LBP DOVREBBERO PREFERIBILMENTE COMPIERE MOVIMENTI CHE NON PROVOCHINO DOLORE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 22. LA RIDUZIONE DEL DOLORE RAPPRESENTA UN PREREQUISITO FONDAMENTALE PER IL RIPRISTINO DELLA NORMALE FUNZIONE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 23. SE IL TRATTAMENTO NON PROVOCA UNA RIDUZIONE DEL DOLORE, VI È UN ELEVATO RISCHIO DI GRAVI RESTRIZIONI A LUNGO TERMINE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 24. IL DOLORE LOMBARE INDICA LA PRESENZA DI UNA LESIONE ORGANICA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 25. A LUNGO TERMINE, I PAZIENTI AFFETTI DA DOLORE LOMBARE HANNO MAGGIORI PROBABILITA' DI SVILUPPARE DISFUNZIONI ALLA COLONNA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO

<b>Q 26. IMPARARE A GESTIRE LO STRESS PROMUOVE IL RECUPERO DEL MAL DI SCHIENA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 27. I PAZIENTI CON DOLORE LOMBARE SEVERO POSSONO BENEFICIARE DEGLI EFFETTI DERIVANTI DALL'ESERCIZIO FISICO</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 28. ANCHE SE L'INTENSITA' DEL DOLORE AUMENTA, POSSO AUMENTARE L'INTENSITA' DEL PROSSIMO TRATTAMENTO</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 29. GLI ESERCIZI CHE POTREBBERO STRESSARE LA COLONNA SONO DA EVITARE DURANTE IL TRATTAMENTO</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 30. IL TRATTAMENTO PUO' RITENERSI EFFICACE ANCHE QUANDO IL DOLORE PERMANE DOPO IL TRATTAMENTO</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 31. LA CAUSA DEL DOLORE LOMBARE È SCONOSCIUTA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO

ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 32. LE LIMITAZIONI FUNZIONALI ASSOCIATE AL MAL DI SCHIENA SONO IL RISULTATO DI FATTORI PSICO-SOCIALI</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 33. NON ESISTE ALCUN TRATTAMENTO EFFICACE PER ELIMINARE IL DOLORE LOMBARE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 34. LO STRESS PUO' CAUSARE DOLORE LOMBARE ANCHE SENZA CHE CI SIA UNA LESIONE TISSUTALE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 35. SOLLEVARE PESI È SCONSIGLIABILE A PAZIENTI AFFETTI DA LBP</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 36. NEI PAZIENTI CON LBP SONO FONDAMENTALI GLI ESAMI DI INDAGINE STRUMENTALE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO

ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 37. È COMPITO DEL FISIOTERAPISTA RIMUOVERE LA CAUSA DEL MAL DI SCHIENA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 38. NON SI CONSIGLIA DI FARE SPORT ALLE PERSONE AFFETTE DA MAL DI SCHIENA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 39. IL TRATTAMENTO PUO' ALLEVIARE COMPLETAMENTE I SINTOMI FUNZIONALI CAUSATI DAL MAL DI SCHIENA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 40. IL MODO IN CUI I PAZIENTI GUARDANO AL PROPRIO DOLORE PUO' INFLUENZARE L'EVOLUZIONE DEI SINTOMI</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 41. IL MIGLIOR CONSIGLIO DA DARE AD UN PAZIENTE CON LBP È "FAI ATTENZIONE A NON FARE MOVIMENTI INUTILI/ERRATI"</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO

<b>Q 42. I PAZIENTI CON LBP DOVREBBERO EVITARE DI COMPIERE ATTIVITA' CHE CAUSANO UNO STRESS A LIVELLO DELLA ZONA LOMBARE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 43. NON È NECESSARIO CONOSCERE I TESSUTI DANNEGGIATI PER UN TRATTAMENTO EFFICACE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 44. UNA BUONA POSTURA PREVIENE L'INSORGENZA DEL MAL DI SCHIENA</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO
<b>Q 45. I PAZIENTI CHE PRESENTANO DOLORE LOMBARE DOVREBBERO EVITARE ATTIVITA' FISICA PER SCONGIURARE IL RISCHIO DI CAUSARE E/O AGGRAVARE LA LESIONE</b>
TOTALMENTE IN DISACCORDO
ABBASTANZA IN DISACCORDO
PARZIALMENTE IN DISACCORDO
PARZIALMENTE D'ACCORDO
ABBASTANZA D'ACCORDO
TOTALMENTE D'ACCORDO