



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

Anno accademico 2009/2010

Campus Universitario di Savona

in collaborazione con Master of Science in Manual Therapy

Vrije Universiteit Brussel



LE LINEE GUIDA EVIDENCE BASED PER IL TRATTAMENTO DEL LBP ASPECIFICO FORNISCONO RACCOMANDAZIONI UNIVOCHE? SONO EFFICACI?

CANDIDATA

Ilaria Caramuscio

RELATORE

Ft OMT Aldo Ciuro

INDICE

➤ Abstract.....	3
➤ Introduzione.....	4
➤ Materiali e metodi.....	6
➤ Risultati	7
▪ Diagrammi di flusso.....	7
▪ Tripdatabase.....	8
▪ Pedro.....	11
▪ National Guideline Clearinghouse.....	17
▪ Medline.....	19
▪ Google.....	21
▪ Valutazione metodologica secondo i Grilli.....	24
▪ Linee Guida selezionate.....	30
▪ Articoli selezionati.....	35
➤ Discussione.....	36
➤ Key point.....	39
➤ Bibliografia.....	40

ABSTRACT

OBIETTIVI: Lo scopo della revisione sistematica è ricercare le migliori Linee Guida, prodotte negli ultimi 10 anni, sulla valutazione e trattamento riabilitativo del Low Back Pain, valutando l'evoluzione qualitativa e quantitativa delle raccomandazioni nel corso degli anni, la coerenza delle raccomandazioni tra le diverse LG EB, quantificando l'impatto delle raccomandazioni delle LG EB nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di LBP.

MATERIALI E METODI: Una prima ricerca è stata condotta consultando le banche dati elettroniche: Trip database, Pedro, National Guideline Clearinghouse, Medline e Google. Le parole chiave impiegate sono, rispettivamente : "low back pain", "low back pain AND practice guideline", "low back pain" e come intended user "physical therapist", "low back pain AND Practice Guideline[ptyp]", "practice guideline low back pain ". Criteri di inclusione : pubblicazioni successive al 2000, di lingua inglese e che fornissero informazioni sul trattamento riabilitativo della lombalgia aspecifica. Nella seconda e più approfondita valutazione, sono stati utilizzati i criteri di valutazione metodologica secondo i Grilli per determinare la qualità delle linee guida. In terzo luogo, su Medline è stata utilizzata la stringa "low back pain AND Practice Guideline AND adherence AND outcome" e come limiti : pubblicazioni successive al 2000, di lingua inglese e che quantificassero l'impatto delle raccomandazioni delle Linee Guida nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di Low Back Pain.

RISULTATI: La selezione delle Linee Guida è stata eseguita sulla base dei criteri di inclusione, eliminazione dei duplicati e delle GL non reperibili ed infine sulla base dei criteri di valutazione metodologica secondo i Grilli. Sono state incluse 14 Linee Guida internazionali. Gli articoli selezionati per quantificare l'impatto delle raccomandazioni delle Linee Guida nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di Low Back Pain in base ai criteri di inclusione sono due.

CONCLUSIONI: Le raccomandazioni delle 14 GL selezionate non sono modificate sostanzialmente nell'evoluzione quali-quantitativa rispetto allo scorso decennio e dimostrano di essere abbastanza coerenti fra loro : ad esempio per il triage Diagnostico (LBP non specifico, radicolare sindrome, patologie gravi), l'esame fisico (individuazione di bandiere rosse ed esclusione di malattie specifiche), l'uso di imaging di routine sconsigliato, i fattori psicosociali (bandiere gialle) possibile ostacolo al recupero, assicurazione sulla prognosi favorevole, consiglio di rimanere il più attivi possibile e progressivamente aumentare il loro livello di attività, i farmaci (prima linea è il paracetamolo; seconda linea FANS), il trattamento nei vari sottogruppi di LBP, la manipolazione (consigliata in acuto per controllare i sintomi nel breve termine), lo scoraggiare il riposo a letto, l'invio allo specialista quando i pazienti presentano red flags, sintomi neurologici che persistono o peggiorano. Inoltre, l'adesione alle raccomandazioni nelle GL nella pratica clinica dei fisioterapisti, dimostrato da due studi selezionati, è efficace nel ridurre la disabilità e migliorare la funzionalità fisica.

INTRODUZIONE

Le linee guida nascono per rispondere a un obiettivo fondamentale: assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo quella parte di variabilità nelle decisioni cliniche che è legata alla carenza di conoscenze e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali ¹⁷.

Nell'ultimo decennio, le linee guida sono balzate prepotentemente alla ribalta sullo sfondo della notevole variabilità di erogazione di prestazioni sanitarie e dell'avvento della medicina basata sulle prove .

Secondo la definizione adottata dall'U.S. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Practice Guidelines, le linee-guida di pratica clinica sono "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche" ¹⁷.

Lo sviluppo delle linee guida impone l'uso di metodologie aggiornate, rigorose e soprattutto improntate a una totale trasparenza, onde permettere agli utenti interessati di ripercorrere il cammino metodologico che ha condotto alla stesura dei documenti ¹⁷.

E' utile distinguere tra «evidence-based guidelines» (EBG) e «not evidence-based guidelines» (NEBG). La differenza fondamentale tra EBG e NEBG riguarda l'importanza attribuita dagli estensori della linea guida a tre questioni epistemologiche: la multidisciplinarietà del gruppo responsabile della produzione della linea guida; la valutazione sistematica delle prove scientifiche disponibili quale base per le raccomandazioni formulate; la classificazione delle raccomandazioni in base alla qualità delle prove scientifiche che le sostengono.

Quest'ultimo punto definito anche grading, riguarda sia la qualità delle prove (chiamato in italiano «livello delle prove» derivandolo dall'inglese dove il termine di riferimento è levels of evidence) sia la «forza delle raccomandazioni» che da esse possono essere derivate (in inglese il termine di riferimento è strength of recommendations)¹⁷.

Il livello di prova (LdP) si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici.

La forza della raccomandazione (FdR) si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta¹⁷.

Numerose sono oramai le esperienze di Linee Guida nel campo della lombalgia e le esperienze sviluppate in questi anni consentono di affermarne l'importanza¹⁸.

Il mal di schiena (MDS) è il disturbo osteoarticolare più frequente. Quasi l'80% della popolazione è destinato ad un certo punto della vita a presentare una lombalgia. Interessa uomini e donne in ugual misura, insorge più spesso fra 30 e 50 anni di età e comporta altissimi costi individuali e sociali, in termini di indagini diagnostiche e di trattamenti, di riduzione della produttività e di diminuita capacità a svolgere attività quotidiane ¹⁸. Il corso naturale del dolore lombare è di solito

favorevole ¹⁰ con il 70-80 % dei pazienti che torna alle normali attività in 1 settimana ed il 2-7% dei pazienti che sviluppa una lombalgia cronica.

Il tipo più comune di mal di schiena è non-specifico, che si verifica in circa il 90% dei casi e non ha alcuna causa identificabile ⁵ (ossia una patologia specifica ad esempio infezioni, tumori, osteoporosi, spondilite anchilosante, frattura, processo infiammatorio, la sindrome radicolare o sindrome della cauda equina)¹².

E' costituito da dolore e/o limitazione funzionale compreso fra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori con eventuale irradiazione posteriore alla coscia ma non oltre il ginocchio che può causare l'impossibilità a svolgere la normale attività quotidiana, con possibile assenza dal lavoro ^{18,12}.

In base alla durata dei sintomi viene distinto in acuto, subacuto, cronico e ricorrente con un cut-off che varia nelle diverse linee guida.

La cronicizzazione del LBP aspecifico è spesso associato alla presenza di fattori psicosociali (credenza che dolore e attività siano dannosi, comportamento da malattia, depressione o stati d'animo negativi, storia di mal di schiena , ecc...), importanti da individuare e affrontare .

Per quanto riguarda il trattamento del LBP aspecifico, in passato non sempre le raccomandazioni delle LG nazionali ed internazionali sono state coerenti.

Scopo, quindi, di questa revisione della letteratura, è quello di valutare l'uniformità delle linee guida evidence based per il trattamento del LBP aspecifico negli ultimi dieci anni e la loro efficacia nella pratica clinica.

MATERIALI E METODI

Il primo obiettivo della revisione bibliografica della letteratura relativa a questa tesi consiste nell'individuazione delle Linee Guida basate sulle evidenze nazionali ed internazionali che si occupano del trattamento del LBP aspecifico.

La ricerca è stata effettuata tramite le banche dati elettroniche : Trip database, Pedro, National Guideline Clearinghouse, Medline e Google.

Sono stati inseriti i seguenti criteri di inclusione:

1. guidelines pubblicate tra il 2000-2010;
2. scritte in lingua inglese;
3. che fornissero informazioni sul trattamento riabilitativo della lombalgia aspecifica.

I termini impiegati nella ricerca sono i seguenti:

- "low back pain" e ho filtrato la ricerca su Guidelines per Trip database
- "low back pain AND practice guideline" per Pedro
- "low back pain" e come intended user "physical therapist" per National Guideline Clearinghouse
- "low back pain AND Practice Guideline[ptyp]" per Medline
- "practice guideline low back pain " per Google

Una prima selezione è stata effettuata sulla base dei criteri di inclusione ed eliminazione dei duplicati nei diversi database .

La seconda e più approfondita valutazione aveva lo scopo di individuare le migliori Linee Guida Evidence Based . La qualità delle linee guida è stata determinata sulla base dei 3 criteri di Grilli suggeriti dalla letteratura e precisamente :

1. La multidisciplinarietà del gruppo di lavoro
2. Il processo esplicito di ricerca bibliografica
3. Il grading delle evidenze

Su Medline è stata utilizzata, poi, la stringa "low back pain AND Practice Guideline AND adherence AND outcome" per quantificare l'impatto delle raccomandazioni delle Linee Guida nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di Low Back Pain.

Sono stati inseriti come limiti alla ricerca su database la data di pubblicazione, successiva al 2000, e la lingua, esclusivamente inglese.

RISULTATI

I passaggi dei metodi di selezione sono di seguito schematizzati in due diagrammi di flusso.

DIAGRAMMA DI FLUSSO N.1 : SELEZIONE DELLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI

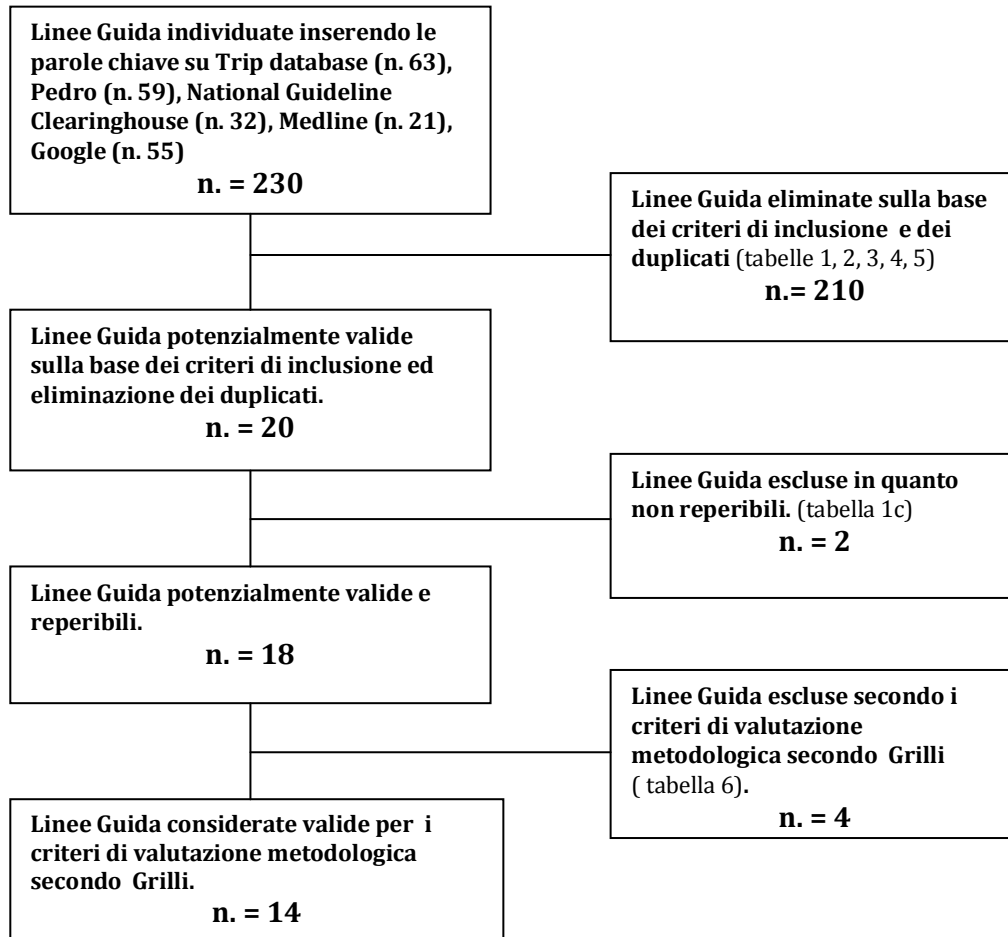
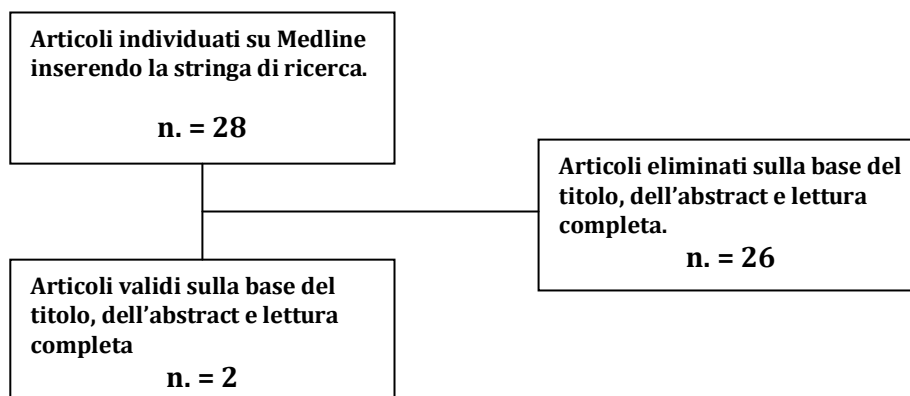


DIAGRAMMA DI FLUSSO N.2 : SELEZIONE ARTICOLI

Relativi alla quantificazione dell’impatto delle raccomandazioni delle LG EB nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di LBP.



Trip database

Le Clinical guidelines sono state individuate su Trip database utilizzando come parola chiave low back pain e filtrando la ricerca su Guidelines (in totale 63)

Tabella n. 1a Guidelines Aus & Nz (in totale 6)

Paese, anno e Agenzia	Titolo	Inclusione o esclusione
Australia, 2008 Clinical Practice Guidelines Portal	1. Lumbar imaging in acute non-specific low back pain	ESCLUSA (no fisioterapia)
New Zealand , 2003 New Zealand Guideline Group	2. New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain	<u>INCLUSA</u>
Australia, 2003 National Health and Medical Research Council	3. Evidence Based Management of Acute Musculoskeletal Pain	<u>INCLUSA</u>
Australia, 2005 National Health and Medical Research Council	4. Acute pain management: scientific evidence	ESCLUSA no fisioterapia)
Australia, 2009 National Health and Medical Research Council	5. A Systematic Literature Review on the Detection, Diagnosis, Management and Prevention of Glaucoma	ESCLUSA (no LBP)

New Zealand , 1998 New Zealand Guidelines Group	6. Traumatic Brain Injury Rehabilitation Guidelines	ESCLUSA (non pertinente, non compreso negli anni 2000 e 2010)
---	---	--

Tabella n. 1b Guidelines Canada (in totale 7)

Canada, 2009 Toward Optimized Practice	1. Low Back Pain	<u>INCLUSA</u>
Canada, 2003 CMA Infobase	2. Use of back belts to prevent occupational low-back pain	ESCLUSA (no fisioterapia)
Canada, 2009 Thrombosis Interest Group of Canada	3. Inferior Vena Cava Filters	ESCLUSA (LBP specifico)
Canada, 2005 Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada	4. Postural Health in Women : The Role of Physiotherapy	ESCLUSA (LBP specifico)
Canada, 2005 Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada	5. Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain (Part two of two)	ESCLUSA (LBP specifico)
Canada, 2007 CMA Infobase	6. Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children	ESCLUSA (no LBP)
Canada, 2003	7. Exercise in Pregnancy and the Postpartum	

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada	Period	ESCLUSA (LBP specifico)
---	--------	-------------------------

Tabella n. 1c Guidelines UK (in totale 37)

UK, 2009 National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines	1. Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain	<u>INCLUSA</u>
UK, 2008 Map of Medicine Healthguides	2. Chronic low back pain	ESCLUSA (non individuato il full text)
UK, 2009 CKS (formerly PRODIGY)	3. Back pain - low (without radiculopathy)	ESCLUSA (non individuato il full text)
UK, 2009 CKS (formerly PRODIGY)	4. Sciatica (lumbar radiculopathy)	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2007 National Library of Guidelines	5. Recommended guidelines for pain management programmes for adults	ESCLUSA (gestione dolore cronico in generale)
UK, 2009 CKS (formerly PRODIGY)	6. Neck pain - non-specific	ESCLUSA (no LBP)
UK, 2009 GAIN	7. Management of Neuropathic Pain Guidelines	ESCLUSA (no LBP)
UK, 2009 CKS (formerly PRODIGY)	8. . Neck pain - cervical radiculopathy	ESCLUSA (no LBP)
UK, 2008 CKS (formerly	9. Ankylosing spondylitis	ESCLUSA (LBP specifico)

PRODIGY)		
UK, 2008 CKS (formerly PRODIGY)	10. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (standard or coxibs) - prescribing issues	ESCLUSA (no fisioterapia)
UK, 2005 CKS (formerly PRODIGY)	11. Urological cancer - suspected	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2008 CKS (formerly PRODIGY)	12. Osteoarthritis	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2010 CKS (formerly PRODIGY)	13. Diarrhoea - adults assessment	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2009 CKS (formerly PRODIGY)	14. Prostatitis - acute	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2010 CKS (formerly PRODIGY)	15. Analgesia - mild-to-moderate pain	ESCLUSA (trattamento farmacologico dolore, no fisioterapia)
UK, 2009 CKS (formerly PRODIGY)	16. Neck pain - whiplash injury	ESCLUSA (no LBP)
UK, 2005 National Library of Guidelines	17. Spinal cord stimulation for the management of pain : recommendations for best clinical practice	ESCLUSA (no fisioterapia)
UK, 2004 National Library of Guidelines	18. A practical guide to the provision of chronic pain services for adults in primary care	ESCLUSA (gestione dolore cronico in generale)
UK, 2009 Royal College of General Practitioners	19. Position Statement: the management of patients with physical and psychological problems in primary care - a practical guide	ESCLUSA (gestione dolore cronico in generale)
UK, 2008	20. Clinical practice guideline: Irritable	ESCLUSA

Royal College of General Practitioners	bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care	(LBP specifico)
UK, 2002 Royal College of Anaesthetists	21. Recommendations on the use of epidural injections for the treatment of back and leg pain	ESCLUSA (no fisioterapia)
UK, 2008 British Association for Sexual Health and HIV	22. Management of sexually-acquired reactive arthritis	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2007 Royal College of Nursing	23. Clinical practice guideline: The recognition and assessment of acute pain in children: audit protocol	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2005 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	24. Initial Management of Chronic Pelvic Pain	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2005 National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines	25. Referral guidelines for suspected cancer	ESCLUSA (dolore nel cancro e gestione di tali pazienti)
UK, 2006 Royal College of General Practitioners	26. Sexually transmitted infections in primary care	ESCLUSA (LBP specifico, no fisioterapia,
UK, 2007 National Library of Guidelines	27. A staged approach to reducing musculoskeletal disorders (MSDs) in the workplace	ESCLUSA (disordini muscoloscheletrici in generale e misure di intervento dal punto di vista lavorativo)
UK, 2003 National Library of Guidelines	28. Pain management services : good practice	ESCLUSA (gestione dolore in generale)

UK, 2003 National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines	29. Pressure relieving devices: the use of pressure relieving devices for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care	ESCLUSA (non pertinente)
UK, 2005 National Library of Guidelines	30. Hearing aid handbook, Part 5	ESCLUSA (non pertinente)
UK, 2005 British Occupational Health Research Foundation	31. Workplace interventions for people with common mental health problems	ESCLUSA (no LBP)
UK, 2004 British Society for Rheumatology	32. Prescribing TNF alpha blockers in adults with ankylosing spondylitis	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2004 National Library of Guidelines	33. Guidelines for the prevention, identification and management of occupational asthma : evidence review and recommendations	ESCLUSA (no LBP)
UK, 2004 National Library of Guidelines	34. Clinical guidelines for the physiotherapy management of cystic fibrosis	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2001 Department of Health	35. Exercise referral systems : a national quality assurance framework	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 1999 National Library of Guidelines	36. Physiotherapy guidelines for the management of osteoporosis	ESCLUSA (LBP specifico)
UK, 2000 National Library of Guidelines	37. Measurement of outcome in rehabilitation : "basket" of measures	ESCLUSA (non pertinente)

Tabella n. 1d Guidelines USA (in totale 11)

USA, 2009 Canadian Paediatric Society	1. Causes and prevention of low back pain in young athletes	ESCLUSA (LBP specifico)
USA , 2009 American College of Radiology	2. ACR Appropriateness Criteria® low back pain.	ESCLUSA (diagnostica per immagini)
USA , 2008 Michigan Quality Improvement Consortium	3. Management of acute low back pain.	<u>INCLUSA</u>
USA, 2007 American College of Physicians	4. Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society.	<u>INCLUSA</u>
USA, 2010 American Osteopathic Association	5. American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain.	ESCLUSA (considera interventi manipolativi osteopatici)
USA, 2005 U.S. Preventive Services Task Force	6. Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement.	ESCLUSA (prevenzione LBP)
USA, 2005 Congress of Neurological Surgeons	7. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 12: pedicle screw fixation as an adjunct to posterolateral fusion for low-back pain.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2007 Canadian Paediatric Society	8. Chiropractic care for children: Controversies and issues	ESCLUSA (incentrato sulla chiropratica)
USA, 2008 Veterans Health Administration	9. VA/DoD Clinical practice guideline for rehabilitation of lower limb amputation.	ESCLUSA (LBP specifico)

USA, 2005 University of Texas at Austin School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program	10. Fibromyalgia treatment guideline.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2010 International Chiropractors Association of California	11. Management of whiplash associated disorders.	ESCLUSA (LBP specifico)

Tabella 1e Altri paesi (in totale 2)

2004 WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care	1. Unexplained somatic complaints - (Interactive summary cards)	ESCLUSA (disturbi somatici in generale)
EUROPA, 2009 European Society of Cardiology	2. Guidelines on Diagnosis and Management of Syncope	ESCLUSA (LBP specifico)

PEDRO

Le Clinical guidelines sono state individuate utilizzando come parola chiave low back pain AND practice guideline e articoli pubblicati dal 2000 (in totale 59).

Tabella n. 2

USA, 2009 American Pain Society low back pain guidelines panel (APS)	1. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (riguarda solo l'aspetto metodologico)
---	--	---

Chou R, Loeser JD, ecc..		
UK, 2009 Chartered Society of Physiotherapy (Jackson A, Hettinga DM, Mead J, Mercer C)	2. Using consensus methods in developing clinical guidelines for exercise in managing persistent low back pain [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (metodo di consenso)
CANADA, 2008 Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain (Guzman J, Haldeman S, ecc..)	3. Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000 to 2010 Task Force on neck pain and its associated disorders: From concepts and findings to recommendations [with consumer summary] [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2007 American College of Physicians, American Pain Society (Chou R, Qaseem A)	4. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society [with consumer summary] [methodology of a clinical practice guideline for clinicians and consumers]	<u>INCLUSA</u>
AUSTRIA ,2007 Center of Excellence for Orthopaedic Pain managemetn Speising (CEOPS) (Friedrich M)	5. Evidence- and consensus-based Austrian guidelines for the management of acute and chronic nonspecific low back pain [German] [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (no lingua inglese)
ITALIA, 2006 Italian Health Ministry, Care and Research Institute (IRCCS) Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS (Negrini)	6. Diagnostic therapeutic flowcharts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
EUROPA, 2004 European Commission,	7. European guidelines for the management of chronic non-specific	<u>INCLUSA</u>

Research Directorate- General, Department of Policy, Co- ordination and Strategy (Hildebrandt J)	low back pain [with consumer summary] [with systematic review]	
EUROPA, 2004 European Commission, Research Directorate- General, Department of Policy, Co- ordination and Strategy (van Tulder MW)	8. European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care [with consumer summary]	<u>INCLUSA</u>
AUSTRALIA, 2002 Australian Physiotherapy Association (APA) and Musculoskeletal Physiotherapy Australia (MPA) (Rebbeck T)	9. Australian Physiotherapy Association: low back pain position statement [with systematic review]	<u>INCLUSA</u>
NORVEGIA, 2002 The Norwegian Back Pain Network (Lærum E)	10. The Norwegian back pain network - the communication unit. Acute low back pain: interdisciplinary clinical guidelines [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
USA, 2001 American Chiropractic Association (ACA) Council on Technique (Gatterman MI)	11. Rating specific chiropractic technique procedures for common low back conditions	ESCLUSA (no fisioterapia)
UK, 2001 U.K. Faculty of Occupational Medicine	12. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review	ESCLUSA (riguarda il sottogruppo)

(Waddell G)		lavoratori)
AUSTRALIA, 2001 Medical Services Advisory Committee, Department of Health and Aged Care, Commonwealth of Australia	13. Vertebral axial decompression therapy for chronic low back pain: June 2001 assessment report [with systematic review]	ESCLUSA (LBP specifico)
USA E CANADA, 2001 Philadelphia Panel (Canada and the United States of America)	14. Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions: overview and methodology [with systematic review]	ESCLUSA (metodologia per lo sviluppo di EBCPGs)
USA E CANADA, 2001 Philadelphia Panel (Canada and the United States of America)	15. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain [with systematic review]	<u>INCLUSA</u>
USA E CANADA, 2002 Philadelphia Panel (Canada and the United States of America)	16. Managing musculoskeletal complaints with rehabilitation therapy: summary of the Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on musculoskeletal rehabilitation interventions [with consumer summary] [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (sommario di evidenze)
FRANCIA, 2000 Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)	17. Diagnosis, management and follow- up of patients with chronic low back pain [quick reference guide for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
OLANDA , 2003 Koninklijk Nederlands Genootschap voor	18. KNGF guideline: National practice guidelines for physical therapy in patients with low back pain [with	<u>INCLUSA</u>

Fysiotherapie (KNGF)Royal Dutch Society for Physiotherapy (Bekkering GE)	systematic review]	
OLANDA , 2003 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)Royal Dutch Society for Physiotherapy (Bekkering GE)	19. KNGF guideline: low back pain (flowchart) [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (guida di riferimento per medici)
OLANDA , 2003 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)Royal Dutch Society for Physiotherapy (Bekkering GE)	20. Dutch physiotherapy guidelines for low back pain [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (in olandese)
CANADA, 2002 Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	21. The use of back belts for prevention of occupational low-back pain: systematic review and recommendations. Technical Report [with systematic review]	ESCLUSA (no fisioterapia)
CANADA, 2002 Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	22. Use of back belts to prevent occupational low-back pain: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (no fisioterapia)
CANADA, 2002 Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	23. Preventive health care, 2002 update: use of back belts to prevent occupational low-back pain. Recommendation table [quick reference	ESCLUSA (no fisioterapia)

	guide for clinicians]	
AUSTRALIA, 2003 National Health and Medical Research Council (NHMRC) and the Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group	24. Evidence-based management of acute musculoskeletal pain [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
AUSTRALIA, 2003 National Health and Medical Research Council (NHMRC) and the Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group	25. Information sheet number 1: acute low back pain [quick reference guide for consumers]	ESCLUSA (scheda informativa e riassuntiva GL Australia 2003)
EUROPA, 2002 European Commission, Research Directorate-General, Department of Policy, Coordination and Strategy	26. European guidelines for the management of low back pain, European commission COST B13 management committee [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (incentrato sullo sviluppo delle GL)
EUROPA, 2004 European Commission, Research Directorate-General, Department of Policy, Co-ordination and Strategy	27. European guidelines for prevention in low back pain [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (prevenzione LBP)
EUROPA, 2004 European Commission, Research Directorate-General, Department of Policy, Co-ordination and Strategy	28. European guidelines for prevention in low back pain: evidence tables [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (prevenzione LBP)
EUROPA, 2004 European Commission, Research Directorate-	29. How to prevent low back pain [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (prevenzione LBP)

General, Department of Policy, Co-ordination and Strategy		
EUROPA, 2004 European Commission Research Directorate General, COST B13 working group on guidelines for the management of acute low back pain in primary care	30. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care [with consumer summary] [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (è la stessa GL della numero 8)
EUROPA, 2004 European Commission Research Directorate General, COST B13 working group on guidelines for the management of acute low back pain in primary care	31. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care [with consumer summary] [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (è la stessa GL della numero 8)
EUROPA, 2004 European Commission Research Directorate General, COST B13 working group on guidelines for the management of chronic low back pain in primary care	32. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain [with consumer summary] [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (è la stessa GL della numero 7)
EUROPA, 2004 European Commission Research Directorate General, COST B13 working group on guidelines for the management of	33. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain, November 2004 [with consumer summary] [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	ESCLUSA (è la stessa GL della numero 7)

chronic low back pain		
EUROPA, 2004 European Commission Research Directorate General, COST B13 working group on guidelines for the prevention of low back pain	34. Chapter 2 European guidelines for prevention in low back pain, November 2004 [with consumer summary] [methodology of a clinical practice guideline for clinicians and consumers]	ESCLUSA (prevenzione LBP)
FRANCIA, 2000 Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)	35. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique, Decembre 2000 (Diagnosis, management and followup of patients with chronic low back pain, December 2000) [French] [with systematic review]	ESCLUSA (è in lingua francese ed è la stessa GL della numero 17)
FRANCIA, 2000 Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)	35. Diagnosis, management and follow up of patients with chronic low back pain [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (è la stessa GL della numero 17)
FRANCIA, 2000 Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)	37. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique, recommandations, Decembre 2000 (Diagnosis, management and follow up of patients with chronic low back pain, recommendations, December 2000) [French] [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (è in lingua francese)
FRANCIA, 2000 Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)	38. Prise en charge diagnostique et therapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'evolution, Fevrier 2000 (Diagnosis and management of acute low back pain (< 3 months) with or without sciatica, February 2000)	ESCLUSA (è in lingua francese)

	[French] [with systematic review]	
FRANCIA, 2000 Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)	39. Diagnosis and management of acute low back pain (< 3 months) with or without sciatica, February 2000 [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
FRANCIA, 2000 Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)	40. Recommendations for clinical practice, diagnosis and management of acute low back pain (< 3 months) with or without sciatica, text of the recommendations, February 2000) [French] [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (è in lingua francese)
NEW ZEALAND, 2004 New Zealand Accident Compensation Corporation	41. New Zealand acute low back pain guide, incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain, October 2004 edition [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
NEW ZEALAND, 2004 New Zealand Accident Compensation Corporation	42. New Zealand Accident Compensation Corporation -- acute low back pain screening questionnaire	ESCLUSA (questionario LBP)
USA, 2003 aggiorn. 2010 University of Michigan Health System	43. Acute low back pain: guidelines for clinical care [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
USA, 2005 University of Michigan Health System	44. Low back pain: patient education materials (text) [for consumers]	ESCLUSA (scheda informativa per i pazienti)
USA, 2007 University of Michigan Health System	45. Low back pain exercises: patient education materials (illustrations) [for consumers]	ESCLUSA (scheda informativa per i pazienti)
USA, 2008 University of Michigan	46. Michigan quality improvement consortium: guideline management of	<u>INCLUSA</u>

Health System	acute low back pain, March 2008	
USA, 2002 University of Michigan Health System	47. Medications for low back pain (non-radiating and radiating) [for clinicians and consumers]	ESCLUSA (trattamento farmacologico)
CANADA, 2009 Toward optimized practice (TOP)	48. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
CANADA, 2009 Toward optimized practice (TOP)	49. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain: summary [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (sommario)
CANADA, 2009 Toward optimized practice (TOP)	50. What you should know about chronic low back pain [quick reference guide for consumers]	ESCLUSA (materiale informativo pazienti)
CANADA, 2009 Toward optimized practice (TOP)	51. What you should know about acute low back pain [quick reference guide for consumers]	ESCLUSA (materiale informativo pazienti)
UK, 2009 National Collaborating Centre for Primary Care (NCC-PC), Royal College of General Practitioners (RCGP)	52. Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain: full guideline [methodology of a clinical practice guideline for clinicians]	<u>INCLUSA</u>
UK, 2009 National Collaborating Centre for Primary Care (NCC-PC), Royal College of General Practitioners (RCGP)	53. Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain: NICE clinical guideline 88 [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (guida per medici)
UK, 2009 National Collaborating Centre for Primary Care (NCC-PC), National Institute for	54. Quick reference guide: low back pain: early management of persistent non-specific low back pain: NICE clinical guideline 88 [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (informazioni relative al sito internet dove scaricare la linea guida)

Health and Clinical Excellence (NICE)		
UK, 2009 National Collaborating Centre for Primary Care (NCC-PC), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	55. Early management of persistent non-specific low back pain: understanding NICE: Information for people who use NHS services [quick reference guide for consumers and caregivers]	ESCLUSA (materiale informativo)
UK, 2009 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Backcare	56. Low back pain: patient information [quick reference guide for consumers]	ESCLUSA (materiale informativo pazienti)
GALLES, 2009 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	57. Rheolaeth gynnar o boen parhaus amhenodol yng ngwaelod y cefn (Low back pain: patient information) [Welsh] [quick reference guide for consumers]	ESCLUSA (no lingua inglese)
UK, 2009 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	58. Low back pain: Audit support (implementing NICE guidance) [quick reference guide for administrators]	ESCLUSA (implementazione GL)
UK, 2009 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	59. Low back pain: Costing report (implementing NICE guidance) [quick reference guide for administrators]	ESCLUSA (no fisioterapia)
UK, 2009 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	60. Low back pain: Costing template [quick reference guide for administrators]	ESCLUSA (no fisioterapia)
UK, 2009 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	61. Low back pain: Slide set [quick reference guide for clinicians]	ESCLUSA (implementazione GL)
UK, 2009	62. Low back pain: Commissioning fact	ESCLUSA

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	sheet (implementing NICE guidance) [quick reference guide for administrators]	(foglio informativo)
USA, 2010 Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	63. Adult low back pain: fourteenth edition [with systematic review]	<u>INCLUSA</u>
USA, 2010 Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	64. Adult low back pain: executive summary [with systematic review]	ESCLUSA (scheda informativa e riassuntiva GL)
USA, 2010 Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	65. Adult low back pain: summary of changes report [with systematic review]	ESCLUSA (scheda informativa e riassuntiva GL)

National Guideline Clearinghouse

La parola chiave utilizzata è “low back pain” e l’ intended user è “physical therapist” (dei 159 risultati ne evidenzia solo 32).

Tabella 3

CANADA, 2009 Toward Optimized Practice	1. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain.	<u>INCLUSA</u>
USA, 2003 American Society of Interventional Pain Physicians - Medical Specialty Society.	2. Comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in the management of chronic spinal pain	ESCLUSA (no fisioterapia)
2008 Council on Chiropractic Guidelines & Practice	3. Chiropractic management of low back disorders: report from a consensus process.	ESCLUSA (incentrato sulla chiropratica)

Parameters - Professional Association.		
USA, 2010 American Academy of Neurology - Medical Specialty Society	4. Assessment: efficacy of transcutaneous electric nerve stimulation in the treatment of pain in neurologic disorders (an evidence-based review). Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2009 American Occupational Therapy Association	5. Occupational therapy practice guidelines for individuals with work-related injuries and illnesses.	ESCLUSA (indirizzato per sottogruppo lavoratori)
2005 Institute for Clinical Systems Improvement	6. Assessment and management of chronic pain	ESCLUSA (dolore cronico in generale)
CANADA, 2008 Canadian Protective Chiropractic Association - Professional Association	7. Diagnostic imaging practice guidelines for musculoskeletal complaints in adults - an evidence-based approach. Part 3: spinal disorders.	ESCLUSA (no fisioterapia)
USA, 1997 rivisto 2010 American Society of Anesthesiologists – Medical Specialty Society	8. Practice guidelines for chronic pain management. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine.	ESCLUSA (dolore cronico in generale)
USA, 2007 Department of Defense - Federal Government Agency [U.S.]	9. VA/DoD clinical practice guideline for rehabilitation of lower limb amputation.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2009 Council on Chiropractic Guidelines & Practice Parameters -	10. Chiropractic management of fibromyalgia syndrome: summary of clinical practice recommendations for the Commission of the Council on	ESCLUSA (LBP specifico)

Professional Association.	Chiropractic Guidelines and Practice Parameters.	
USA, 2009 Council on Chiropractic Guidelines & Practice Parameters - Professional Association.	11. Chiropractic management of myofascial trigger points and myofascial pain syndrome: summary of clinical practice recommendations for the Commission of the Council on Chiropractic Guidelines and Practice Parameters.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2009 Council on Chiropractic Guidelines & Practice Parameters - Professional Association.	12. Chiropractic management of tendinopathy: summary of clinical practice recommendations for the Commission of the Council on Chiropractic Guidelines and Practice Parameters	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2009 Council on Chiropractic Guidelines & Practice Parameters - Professional Association.	13. Manipulative therapy of lower extremity conditions: summary of clinical practice recommendations for the Commission of the Council on Chiropractic Guidelines and Practice Parameters.	ESCLUSA (no LBP)
USA, 2008 The Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association	14. Neck pain: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association.	ESCLUSA (no LBP)
USA, 2002 Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association	15 Complex regional pain syndrome: treatment guidelines (third edition).	ESCLUSA (no LBP)

USA, 1997 rivisto 2007 American College of Occupational and Environmental Medicine - Medical Specialty Society	16. Elbow disorders.	ESCLUSA (no LBP)
USA, 1998 rivisto 2009 American Medical Directors Association - Professional Association.	17. Osteoporosis and fracture prevention in the long-term care setting.	ESCLUSA (LBP specifico)
2010 DMD Care Considerations Working Group - Independent Expert Panel.	18. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2: implementation of multidisciplinary care.	ESCLUSA (no LBP)
2005 REED Group - Private For Profit Organization.	19. Displacement, cervical intervertebral disc without myelopathy. In: The medical disability advisor: workplace for guidelines for disability duration, sixth edition.	ESCLUSA (no LBP)
EUROPA , 2007 European Federation of Neurological Societies - Medical Specialty Society.	20. EFNS guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain	ESCLUSA (no LBP)
2009 Cincinnati Children's Hospital Medical Center - Hospital/Medical Center	21. Evidence-based care guideline for serial casting of the lower extremity.	ESCLUSA (no LBP)
USA, 1999 rivisto 2009 American Medical Directors Association - Professional	22. Pain management in the long-term care setting.	ESCLUSA (dolore cronico in generale)

Association.		
USA, 2008 Consortium for Spinal Cord Medicine - Private Nonprofit Organization; Paralyzed Veterans of America -	23. Early acute management in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals	ESCLUSA (LBP specifico)
CANADA, 2007 Canadian Protective Chiropractic Association - Professional Association	24. Diagnostic imaging practice guidelines for musculoskeletal complaints in adults - an evidence-based approach. Part 1: lower extremity disorders.	ESCLUSA (no fisioterapia)
2005 Alzheimer's Association - Disease Specific Society	25. Dementia care practice recommendations for assisted living residences and nursing homes.	ESCLUSA (no LBP)
UK, 2006 National Collaborating Centre for Cancer - National Government Agency	26. Improving outcomes for people with sarcoma.	ESCLUSA (LBP specifico)
2004 Academy for Chiropractic Education - Medical Specialty Society.	27. Manual medicine guidelines for musculoskeletal injuries.	ESCLUSA (dolore acuto e cronico in generale)
UK, 2003 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health - National Government Agency	28. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman.	ESCLUSA (LBP specifico)
2006 National Collaborating Centre for Mental	29. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care	ESCLUSA (no LBP)

Health - National Government Agency		
USA, 2009 American Occupational Therapy Association, Inc. - Professional Association	30. Occupational therapy practice guidelines for adults with traumatic brain injury.	ESCLUSA (no LBP)
CANADA, 2006 Canadian Stroke Network - Disease Specific Society; Heart and Stroke Foundation of Canada - Disease Specific Society.	31. Stroke rehabilitation and community reintegration. Components of inpatient stroke rehabilitation. In: Canadian best practice recommendations for stroke care.	ESCLUSA (no LBP)
CANADA, 2006 Canadian Stroke Network - Disease Specific Society; Heart and Stroke Foundation of Canada - Disease Specific Society.	32. Stroke rehabilitation and community reintegration. Outpatient and community-based rehabilitation. In: Canadian best practice recommendations for stroke care.	ESCLUSA (no LBP)

Medline

La stringa impiegata è “low back pain AND Practice Guideline[ptyp]” e come limiti : pubblicazioni successive al 2000, lingua inglese (in totale 21) .

Tabella n. 4

AUSTRALIA, 2010 Victorian Paediatric Rehabilitation Service, Monash Medical Centre, Clayton, Victoria,	1. Botulinum toxin assessment, intervention and aftercare for paediatric and adult niche indications including pain: international consensus statement.	ESCLUSA (no fisioterapia)
---	---	------------------------------

Australia.		
USA, 2010 Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.	2. Challenges and recommendations for placebo controls in randomized trials in physical and rehabilitation medicine: a report of the international placebo symposium working group	ESCLUSA (no LBP)
USA, 2009 Department of Medicine, Oregon Evidence-based Practice Center, Oregon Health and Science University, Portland, OR.	3. Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: an evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society.	ESCLUSA (riguarda solo l'aspetto metodologico)
UK , 2008 Royal Holloway, University of London, London	4. A review and proposal for a core set of factors for prospective cohorts in low back pain: a consensus statement	ESCLUSA (No fisioterapia)
USA, 2007 Oregon Health & Science University, Portland, Oregon	5. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society.	<u>INCLUSA</u>
GERMANIA, 2007 Department of Dermatology, University of Aachen, Aachen	6. Coccygodynia.	ESCLUSA (no fisioterapia)
USA, 2007 American Society of Interventional Pain Physicians.	7. Interventional techniques: evidence-based practice guidelines in the management of chronic spinal pain.	ESCLUSA (no fisioterapia)
ITALIA, 2006 ISICO (Italian Scientific Spine Institute), Milan, Don Carlo Gnocchi Foundation, ONLUS, IRCCS	8. Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines.	<u>INCLUSA</u>

EUROPA, 2004 COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain.	9. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain.	<u>INCLUSA</u>
EUROPA, 2004 COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care	10. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care.	<u>INCLUSA</u>
EUROPA, 2004 COST B13 Working Group on Guidelines for Prevention in Low Back Pain.	11. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004	ESCLUSA (prevenzione LBP)
USA, 2005 American Association of Neurological Surgeons/Congress of Neurological Surgeons.	12. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 14: brace therapy as an adjunct to or substitute for lumbar fusion.	ESCLUSA (no fisioterapia)
USA, 2005 Department of Neurosurgery, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin	13. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 13: injection therapies, low-back pain, and lumbar fusion.	ESCLUSA (no fisioterapia)
USA, 2005 Department of Neurosurgery, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin	14. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 12: pedicle screw fixation as an adjunct to posterolateral fusion for low-back pain.	ESCLUSA (no fisioterapia)
USA, 2005 Department of Neurosurgery, University of Wisconsin	15. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 11: interbody techniques for lumbar fusion.	ESCLUSA (no fisioterapia)

Medical School, Madison, Wisconsin		
USA, 2005 Department of Neurosurgery, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin	16. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 8: lumbar fusion for disc herniation and radiculopathy.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2005 Department of Neurosurgery, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin	17. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 7: intractable low-back pain without stenosis or spondylolisthesis.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2005 Department of Neurosurgery, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin	18. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 6: magnetic resonance imaging and discography for patient selection for lumbar fusion.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2005 Department of Neurosurgery, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin	19. Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 2: assessment of functional outcome.	ESCLUSA (LBP specifico)
USA, 2005 U.S. Preventive Services Task Force.	20. Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement.	ESCLUSA (prevenzione LBP)
USA e CANADA, 2001 Philadelphia Panel.	21. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain.	<u>INCLUSA</u>

Google

Clinical Guidelines individuate utilizzando come stringa "practice guideline low back pain " (534 risultati in totale ma considerati i primi 55)

Tabella n. 5

Titolo pagina	Inclusione/ esclusione
1. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society	<u>INCLUSA</u>
2. CLIP Practice Guideline. Clinic on Low-Back Pain in Interdisciplinary Practice	Canada 2007 <u>INCLUSA</u>
3. Amazon.com: Evaluation of the Low Back Pain Practice Guideline Implementation in the Army Medical Department	ESCLUSA (relativa ad un sottogruppo di pazienti)
4. Clinical practice Guidelines 5. Authors and Collaborators - Área Divulgativa (Pagine relative al medesimo sito internet)	WG1 E WG2 <u>INCLUSE</u> WG3 ESCLUSA (prevenzione) altre GL escluse per lingua e non nei limiti 2000-2010
6. Early Intervention for the Management of Acute Low Back Pain	ESCLUSA (no GL)
7. Training Primary Care Physicians to Give Limited Manual Therapy For Low Back Pain	ESCLUSA (no GL)
8. Back pain — Rheumatology (Oxford)	ESCLUSA (no GL)
9. Evidence-based care for low back pain in workers eligible for compensation	ESCLUSA (relativa ad un sottogruppo di lavoratori)

10. EUROPEAN GUIDELINES FOR PREVENTION IN LOW BACK PAIN	ESCLUSA (prevenzione)
11. Acute low back pain: diagnosis and management	ESCLUSA (no GL)
12. Pain-related fear in acute low back pain: the first two weeks of a new episode	ESCLUSA (no GL)
13. "2 Clinical guidelines in the management of low back pain" PhD, DO, Eur ErgA. Kim Burton, Director, Spinal Research Unit and DSc, MD, FRCSGordon Waddell, Orthopaedic Surgeon	ESCLUSA (no GL)
14. e 15. Do psychological factors predict outcome in both low-back pain and shoulder pain?	ESCLUSA (focus sui fattori psicologici)
16. Articles Matching -practice guideline low back pain primary health care	ESCLUSA (no GL)
17. BMC Family Practice	ESCLUSA (testo su GL)
18. Family Med Medical News about Practice Guideline Low Back Pain	ESCLUSA (sintesi raccomandazioni)
19. Is knowledge a barrier to implementing low back pain guidelines? Assessing the knowledge of Israeli family doctors	ESCLUSA (no fisioterapia)
20. Do psychological factors predict outcome in both low-back pain and shoulder pain?	ESCLUSA (focus sui fattori psicologici)
21. UCL Discovery - The scientific evidence for acute pain treatment	ESCLUSA (no focus su LBP)
22. Early Intervention for the Management of Acute Low Back Pain	ESCLUSA (no GL)

23. Training Primary Care Physicians to Give Limited Manual Therapy For Low Back Pain: Patient Outcomes SPINE	ESCLUSA (no GL)
24. e 25. Early Intervention for the Management of Acute Low Back Pain: A Single-Blind Randomized Controlled Trial of Biopsychosocial Education, Manual Therapy, and Exercise	ESCLUSA (no GL)
26. The necessary shift from diagnostic to prognostic research	ESCLUSA (no fisioterapia)
27. The cost-effectiveness of a treatment-based classification system for low back pain: design of a randomised controlled trial and economic evaluation	ESCLUSA (no fisioterapia)
28. Pain Management Article Practice Guideline Low Back Pain : "An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care"	ESCLUSA (no GL)
29. Physician Assistant Article Practice Guideline Low Back Pain	ESCLUSA (no GL)
30. General practitioners' treatment orientations towards low back pain: Influence on treatment behaviour and patient outcome	ESCLUSA (no GL)
31. Manual Therapy, Physical Therapy, or Continued Care by the General Practitioner for Patients With Neck Pain Long-Term Results From a Pragmatic Randomized Clinical Trial	ESCLUSA (no GL)
32. Evidence-based care for low back pain in workers eligible for compensation	ESCLUSA (relativa ad un sottogruppo di lavoratori)

33. Back pain . Rheumatology	ESCLUSA (no GL)
34. The cost-effectiveness of a treatment-based classification system for low back pain: design of a randomised controlled trial and economic evaluation	ESCLUSA (no GL)
35. ACADEMIC MEDICINE - Journal of Evaluation in Clinical .	ESCLUSA (no GL)
36. Adherence to Clinical Practice Guidelines for Low Back Pain in Physical Therapy: Do	ESCLUSA (no GL)
37. Medical Physicians Ignore Low Back Pain Guidelines	ESCLUSA (no GL)
38. Back Pain Treatment - oftensearch.com	ESCLUSA (no GL)
39. Lower Back Pain Treatment	ESCLUSA (no GL)
40. Challenges associated with developing and implementing clinical practice guidelines	ESCLUSA (no LBP)
41. Manual Therapy, Physical Therapy, or Continued Care by the General Practitioner for Patients With Neck Pain: Long-Term Results From a Pragmatic Randomized Clinical Trial	ESCLUSA (no LBP)
42. The necessary shift from diagnostic to prognostic research	ESCLUSA (no focus su LBP)
43. The cost-effectiveness of a treatment-based classification system for low back pain: design of a randomised controlled trial and economic evaluation.	ESCLUSA (no GL)
44. DISUSE AND PHYSICAL	ESCLUSA

DECONDITIONING IN CHRONIC LOW BACK PAIN	(no focus trattamento)
45. LWW Online - Fulltext: Clinical Journal of Pain, Volume 22(4) May ..	ESCLUSA (no GL)
46. Nestle enlink - Fulltext: Clinical Journal of Pain, Volume 22 Manual Therapy, Physical Therapy, or Continued Care by the General Practitioner for Patients With Neck Pain: Long-Term Results From a Pragmatic Randomized Clinical Trial.	ESCLUSA (no GL)
47. Área Divulgativa	ESCLUSA (no inglese)
48. Early Intervention for the Management of Acute Low Back Pain: Results	ESCLUSA (no GL)
49. Download XML - BioMed Central The Open Access Publisher	ESCLUSA (no accesso al sito)
50. The cost-effectiveness of a treatment-based classification system for low back pain: design of a randomised controlled trial and economic evaluation.	ESCLUSA (no GL)
51. Family Med Medical News about Mammography Practice Guidelines as Topic	ESCLUSA (no focus LBP)
52. Inledning	ESCLUSA (no inglese)
53. The cost-effectiveness of a treatment-based classification system for low back pain: design of a randomised controlled trial and economic evaluation.	ESCLUSA (no GL)
54. 'Het tijdig neerhalen van de gele vlag	ESCLUSA (no inglese)

55. Disuse and physical deconditioning in the first year after the onset of back pain	ESCLUSA (no focus trattamento)
---	-----------------------------------

Una prima selezione è stata effettuata sulla base dei criteri di inclusione, eliminazione dei duplicati nei diversi database ed esclusione di 2 GL non reperibili . Il numero delle linee guida scelte è 18.

La seconda e più approfondita valutazione aveva lo scopo di individuare **le migliori Linee Guida Evidence Based** .

La qualità delle linee guida è stata determinata ed esposta in tabella n. 6, sulla base dei 3 criteri di Grilli suggeriti dalla letteratura e precisamente:

1. La multidisciplinarietà del gruppo di lavoro
2. Il processo esplicito di ricerca bibliografica
3. Il grading delle evidenze

Tabella n. 6

Paese, pubblicazione, Linea Guida, agenzia	Gruppo di lavoro	Ricerca bibliografica	Grading delle evidenze
1) New Zealand, 2003 New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain New Zealand Guideline Group	Multidisciplinare: consumer representative, pain medicine, occupation medicine, chiropractor, psychologist, osteopath, occupational medicine, physiotherapy, rheumatology, GP, musculoskeletal medicine (n = 16)	Revisione sistematica delle migliori evidenze scientifiche disponibili utilizzando l'approccio raccomandato dal Cochrane Collaboration	Il sistema di gradazione utilizzato è il SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

2) AUSTRALIA, 2002 Australian Physiotherapy Association: low back pain position statement ²¹ Australian Physiotherapy Association (APA) and Musculoskeletal Physiotherapy Australia (MPA) (Rebbeck T) Esclusa non multidisciplinare	Non è specificata la composizione del gruppo di lavoro.	Revisione sistematica della letteratura su Pedro, CINHAL, Medline, Cochrane controlled Trials database	Livello di evidenza: I revisioni sistem. II RCT grado di raccomand: raccomandate consigliate sono quelli per i quali vi è evidenza di livello I o II per il loro effetto raccomandate in alcune circostanze non raccomandate sono quelle per i quali vi è evidenza di livello I o II per il loro effetto potenzialmente nocivo
3) Australia, 2003 Evidence Based Management of Acute Musculoskeletal Pain National Health and Medical Research Council	Multidisciplinare: Osteopathic, Rheumatology, Physiotherapy, Chiropractic, GP, Epidemiology, consumer representative (n = 9)	Revisione sistematica letteratura tramite databases: PubMed CINAHL, EMBASE, Cochrane Library	Il sistema di gradazione utilizzato è quello elaborato dal NHMRC (National Health and Medical Research Council)

4)USA E CANADA, 2001 Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain Philadelphia Panel (Canada and the United States of America)	Multidisciplinare : physiotherapy, rheumatology, orthopaedic surgeon, physiatrist, internist, neurologist, family practice, researchers	Revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili effettuata tramite i databases : MEDLINE, EMBASE, CINAHL, and the Cochrane Controlled Trials, Pedro	Livello di evidenza I evidenze da RCT II evidenze da trials clinici controllati forza raccomandaz: A benefici clinicamente import. da 1 o + RCTs B CT no randomiz. C confronto con controllo o no evidenze in CT
5)Canada 2007 the Clinic on Low-back pain in Interdisciplinary Practice (CLIP) low-back pain Guidelines Michel Rossignol, Stéphane Poitras, Clermont Dionne	Multidisciplinare : professionisti di primary health care	Revisione estensiva della letteratura su migliori evidenze disponibili e combinando la valutazione delle conoscenze sulla gestione del LBP con l'esperienza dei partecipanti	Livello di evidenze: Le raccomandazioni sono fatte in base a quattro livelli di evidenza scientifica, sulla base della qualità degli studi a sostegno strong risultati coerenti in diversi studi di alta qualità Moderate risultati coerenti negli studi di minore qualità, in particolare con un numero limitato di soggetti Poor risultati di un solo studio o risultati inconsistenti in diversi studi Lack of evidence studi senza gruppo di confronto, su

			considerazioni teoriche o sul consenso degli esperti
6) Canada, 2009 Low Back Pain ²⁵ Toward Optimized Practice	Multidisciplinare: specialist physicians, family physicians, physical therapists, occupational therapists, pharmacists, RN, psychologists, health care manager, knowledge transfer specialist, researchers (n = 19)	Revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili effettuata tramite i databases : PubMed, AMA Clinical Practice Guidelines, CMA Infobase, National Guideline Clearinghouse, Google ecc..	Categorizzazione raccomandazioni : Do, Do Not Do, Do Not Know (elaborate dal Guideline Development Group) Evidenze: non c'è un livello di evidenze, ma viene specificata la fonte (SR, RCT, NRT non randomized trial, G guideline da 1 a 7 a seconda del Paese che l'ha sviluppata, EO opinione di esperti)
7) USA, 2003 aggiorn. 2010 Acute low back pain: guidelines for clinical care University of Michigan Health System	Multidisciplinare : Physical Medicine & Rehabilitation, Family Medicine, Orthopedic Surgery, Physical Medicine & Rehabilitation, Medical Education, Neurosurgery, General Internal Medicine, Obstetrics and Gynecology	Revisione delle migliori evidenze disponibili effettuata tramite i databases : Medline , National Guideline Clearinghouse, Cochrane Database	Livello di evidenza per raccomandazioni più importanti : A =randomized controlled trials; B =controlled trials, no randomization; C =observational trials; D =opinion of expert panel

8) USA, 2007 Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. American College of Physicians	L'American College of Physicians (ACP) e l'American Pain Society (APS) ha riunito un gruppo multidisciplinare di esperti (n = 7)	Revisione sistematica della letteratura corrente tramite databases elettronici: MEDLINE Cochrane Database, Cochrane Central Register and EMBASE	Classificazione sviluppata da GRADE work group Livelli di evidenze : high , moderate, low, insufficient forza raccomandaz.: strong, weak	10)USA, 2010 Adult low back pain: fourteenth edition Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	Multidisciplinare : Sports Medicine, Family Health Services Minnesota, Chiropractic Medicine, Family Medicine, Neurology, Occupational Medicine, Orthopedic Surgery, Physical Medicine and Rehabilitation, Physical Therapy, Radiology, Sports Medicine, Facilitators	Revisione sistematica della letteratura corrente tramite databases elettronici e siti web: Center for the Advancement of Health, Mayo, Medline, NIAMS, Park Nicolet, Spine-health, Spine universe, WebMD.	In base alla classe di report dei Individual research reports vengono assegnate : A RCTs, B Cohort-study C Non-randomized trial with concurrent or historical controls, Case-control study , Study of sensitivity and specificity of a diagnostic test Population-based descriptive study D Cross-sectional study, Case series, Case report M Meta-analysis, Sytematic review, Decision analysis, Cost-effectiveness analysis R Consensus statement, Consensus report, Narrative review X Medical opinion
9) USA , 2008 aggiornata 2010 Management of acute low back pain. ²² Michigan Quality Improvement Consortium Esclusa non ci sono dettagli sul tipo di revisione	Multidisciplinare: Physician representatives from participating Michigan Quality Improvement Consortium health plans, Michigan State Medical Society, Michigan Osteopathic Association, Michigan Association of Health Plans, Michigan Department of Community Health and Michigan Peer Review Organization	Revisione della letteratura corrente tramite databases elettronici	Livello evidenze: A. RCT B. CT, no R C. studi osservazion. D. opinione esperti Forza raccomand.: livello di evidenza previsto per raccomand. più significative "Maior recommendations"				

11) FRANCIA, 2000 Diagnosis, management and follow-up of patients with chronic low back pain ²³ Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES) Esclusa non ci sono dettagli sul tipo di revisione	Multidisciplinary: Rheumatologist (2), Physiotherapist, Psychiatrist, Neuroradiologist, GP (4), Radiologist, Occupational Medicine Specialist, Orthopaedic surgeon, Specialist in Physical Medicine and Rehabilitation (n=13)	Revisione della letteratura nessun ulteriore dettaglio fornito	Grading evidence: A livello elevato evidenze dato da RCT alta potenza, loro metanalisi, correttezza studi condotti B intermedio livello di evidenze dato da RCT bassa potenza, CT no randomizzati, C studi caso controllo, serie casi Raccomandazioni: -raccomandato -non raccomandato -può essere prescritto ma..
12)FRANCIA, 2000 Diagnosis and management of acute low back pain (< 3 months) with or without sciatica, ²⁴ Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES) Esclusa non ci sono dettagli sul tipo di revisione	Multidisciplinary; Rheumatologist (2), Physiotherapist, Psychiatrist, Neuro radiologist, GP(2), Radiologist, Occupational Medicine Specialist, Orthopaedic surgeon, Specialist in Physical, Medicine and Rehabilitation (n= 11).		
13)NORVEGIA, 2002 The Norwegian back pain network -- the communication unit. Acute low back pain: interdisciplinary clinical guidelines The Norwegian Back Pain Network	The Norwegian Back Pain Network e interdisciplinary working group: occupational therapist, physiotherapists, 2 chiropractor, Industrial medical officer/ advise, medical doctor, researchers, orthopaedics, neurology.	Revisione sistematica tramite banche dati : Medline ed Embase Cochrane Library,	Grado di raccomandazione: *** strong ,basata su documentazione molto buona accordo nel gruppo di lavoro ** moderate, basata su almeno 1 studio e accordo del gruppo * weak, mancanza documentazione e

			accordo del gruppo Per livello di documentazione si intende il grado di certezza che l'effetto indicato sia corretto ### Very good, 1 overview di alta qualità sistematica con almeno uno studio di alta qualità ## Good almeno uno studio di alta qualità # Lacking, No studio di alta qualità
14) OLANDA , 2003 National practice guidelines for physical therapy in patients with low back pain Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) Royal Dutch Society for Physiotherapy (Bekkering GE)	Gruppo di lavoro multiprofessionale: nella formazione del gruppo di lavoro uno si è tentato di raggiungere un equilibrio tra professionisti con esperienza nel settore di interesse o con una formazione accademica.	Revisione basata sulle evidenze: MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, banche dati Dutch Institute of Allied Health professions, ulteriore documentazione fornita dai membri del gruppo di lavoro.	Livello di evidenze strong RCTs alta qualità moderate 1 RCT alta qualità e 1 o +RCT bassa qualità limited or contradictory 1 RCT (alta o bassa qualità) o risultati incoerenti in diversi RCT none no RCT
15) EUROPA, 2004 European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain European Commission, Research Directorate-General, Department of Policy, Co-	Multidisciplinare: esperti nel campo della ricerca in rappresentanza di una gamma di professioni pertinenti e di nove Paesi europei diversi(n = 11) .	Ricerca della letteratura nei Databases : Cochrane, Medline, Health Star, Embase, Pascal, Psychoinfo, Biosis, Lilacs, IME (Índice Médico Español)	Il grading delle prove si basa sullo schema AHCPR e livelli di evidenza utilizzati nelle revisioni sistematiche sul LBP forza raccomandaz.: A. +RCT alta

ordination and Strategy (Hildebrandt J)			qualità o SR B. +RCT bassa qualità o CCTs o SR C. 1 RCT o incoerenti risultati di (SR di)RCTs o CCTs D. no RCTs o CCTs
16) EUROPA, 2004 European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care European Commission, Research Directorate-General, Department of Policy, Co-ordination and Strategy (van Tulder MW)	Multidisciplinare: esperti nel campo della ricerca in rappresentanza di una gamma di professioni pertinenti (n = 14)	Ricerca della letteratura nei Databases : Medline, Embase per revisioni Cochrane e linee guida nazionali.	
17) ITALIA, 2006 Diagnostic therapeutic flowcharts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines Health Ministry, Care and Research Institute (IRCCS) Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS (Negrini)	Multidisciplinare : I membri del gruppo multidisciplinare sono stati scelti dalle singole società scientifiche. general medicine, neurology, neurosurgery, orthopaedics, rheumatology, physical medicine and rehabilitation, occupational medicine, physiotherapy, epidemiology (n = 14)	Sono state utilizzate le Linee Guida internazionali di migliore qualità metodologica dalla banca dati di Linee Guida del Programma Nazionale Linee Guida :Medline, Cochrane Library	prove di efficacia: I. + RCT o SR di RCT II. 1 RCT III. studi coorte o loro SR IV. Studi retrospet. o loro SR V. studi di casistica Forza raccomand.: A fortem. raccomand. B attentam.consider. C sostanz. Incertez.

18) UK, 2009 Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain National Institute for Health and Clinical Excellence - Clinical Guidelines	Multidisciplinare: specialist physicians, family physicians, physical therapists, patient representative, chiropractic, psychologists, health care manager, knowledge transfer specialist, researchers (n = 22)	Revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili: National Library for Health (NLH) Guidelines Finder, National Guidelines Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN),ecc..	Livelli di evidenze e raccomandazioni: elaborate da National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE ha scelto di indicare la forza della raccomandazione nel testo della stessa senza simboli o etichette Livello di evidenze: 1++ metanal. alta qualità, RS di RCTs o RCTs con molto basso rischio di bias 1+ metanalisi ben condotte, RS di RCTs o RCTs con basso rischio di bias 1- metanalisi, RS di RCTs con alto rischio di bias 2++ RS alta qualità di caso-controllo o studio coorte Studi di alta qualità caso-controllo o di coorte con un rischio molto basso di confondimento, bias o l'elevata probabilità che la relazione sia causale 2+ studi caso-
--	--	---	--

			controllo Ben condotti o di coorte con un basso rischio di confondimento, bias o una moderata probabilità che la relazione sia causale 2- Studi caso- controllo o di coorte con un rischio elevato di confondimento, bias, o un rischio significativo che la relazione non sia causale 3 Studi non analitici 4 L'opinione dell'esperto, consenso formale
--	--	--	---

Escluse 4 Linee Guida perché non rispondenti ai criteri di valutazione metodologica secondo Grilli.

Quindi le linee guida selezionate sono 14.

È stata realizzata, poi, la tabella n. 7 in cui è stato inserito il contenuto delle raccomandazioni delle 14 Linee Guida selezionate secondo i parametri riguardanti la diagnosi ed il trattamento del LBP aspecifico:

- popolazione dei pazienti,
- classificazione diagnostica,
- esame fisico,
- imaging,
- fattori psicosociali,
- educazione,
- medicazione,
- esercizi,
- manipolazione,
- riposo a letto,
- invio allo specialista.

Tabella n. 7

Paese, pubblicazione, Linea Guida		1) New Zealand, 2003 New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain ¹	2) Australia, 2003 Evidence Based Management of Acute Musculoskeletal Pain ²	3) Usa e Canada, 2001 Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain ³
diagnosi	Popolazione pazienti	In acuto (< 3 mesi) o con episodi ricorrenti	In acuto (<3 mesi)	In acuto (<4 settimane) In subacuto (4-12 settimane) Nel cronico (>12 settimane) In postchirurgico
	Classificazione diagnostica	LBP specifico LBP non specifico 1. Acuto (<3mesi) 2. Cronico(>3mesi)	LBP non specifico (diviso in acuto, subacuto e cronico) LBP specifico	LBP non specifico (acuto , subacuto, cronico , incluso LBP postchirurgico)
	Esame fisico	Esame fisico condotto per escludere Red Flags, ma non è specificato come.	Per valutare la presenza di condizioni serie. Esame neurologico nel caso di sospetto(esame fisico , come ispezione, ROM, postura, può avere bassa affidabilità e validità e deve essere usato con cautela.)	non presente
	imaging	RX e TC dovrebbero essere evitate se non necessarie per la diagnosi o la gestione. RM non indicata per LBP acuto non specifico	Non raccomandate a meno che ci siano elementi allertanti di condizioni serie	Non presente
	Fattori psicosociali	Individuare ed affrontare yellow flags, ostacoli al recupero che possono prolungare dolore e disabilità	Yellow flags associate con la progressione da acuto a cronico devono essere valutate subito per facilitare un intervento	Non presenti
trattamento	Educazione	Consigliare ai pazienti di rimanere attivi e continuare le usuali attività ed il lavoro se possibile e fornire loro una spiegazione e rassicurazione	Prevede informazione, rassicurazione e consiglia di riprendere le normali attività	<u>LBP non specifico Acuto</u> continuare normali attività
	medicazione	Per controllare i sintomi nel breve termine paracetamolo e antinfiammatori non steroidei.	1° scelta paracetamolo 2° NSAIDs, 3° oppioidi orali. Non raccomandati. Anticonvulsivi, antidrepressivi, miorilassanti	Non presente
	esercizi	Raccomandato approccio multidisciplinare ma No miglioramenti con esercizi specifici per la schiena (A)	conflitto di evidenze dell'effetto di esercizi, ma evidenza mostra che non sono migliori di usual care	Raccomandati esercizi terapeutici per LBP cronico , subacuto e postchirurgico. In acuto gli esercizi terapeutici non sono migliori di terapie di controllo nel ridurre il dolore e sulla capacità lavorativa.
	manipolazione	Solo nelle prime 4-6 settimane (A) per controllare sintomi nel breve termine	Evidenze conflittuali di manipolazione spinale verso placebo nelle prime 2-4 settimane	Non presente
	Riposo a letto	Da evitare	Non consigliabile	In acuto se si evita si hanno meno giorni malattia
	Invio allo specialista	Se red flags e/o tests anormali e a 4-8 settimane dall'inizio della lombalgia acuta	Quando sono presenti elementi allertanti (red flags) o condizioni serie	Non presente

Paese, pubblicazione, Linea Guida		4) Canada, 2007 the Clinic on Low-back pain in Interdisciplinary Practice (CLIP) low-back pain Guidelines⁴	5) Canada, 2009 Low Back Pain⁵	6) USA, 2003 aggiorn. 2010 Acute low back pain: guidelines for clinical care⁶
diagnosi	Popolazione pazienti	In acuto < 4 settimane In subacuto 4-12 settimane Persistente > 12 settimane	In acuto e subacuto Nel cronico (>12 settimane) e nel LBP ricorrente (prevenzione)	Adulti (>18aa) con dolore <6 settimane (acuto)
	Classificazione diagnostica	Semplice LBP, LBP con coinvolgimento neurologico, LBP con sospetto di patologie serie. Tutti suddivisi in acuto, subacuto e persistente	LBP non specifico (Acuto , subacuto e cronico)	Acuto LBP < 6 settimane Subacuto >6 sett ma <3 mesi Cronico >mesi Ricorrente LBP in paziente con precedenti episodi con intervalli asintomatici
	Esame fisico	Esame fisico in pazienti con LBP e coinvolgimento neurologico include SLR, segni motori, sensitivi, riflessi.	Valutazione del paziente (anamnesi, esame fisico , neurologico, psicologico e individuazione dei fattori di rischio)	Storia del dolore, area dolorabilità, rom, test forza muscolari, riflessi, SLR, PKB, 5 segni di dolore non-organico di Waddel
	imaging	Non raccomandate per semplice LBP ma per dolore con coinvolgimento neurologico e sospetto di patologie serie. RM e TC solo se per chirurgia	Per LBP acuto (no red flags) non raccomandate RX, RM e TC Nel cronico, sono bassi indicatori di patologie gravi.	Non sono di solito d'aiuto durante le prime 3-4 settimane di sintomi alla schiena. RX no prima di 4-6 settimane (se no red flags)
	Fattori psicosociali	Valutare la disabilità dei pazienti e la probabilità di tornare alle normali attività dopo 4 settim. o alla 1° se LBP lunga durata	Individuare, agire sui yellow flags per evitare rischio di disabilità a lungo termine e perdita di giorni di lavoro.	La storia deve anche valutare il rischio di disabilità cronica, individuare fattori sociali come il lavoro o hobby, che possono richiedere modifiche
trattamento	Educazione	Rassicurare e consigliare il ritorno al lavoro e alle normali attività	Informare per la prevenire e curare LBP. Rimanere attivi incluso il lavoro	Rassicurare paziente che non ci sono prove di danni ai nervi o altre malattie pericolose, prognosi favorevole, le ricadute quasi sempre si risolvono, rimanere attivi, evitare giorni assenza dal lavoro.
	medicazione	FANS, miorilassanti e analgesici per acuto. Bassa evidenza per FANS e analgesici per subacuto	1° scelta paracetam 2° FANS. Nel cronico come 3° scelta oppioidi	In base alla severità del dolore 1°paracetamolo, 2° FANS, 3° miorilassanti.
	esercizi	Esercizi rafforzamento, allungamento e specifici non raccomandati per acuto ma raccomandati per subacuto e cronico	In acuto e subacuto prove insufficienti per raccomandare un tipo di esercizio. Nel cronico, incoraggiare a aumentare il livello di esercizio gradualmente	Prove insufficienti su un tipo di esercizio, programmi di esercizio aerobico che impegnano poco la schiena possono essere avviati le prime 2 settimane . Raccomandare obiettivi progressivi in base ai migliori risultati.
	manipolazione	Raccomandata in acuto per ridurre dolore nel breve termine. Bassa evidenza per subacuto e cronico	Nel cronico prove insufficienti per consigliarla o no. In acuto raccomandata quando i pazienti non migliorano	Dimostrato in RCTs che forniscono sollievo dei sintomi e non miglioramenti sulle funzioni.
	Riposo a letto	Non raccomandato	Non prescriverlo come trattamento	Da evitare
	Invio allo specialista	Se deficits funzionali in pazienti con segni o sintomi neurologici persistono o peggiorano dopo 4 settimane	In acuto e subacuto se deficit neuromotori che persistono dopo 4-6 settimane di trattamento conservativo o sciatica >6 settimane con SLR +. Nel cronico, i pazienti con grave disabilità persistente	Consultare immediatamente un medico nel caso di debolezza, perdita sensoriale, incontinenza intestinale o di vescica.

Paese, pubblicazione, Linea Guida		7) USA, 2007 Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. ⁷	8) Usa, 2010 Adult low back pain: fourteenth edition ⁸
diagnosi	Popolazione pazienti	In acuto < 4 settimane In subacuto o cronico > 4 settimane	Pazienti con età > o = a 18 che hanno sintomi di LBP acuto e cronico o di radicolopatia
	Classificazione diagnostica	LBP non specifico LBP associato a radicolopatia o stenosi spinale o ad altra causa specifica spinale	LBP acuto < o =6 settimane LBP cronico > 6 settimane Radicolopatia acuta < o = 6 settimane (con irradiazione al di sotto del ginocchio)
	Esame fisico	Screening neurologico (incluso SLR, forza , riflessi, sintomi sensitivi)	Palpazione, postura (ROM e cammino), test neuromuscolari (test di forza, riflessi, test sensoriali), test di neurotensione (SLR, PKB, SLUMP, femoral stretch)
	imaging	I medici non devono ottenere imaging o altri test diagnostici in pazienti con ALBP.	RX indicati se c'è il sospetto di red flags
	Fattori psicosociali	Valutazione dei fattori psicosociali (depressione, strategie di coping passive, insoddisfazione professionale, livelli di invalidità > alla realtà).	Valutare la presenza di fattori psicosociali (credenza che dolore e attività siano dannosi, comportamento da malattia, depressione o stati d'animo negativi, storia di mal di schiena , ecc...)
trattamento	Educazione	I clinici dovrebbero fornire ai pazienti informazioni basate sulla prognosi, sulla effettiva possibilità di self-care , consigliare ai pazienti di rimanere attivi.	Sottolineare l'educazione del paziente e home self care, cioè deambulazione precoce, consigli posturali, ripresa delle attività e ritorno al lavoro
	medicazione	1° linea paracetamolo 2° linea FANS 3° analgesici oppiacei	LBP acuto : farmaci antinfiammatori, analgesici a breve termine per il controllo dei sintomi, raramente indicati oppiacei, miorilassanti a volte utili per un paio di giorni
	esercizi	Per pazienti che non migliorano con self-care : - no esercizi LBP acuto - per cronico riabilitazione interdisciplinare, esercizio terapeutico, esercizi di rilassamento progressivo.	In acuto, programma di esercizi intensivo. Per il cronico, ci sono prove di efficacia degli esercizi, ma prove inconcludenti a favore di un esercizio rispetto ad un altro.
	manipolazione	Indicata in acuto se non ci sono miglioramenti e cronico	Nel cronico, manipolazione ha dimostrato essere efficace nel trattamento precoce quando seguito da appropriata riabilitazione attiva. In acuto può anche essere inclusa nel trattamento.
	Riposo a letto	Nessun beneficio	Non è raccomandato
	Invio allo specialista	Per intervento interdisciplinare e per sospetto di impingement della radice nervosa o stenosi spinale	Se presenti red flags , se il trattamento conservativo fallisce, se ci sono gravi disabilità alla schiena o dolore alle gambe o si ha una significativa limitazione delle attività funzionali o di lavoro

Paese, pubblicazione, Linea Guida		9) NORVEGIA, 2002 The Norwegian back pain network -- the communication unit. Acute low back pain: interdisciplinary clinical guidelines⁹	10) OLANDA , 2003 National practice guidelines for physical therapy in patients with low back pain¹⁰	11) EUROPA, 2004 European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain¹¹
diagnosi	Popolazione pazienti	In acuto (<3 mesi) con o senza affezione della radice nervosa	LBP non specifico	LBP cronico (>12 settimane)
	Classificazione diagnostica	-LBP non specifico -Afezione della radice nervosa -Patologie serie(red flags)	-LBP non specifico (acuto 6 settimane, subacuto 7-12 settimane, cronico > 12 settimane, ricorrente) -LBP specifico	-Patologie spinali serie -Dolore radice del nervo/dolore radicolare -LBP non specifico
	Esame fisico	Ispezione, Lasègues test e femoralis stretch test, esame neurologico	Esame neurologico (Lasègues test , valutazione della forza muscolare, sensibilità, e i riflessi tendinei)	L'uso di triage diagnostico, neuroscreening. No palpazione, test del ROM nella diagnosi di CLBP
	imaging	Imaging con RM o TC, in caso di dolore continuo e forte per più di 4-6 settimane, TC o raggi X in caso di "bandiere rosse"	Non considerate in questa GL	No radiografie, RM in caso di red flags, RX in caso di deformità strutturali
	Fattori psicosociali	In assenza di miglioramenti, i fattori psico-sociali possono essere considerati, in particolare le preoccupazioni psicologiche, carichi sociali, problemi di lavoro e la scarsa fiducia nel buon esito del LBP.	Valutazione dei fattori psicosociali	Valutazione dei fattori correlati al lavoro, disagio psico-sociale, umore depresso, la severità del dolore e l'impatto funzionale, precedenti episodi di lombalgia
trattamento	Educazione	è importante assicurare il paziente e raccontare la buona prognosi, consigliare di continuare / riprendere il lavoro e le normali attività il più velocemente possibile	Consigliare al paziente di rimanere attivi è utile, assicurare sulla prognosi favorevole	fornire messaggi di rassicurazione per favorire il ritorno alle normali attività.
	medicazione	Inizia con paracetamolo, 2° scelta FANS, 3°paracetamolo e oppiacei. Considerare l'eventuale miorilassante, solo per un breve periodo per il pericolo di dipendenza	Non considerata in questa GL	Raccomandare l'uso di FANS per il sollievo dal dolore a breve termine e oppioidi nel caso non risponde ad altri trattamenti. Si considerino gli antidepressivi se necessario
	esercizi	L' attività fisica dovrebbe essere valutato se il paziente non ha ripreso la normale attività o il lavoro nel giro di 4-6 settimane	Nel cronico, l' esercizio è efficace, non è chiaro che tipo di esercizio sia migliore. Nell'acuto, vi è una forte evidenza che l'esercizio è ugualmente efficace come placebo	La terapia con esercizio supervisionato. approccio cognitivo-comportamentale che comprende attività graduali e terapia di gruppo
	manipolazione	Ai pazienti che necessitano di maggior sollievo dal dolore o che non sono tornati in tempi relativamente brevi (1-2 settimane) alle normali attività	Non considerata in questa GL	Si consideri un breve ciclo di manipolazione spinale / mobilitazione come opzione di trattamento per CLBP
	Riposo a letto	Non è raccomandato come terapia, ma in alcune situazioni può essere necessario per i primi 2-3 giorni, al fine di ridurre il dolore	Consigliare il riposo a letto non è utile, se è inevitabile, dovrebbe essere per un breve periodo - per un massimo di due giorni.	Scoraggiarlo
	Invio allo specialista	Presenza di red flags, in caso di sindrome cauda equina, paresi progressiva, paralisi, se fallimento del programma riabilitativo dopo 8-12 settimane.	Sospetto di causa specifica per evoluzione anormale, se test neurologici positivi.	Non sono raccomandati i trattamenti invasivi, la chirurgia a meno che non si abbia avuto il fallimento del trattamento conservativo

Paese, pubblicazione, Linea Guida		12) EUROPA, 2004 European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care ¹²	13) ITALIA, 2006 Diagnostic therapeutic flowcharts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines ¹³	14) UK, 2009 Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain ¹⁴
diagnosi	Popolazione pazienti	In acuto (< 6 settimane) e subacuto (6-12 settimane)	In acuto < 4 settimane Subacuto > 4 settimane < 3 mesi Cronico > 3 mesi	Con dolore lombare non specifico persistente o ricorrente che dura da più di 6 settimane, ma meno di 12 mesi
	Classificazione diagnostica	-Patologie spinali serie -Dolore radice del nervo/dolore radicolare -LBP non specifico	-LBP non specifico -LBP specifico -Lombosciatalgia	-LBP non specifico (acuto<6 settimane, sub-acuto 6 – 12 settimane, cronico >12 settimane) -LBP specifico
	Esame fisico	Nell'esame fisico è incluso lo screening neurologico, se appropriato	dolore e/o limitazione funzionale alla flessione-estensione del tronco palpazione, valutazione postura, esame neurologico se raccomandato	Non menzionato
	imaging	Test di diagnostica per immagini (compresi i raggi X, TAC e RMN) non vengono abitualmente indicati per lombalgia non specifica	Inutile per LBP acuto non specifico. Dopo 4-6 settimane se la chirurgia è indicata. esami strumentali devono essere correlati al dato clinico.	No RX per la gestione del LBP non specifico. Considerare la RM per sospetto di red flags.
	Fattori psicosociali	Valutare i fattori psicosociali e revisionarli in dettaglio, se non vi è alcun miglioramento.	Screening dopo 2 settimane: bandiere gialle, Waddell test	Possono prolungare i tempi di recupero
trattamento	Educazione	Fornire informazioni adeguate e rassicurare il paziente. Occorre informare i pazienti a rimanere attivi e continuare le normali attività quotidiane, incluso il lavoro, se possibile,	fornire al paziente informazioni e rassicurazioni, comunicare l'alta probabilità di prognosi favorevole, raccomandare di rimanere attivi e, se possibile, non lasciare il lavoro	Fornire consigli e informazioni sulla natura del disturbo, promuovere l'auto-gestione del dolore lombare e la prosecuzione delle normali attività
	medicazione	-paracetamolo prima scelta, seconda scelta i FANS -miorilassanti da solo o aggiunto ai FANS, se paracetamolo o FANS non sono riusciti a ridurre il dolore	il paracetamolo è da considerare farmaco di 1a scelta, poi i FANS i miorilassanti non apportano effetto addizionale rispetto ai FANS, la terapia steroidea non è consigliata	Paracetamolo come 1° scelta, come 2° FANS e / o oppioidi deboli, Si considerino gli antidepressivi triciclici, se altri farmaci non forniscono sollievo al dolore
	esercizi	Non consigliamo esercizi specifici (per esempio il rafforzamento, stretching, flessioni ed esercizi di estensione) per lombalgia acuta	Non ci sono esercizi specifici per la lombalgia acuta. Nel cronico, esercizi specifici individuali	un programma strutturato di esercizi personalizzati, programma supervisionato in gruppo. Può comprendere: attività aerobica, rinforzo muscolare, stretching
	manipolazione	Si consideri per i pazienti che non riescono a tornare alle normali attività	manipolazioni dopo 2-3 sett. e prima di 6 dall'esordio consigliate nei pazienti che non migliorano;	terapia manuale tra cui la manipolazione spinale per massimo 9 sessioni per un massimo di 12 settimane
	Riposo a letto	Non prescrivere il riposo a letto come trattamento	sconsigliare il riposo a letto	Evitare il riposo a letto
	Invio allo specialista	Pazienti con sintomi neurologici come sindrome della cauda equina	pazienti con LBP non specifico, senza segni di radicolopatia né di cause gravi, non hanno bisogno di consulenza chirurgica	Per parere su intervento per fallimento trattamento conservativo,

Articoli selezionati relativi alla quantificazione dell'impatto delle raccomandazioni delle LG EB nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di LBP.

Tabella n.8

Pubblicazione, Titolo, Autore, Tipo di studio	Obiettivo	Materiali e metodi	Risultati
1. Physical Therapy 2010 Aug;90(8):1111-22. Epub 2010 May 20 Adherence to clinical practice guidelines for low back pain in physical therapy: do patients benefit?¹⁹ Rutten GM, Degen S, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J, Oostendorp RA. studio osservazionale prospettico di coorte (2005-2006)	L'obiettivo principale di questo studio era di valutare se una maggiore percentuale di aderenza alla linea guida olandese di terapia fisica e manuale per LBP è legata al miglioramento dei risultati. Lo studio esplora ulteriormente se questo rapporto è diverso per le singole fasi del processo di cura e di distinti sottogruppi di pazienti.	<u>POPOLAZIONE:</u> campione di 61 terapisti di uno studio privato e 145 pazienti <u>METODI:</u> I terapisti registravano il processo di cura e il numero di sessioni di trattamento in cartella clinica web-based. L'adesione alle GL è stata valutata utilizzando indicatori di qualità. <u>OUTCOMES :</u> La funzionalità fisica è stata misurata con la versione olandese del Quebec Back Pain and Disability Scale e la media del dolore è stata misurata con una scala analogico visiva. I rapporti tra la percentuale di aderenza alla linea guida ed i risultati di cura sono stati valutati con l'analisi di regressione.	Percentuali più elevate di aderenza sono stati associati con minori limitazioni della funzione fisica e minori sedute di trattamento <u>LIMITAZIONI</u> Il campione relativamente piccolo auto-selezionato potrebbe limitare la validità esterna, ma non si prevede che il piccolo campione influenzi fortemente la validità interna di lo studio.
2. Med Care 2007;45: 973–980 Does Adherence to the Guideline Recommendation for Active Treatments Improve the Quality of Care for Patients With Acute Low Back Pain Delivered by Physical Therapists?²⁰ Julie M. Fritz, PhD, PT, ATC,*† Joshua A. Cleland, PhD, DPT, FAAOMPT,‡ and Gerard P. Brennan, PhD, PT* . Revisione retrospettiva nel periodo 2004-2005.	Per i pazienti con LBP acuto che ricevono terapia fisica, viene esaminata l'associazione tra l'adesione alle raccomandazioni delle linee guida utilizzando trattamenti attivi rispetto al passivo e valutando i risultati clinici e i costi	<u>POPOLAZIONE:</u> Un totale di 1190 pazienti di età 18-60 anni con LBP di durata inferiore a 90 giorni in 10 cliniche e in 1 regione geografica <u>METODI:</u> L'adesione alla raccomandazione per il trattamento attivo è stato determinato da registrazioni. Outcomes Clinici e finanziari sono stati confrontati tra i pazienti che ricevono cure aderenti o non aderenti alle linee guida. <u>OUTCOMES :</u> Outcomes clinici hanno incluso la valutazione numerica del dolore e il Questionario di disabilità Oswestry utilizzati inizialmente e alla fine del trattamento. Outcomes finanziari includevano il numero di sessioni e le spese per le cure di fisioterapia.	Il Tasso di Aderenza è stata del 40,4%. Aderenza è stata maggiore per i pazienti che hanno ricevuto un risarcimento di lavoratori. I pazienti che ricevono cure aderenti hanno avuto meno visite, minori oneri e miglioramento della disabilità e del dolore. I pazienti che hanno ricevuto cure aderenti avevano una maggiore probabilità di avere un esito positivo dalla terapia fisica.

DISCUSSIONE

Una volta che sono state individuate le migliori LG EB sul LBP negli ultimi 10 anni, altri obiettivi della revisione bibliografica della letteratura relativa a questa tesi sono :

- identificare le principali raccomandazioni relative alla valutazione ed al trattamento riabilitativo del LBP
- valutare l'evoluzione quantitativa e qualitativa delle raccomandazioni nel corso degli anni
- valutare la coerenza delle raccomandazioni tra le diverse LG EB nazionali ed internazionali che si occupano del trattamento del LBP specifico
- quantificare l'impatto delle raccomandazioni delle LG EB nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di LBP.

Per **identificare le principali raccomandazioni relative alla valutazione ed al trattamento riabilitativo del LBP** è stata realizzata la tabella n. 9 in cui sono state inserite le raccomandazioni in cui vi è coerenza tra le varie Linee Guida.

Tabella n. 9

Sintesi delle principali raccomandazioni
■ triage Diagnostico (LBP non specifico, radicolare sindrome, patologie gravi).
■ Esame fisico : individuazione di bandiere rosse ed esclusione di malattie specifiche (A volte anche la sindrome radicolare).
■ Non raccomandato l'uso di imaging di routine, tranne per i casi di sospetta patologia grave
■ Considerare i fattori psicosociali (bandiere gialle) possibile ostacolo al recupero.
■ I pazienti dovrebbero essere rassicurati sulla prognosi favorevole, sul fatto che essi non hanno un grave malattia, che devono rimanere il più attivi possibile e progressivamente aumentare il loro livello di attività
■ Se necessario farmaci : prima linea è il paracetamolo; seconda linea FANS
■ Nel LBP acuto e subacuto, non è raccomandato l' esercizio terapeutico ;
■ nel LBP cronico, l'esercizio è efficace, ma non c'è prova che un esercizio sia superiore ad un altro. ■ nel LBP cronico , trattamento multidisciplinare
■ La manipolazione è consigliata in acuto per controllare i sintomi nel breve termine
■ Scoraggiare il riposo a letto
■ l'invio allo specialista quando i pazienti presentano red flags, sintomi neurologici che persistono o peggiorano

Per quanto concerne **l'evoluzione quantitativa**, è importante sapere che la prima Linea Guida sulla lombalgia è stata pubblicata nel 1987 dalla Task Force Quebec con autori che indicavano l' assenza di evidenze di alta qualità che guidassero il processo decisionale. Erano presenti solo 108 studi clinici controllati randomizzati che valutavano i trattamenti fisioterapici per la lombalgia. Da allora c'è stata una forte crescita nel settore della ricerca, soprattutto negli ultimi dieci anni, la Medicina basata sull'evidenza ha acquisito maggiore importanza. La disponibilità di un numero più elevato di studi clinici di qualità e l' utilizzo di tecniche per valutare e applicare i risultati della ricerca, hanno notevolmente migliorato le conoscenze su diagnosi e

trattamento del LBP e l'implementazione delle raccomandazioni¹⁵. Per ***l'evoluzione qualitativa***, Bouwmeester et al.¹⁶ hanno concluso recentemente che la qualità delle linee guida cliniche mono e multidisciplinari per la gestione del dolore lombare, misurata con il strumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation in Europe) è migliorata nel tempo. AGREE è uno strumento finalizzato a consentire la valutazione critica di una linea guida.

Facendo riferimento alle Linee Guida selezionate in questa revisione, è possibile osservare in tabella n. 7 che nel complesso le raccomandazioni non sono cambiate sostanzialmente dal punto di vista quali-quantitativo rispetto alle linee guida emanate circa un decennio fa. Questo può anche illustrare la mancanza di nuove evidenze che dimostrino l'inefficacia e / o risultati migliori di nuovi approcci diagnostici e terapeutici. Ora, rispetto al passato, si pone maggiore enfasi in merito alla valutazione dei fattori di rischio psico-sociale per la cronicità e agli interventi terapeutici che includono il consiglio di rimanere attivi e tornare al lavoro il più presto possibile.

Invece, per valutare ***la coerenza delle raccomandazioni tra le diverse LG EB nazionali ed internazionali*** che si occupano del trattamento del LBP aspecifico è necessario osservare e confrontare il contenuto delle raccomandazioni presenti in tabella n.7.

- **Popolazione pazienti** : ogni linea guida ha esaminato la durata dei sintomi. Per esempio, le linee guida dell'Australia, Nuova Zelanda, Usa 2003, Norvegia si concentrano sulla lombalgia acuta, le altre GL sul LBP acuto, subacuto, cronico e ricorrente. Canada 2007 ha utilizzato la parola persistente piuttosto che cronica. Per quanto riguarda il cut-off per acuto, subacuto e cronico non è sempre specificato e si differenzia nelle varie GL : *per l'acuto è inferiore alle 4 settimane* in Usa e Canada 2001, Canada 2007, Usa 2007, Italia 2006; *inferiore alle 6 settimane* in Usa 2003, Usa 2010, Olanda 2003, UK 2009, Europa 2004; *è inferiore a 3 mesi* in New Zealand, Australia, Norvegia; *per il subacuto è compreso tra 4-12 settimane* in Usa e Canada 2001, Canada 2007, Italia 2006; *tra 7-12 settimane* Olanda 2003, *tra 6-12 settimane* in Europa 2004 e UK 2009; *per il cronico > 12 settimane* in tutte le raccomandazioni tranne Usa 2007 (> 4 settimane) e Usa 2010 (> 6 settimane).
- **Classificazione diagnostica** : quasi tutte le linee guida raccomandano un *triage diagnostico* (1)LBP non-specifico, (2) grave patologia sospetta o confermata (Bandiere rosse cioè condizioni come tumore, infezione o frattura) e (3) sindrome radicolare. Alcune linee guida, ad esempio l'Australia e Nuova Zelanda, non fanno distinzioni tra lombalgia non-specifica e sindrome radicolare.
- **Esame fisico** : Tutte le linee guida sono coerenti nelle loro raccomandazioni nell'evidenziare che le procedure diagnostiche dovrebbe concentrarsi sull'individuazione di bandiere rosse e l'esclusione di malattie specifiche (A volte anche la sindrome radicolare). I tipi di esame fisico che sono raccomandati presentano qualche variazione. Alcuni, come la direttiva europea, limitano l'esame a quello neurologico mentre gli altri a favore di un più completo esame muscoloscheletrico (Comprese l'ispezione, il range di movimento / mobilità della colonna vertebrale, palpazione e limitazione funzionale) e esame neurologico. I componenti dello screening neurologico non sempre sono espliciti, ma dove sono, comprendono prova di forza, riflessi, sensibilità, SLR.
- **Imaging** : nessuna linea guida raccomanda l'uso di imaging di routine, tranne per i casi di sospetta patologia grave (ad esempio in Australia, Europa). A volte è raccomandato quando non ci sono sufficienti progressi, ma il cut-off varia da 4 a 7 settimane. Nei casi con le bandiere rosse, sono consigliati RX (Usa 2003, Usa 2010) oppure RM (Europa 2004, UK 2009) e comunque le imaging devono essere correlate al dato clinico (Italia 2006). Nel cronico, sono bassi indicatori di patologie gravi (Canada 2009).
- **Fattori psicosociali** : quasi tutte le linee guida menzionano i fattori psicosociali associati con prognosi infausta e alcuni li descrivono come bandiere gialle (yellow flags). Vi è, tuttavia, notevole differenza nella quantità di dati riportati su come valutare le bandiere gialle o la tempistica ottimale della valutazione. La GL Canadese 2007, le linee guida della Nuova Zelanda e Usa 2010 forniscono strumenti specifici per individuare le bandiere gialle e chiare raccomandazioni su come procedere quando vengono identificate.

- **Educazione** : Il messaggio comune è che i pazienti dovrebbero essere rassicurati sulla prognosi favorevole, sul fatto che essi non hanno una grave malattia, che devono rimanere il più attivi possibile e progressivamente aumentare il loro livello di attività . Le più recenti GL fanno riferimento anche sul precoce ritorno al lavoro (pur avendo basso dolore alla schiena).
- **Medicazione** : Le raccomandazioni per la prescrizione di farmaci sono generalmente coerenti: Paracetamolo è solitamente consigliato come prima scelta a causa della una minore incidenza di effetti gastrointestinali indesiderati. FANS sono la seconda scelta in casi in cui il paracetamolo non è sufficiente. Vi è una certa variazione tra le linee guida per quanto riguarda le raccomandazioni per gli oppioidi, miorilassanti, cortisonici, antidepressivi e farmaci anticonvulsivanti come co-terapia per alleviare il dolore. La modalità di consumo di analgesici è descritta nel tempo contingente, piuttosto che dolore contingente.
- **Esercizi** : Nel LBP acuto, vi è consenso che l' esercizio terapeutico non è migliore di terapie di controllo; nel LBP cronico, l'esercizio è efficace, ma non c'è prova che un esercizio sia superiore ad un altro.
- **Manipolazione** : La maggior parte delle GL (tranne Australia) la consigliano in acuto per controllare i sintomi nel breve termine (New Zealand, Canada 2007) o quando i pazienti non migliorano (Canada 2009, Usa 2007, Italia 2006) o non riescono a tornare alle normali attività (Europa 2004, Norvegia 2002). Vi è differenza nella tempistica d'esecuzione della tecnica manipolativa: Nuova Zelanda nelle prime 4-6 settimane, Norvegia nelle prime due, Italia dopo 2-3 settimane ma prima di 6 dall'esordio. Usa 2003 afferma che è dimostrato da RCTs che fornisca sollievo dei sintomi e non miglioramenti sulle funzioni. Vi è conflitto di evidenze per il LBP cronico. Infatti, Canada 2009 non ha prove sufficienti per raccomandarla o no, Usa 2007 la consiglia, Usa 2010 afferma che è dimostrato che sia efficace se seguita da appropriata riabilitazione attiva, Europa considera un breve ciclo di manipolazione/mobilizzazione come opzione al trattamento.
- **Riposo a letto** : Vi è ora un ampio consenso che il riposo a letto deve essere scoraggiato come trattamento per la lombalgia. In alcune linee guida (Norvegia 2002, Olanda 2003) è indicato il riposo a letto a causa di severità del dolore, ma non dovrebbe essere superiore ai 2 giorni.
- **Invio allo specialista** : Le raccomandazioni sono generalmente coerenti nel consigliare l'invio allo specialista quando i pazienti presentano red flags (Nuova Zelanda, Australia, Usa 2010, Norvegia, Olanda), sintomi neurologici (Europa, Usa 2003, Usa 2007) che persistono o peggiorano (Canada 2007, Canada 2009), fallimento del trattamento conservativo (UK), nel cronico pazienti con grave disabilità persistente (Canada 2009).

Tabella n. 10

Sintesi delle raccomandazioni non coerenti tra diverse Linee Guida	
■	il cut-off per acuto, subacuto e cronico non è sempre specificato e si differenzia nelle varie GL
■	farmaci considerati come terza linea : miorilassanti, oppiacei o antidepressivi e farmaci anticonvulsivanti (come co-terapia per alleviare il dolore)
■	Conflitto di evidenze per la manipolazione nel LBP cronico.

Per **quantificare l'impatto delle raccomandazioni delle LG EB nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di LBP**, sono stati selezionati due articoli . I risultati dello studio di Oostendorp¹⁹, indicano che alte percentuali di adesione alla linea guida olandese per il LBP non specifico, sono legate ad un più alto miglioramento delle funzioni fisiche e ad un più basso numero di sedute di trattamento. Sono stati analizzati : la funzionalità fisica del paziente, il livello di dolore e il numero di sessioni di trattamento per episodio di cura . Nessuna associazione è stata trovata tra la percentuale di aderenza alle linee guida e il livello di dolore. Infine, i risultati suggeriscono che la relazione tra il tasso di aderenza alle linee guida e risultati del trattamento possono essere diversi per i diversi sottogruppi di pazienti con

lombalgia acuta, subacuta e cronica. Limite dello studio è il campione relativamente piccolo auto-selezionato potrebbe limitare la validità esterna, ma non si prevede che il piccolo campione influenzi fortemente la validità interna .

L'articolo di Fritz²⁰ esamina sia il rapporto tra l'adesione alle raccomandazioni delle linee guida, che si concentrano nel trattamento su interventi attivi invece che passivi, sia i risultati clinici e oneri finanziari delle cure fornite da fisioterapisti agli individui con mal di schiena acuto. Nelle cure aderenti alle linee guida è stato riscontrato un miglioramento dei risultati clinici (cioè, una maggiore miglioramento del dolore e disabilità) e minori oneri. Le conclusioni dello studio sembrano avallare la raccomandazione guida di concentrarsi sui trattamenti attivi riducendo al minimo gli interventi passivi. E' stata osservata, inoltre, una maggiore aderenza alle raccomandazioni delle linee guida tra i pazienti trattati con workers' compensation rispetto a quelli che ricevono l'assicurazione privata e questo può riflettere una maggiore propensione per il fisioterapista di concentrarsi sulla funzione e tornare a lavorare con questi pazienti, e forse una propensione a concentrarsi sulla riduzione del dolore nei pazienti con un'assicurazione privata. Un limite di questo studio è il non aver misurato tutti quei fattori correlati al terapeuta ed al paziente e le variabili importanti che possono aiutare a spiegare la relazione tra l'aderenza e risultati comprese le variabili psicosociali note per avere importanza prognostica.

Risulta chiaro come l'adesione alle raccomandazioni delle Linee Guida internazionali sul LBP aspecifico risulti efficace nel ridurre i tempi di recupero e migliorare la disabilità dei pazienti.

Per quanto riguarda l'impatto delle raccomandazioni delle LG EB nella pratica clinica quotidiana dei fisioterapisti che si occupano di LBP, la ricerca futura necessita di studi di elevata qualità metodologica, svolti su campioni di maggiori dimensioni che valutino tutte le variabili che possono influenzare e , quindi, spiegare i risultati clinici riducendo al minimo i bias.

Per le linee guida future, sarebbe necessario rendere disponibile un sistema unificato e condiviso nell'uso e definizione dei sistemi di *grading* sia per quanto riguarda la qualità delle prove che la forza delle raccomandazioni. Questo consentirà un più semplice confronto delle raccomandazioni nelle varie GL internazionali, la cui forza potrà differire anche in merito alle caratteristiche socio-culturali tipiche di ogni nazione.

KEY POINT

- ✓ Le principali raccomandazioni circa il trattamento del LBP aspecifico sono :
 - rassicurare sulla prognosi favorevole, consigliare di aumentare gradualmente il loro livello di attività, incluso il lavoro, se possibile
 - Nel LBP acuto e subacuto, non è raccomandato l'esercizio terapeutico
 - nel LBP cronico, l'esercizio è efficace, ma non c'è prova che un esercizio sia superiore ad un altro
 - Scoraggiare il riposo a letto
 - La manipolazione è consigliata in acuto per controllare i sintomi nel breve termine
- ✓ Le raccomandazioni delle Linee Guida internazionali nel campo della lombalgia sviluppate nell'ultimo decennio non sono modificate sostanzialmente dal punto di vista qualitativo e quantitativo rispetto al passato, se non per la maggiore enfasi ai fattori psicosociali e all'educazione del paziente a rimanere attivo il più possibile.
- ✓ C'è incoerenza nelle raccomandazioni circa il cut-off dei sottogruppi del LBP aspecifico , la prescrizione dei farmaci di terza linea, la manipolazione nel trattamento del LBP aspecifico cronico.
- ✓ Risulta chiaro come l'adesione alle raccomandazioni delle Linee Guida internazionali sul LBP aspecifico risulti efficace nel ridurre i tempi di recupero e migliorare la disabilità dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. National Health Committee National Advisory Committee on Health and Disability, Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation.
New Zealand Acute Low back pain Guide.
Wellington, New Zealand. (2004)
2. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group
Evidence-based management of acute musculoskeletal pain.
Australian Academic Press, Bowen Hills. (2003).
3. Philadelphia Panel.
Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain.
Phys Ther 2001 Oct; 81(10): 1701-17.
4. Rossignol M, Arsenault B, Dionne C et al (2007)
Clinic on low back pain in interdisciplinary practice (clip) guidelines.
<http://www.santpub-mtl.qc.ca/clip>
5. Toward Optimized
Practice Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain.
Edmonton (AB). (2009 Mar).
6. University of Michigan Health System.
Acute low back pain.
Ann Arbor (MI). (2010 Jan)
7. Chou R, Qaseem A, Snow V et al Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians American College of Physicians American Pain Society Low back pain Guidelines Panel
Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society.
Ann Intern Med 147(7):478–491. (2007)
8. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
Adult low back pain fourteenth edition.

Bloomington (MN). (2010 Nov).

9. The Norwegian Back Pain Network, Communication Unit. Akutte Korsryggsmerter Tverrfaglige Kliniske Retningslinjer.

Acute Low Back Pain. Interdisciplinary Clinical Guidelines.

Oslo: The Norwegian Back Pain Network, Communication Unit; 2002

10. Bekkering GE, Hendriks HJM, Koes BW, Oostendorp RAB, Ostelo RWJG, Thomassen JMC, van Tulder MW Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

KNGF guideline: National practice guidelines for physical therapy in patients with low back pain. 2003;

(KNGF) Royal Dutch Society for Physiotherapy 2003

Web address: https://www.fysionet.nl/dossier_files/uploadFiles/EngLowBackPainGln.pdf

11. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C et al (2006)

European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain.

Eur Spine J 15(2):S192–S300

12. Van Tulder MW, Becker A, Bekkering T et al

European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care.

Eur Spine J 15(Suppl 2):S169–S191 (2006)

13. Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S et al

Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines.

Euro Medicophys 42(2):151–170 (2006)

14. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D [National Collaborating Centre for Primary Care (NCC-PC),

Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain: full guideline.

Royal College of General Practitioners (RCGP) 2009; Web address:

<http://www.nice.org.uk/CG88fullguideline> OR <http://guidance.nice.org.uk/CG88>

15. Bart W. Koes, Maurits van Tulder, Chung-Wei Christine Lin, Luciana G. Macedo, James McAuley, Chris Maher.

An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care.

Received: 30 October 2009 / Revised: 15 June 2010 / Accepted: 16 June 2010 / Published online: 3 July 2010

16. Walter Bouwmeester, PT, Annefloor van Enst, BSc, and Maurits van Tulder, PhD.

Quality of Low Back Pain Guidelines Improved.

SPINE Volume 34, Number 23, pp 2562–2567 ©2009, Lippincott Williams & Wilkins

17. Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Programma nazionale per le linee guida. MANUALE METODOLOGICO Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica.

maggio 2002 aggiornato 2004

18. Stefano Govannoni, Silvia Minozzi, Stefano Negrini

Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena

Pacini Editore Medicina

19. Rutten GM, Degen S, Hendriks EJ, Braspenning JC, Harting J, Oostendorp RA.

Adherence to clinical practice guidelines for low back pain in physical therapy: do patients benefit?

Physical Therapy 2010 Aug;90(8):1111-22. Epub 2010 May 20

20. Julie M. Fritz, PhD, PT, ATC,*† Joshua A. Cleland, PhD, DPT, FAAOMPT,‡ and Gerard P. Brennan, PhD, PT* .

Does Adherence to the Guideline Recommendation for Active Treatments Improve the Quality of Care for Patients With Acute Low Back Pain Delivered by Physical Therapists?

Med Care 2007;45: 973–980

21. Rebbeck T Australian Physiotherapy Association (APA) and Musculoskeletal Physiotherapy Australia (MPA)

Australian Physiotherapy Association: low back pain position statement

(2002) Web address: <http://www.physiotherapy.asn.au/>

22. University of Michigan Health System

Michigan quality improvement consortium: guideline management of acute low back pain

March 2008 Web address: <http://www.med.umich.edu/1info/fhp/practiceguides/back.html>

23. Delcambre B, Jeantet M, Laversin S, Auberge T, Crenn O, Forestier R, Frarier M, Hary S, Henrion G, Langlois O, Lecocq J, Lot G, Mialet J-P, Nicot P, Perrocheau J-F, Prost G, Requier P, Rostoker G [Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)]

Diagnosis, management and follow-up of patients with chronic low back pain

2000;

Web address: http://www.has-ante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/chronic_low_back_pain.pdf

24. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (ANAES)

Diagnosis and management of acute low back pain (< 3 months) with or without sciatica

February 2000; Web address: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272083/diagnosis-and-management-of-acute-low-back-pain-lt3-months-with-or-without-sciatica

25. Toward Optimized

AMBASSADOR PROGRAM GUIDELINE FOR THE EVIDENCE-INFORMED PRIMARY CARE MANAGEMENT OF LOW BACK PAIN

AUGUST 2009, REVISED JUNE 2010