

MAL DI SCHIENA

Banca dati comparativa tra Linee Guida e analisi critica delle raccomandazioni

INTRODUZIONE

Come testimoniano molteplici fonti storiche e letterarie, il mal di schiena non è un problema nuovo. Tra i molti mutamenti introdotti a partire dalla rivoluzione industriale e dalla successiva affermazione del modello di medicina occidentale, scientifico e tecnologico, insieme all'aumento della speranza di vita e delle condizioni generali di salute nel mondo occidentale, vi è anche un aumento dell'attenzione verso problemi sanitari che in precedenza venivano considerati normali eventi della vita, o quantomeno problematiche secondarie rispetto alle piaghe maggiori dell'umanità.

Fra questi, il mal di schiena (*Low-Back Pain*, LBP) ha ricevuto crescente attenzione, divenendo una delle principali cause di morbosità, assenza dal lavoro e spesa sanitaria. Alle testimonianze storiche e letterarie, si è aggiunta quindi una copiosa letteratura biomedica, con molteplici contributi di tipo epidemiologico, provenienti anche dalla ricerca in medicina di base, che hanno studiato la diffusione di questa particolare "epidemia". Da un punto di vista strettamente clinico, tuttavia, il mal di schiena non è altro che un sintomo, che andrebbe inquadrato in una cornice diagnostica più corretta: in realtà nella maggior parte dei casi ha un andamento "benigno", non è spia di patologie gravi, ma un semplice compagno di vita più o meno occasionale per molti di noi. Sebbene le ricerche a livello internazionale vadano nella direzione di una sempre maggiore "demedicalizzazione" del mal di schiena, moltissime terapie vengono tuttora proposte all'interno di molteplici discipline, e nuove si affacciano di continuo alla ribalta, spesso in assenza di prove scientifiche sulla loro reale efficacia, guidate piuttosto da interessi economici e giustificate da risultati estemporanei che spesso non fotografano altro che il buon andamento naturale del sintomo.

Data la rilevanza clinica, epidemiologica ed economica del problema, numerose linee guida (LG) sono state elaborate a livello internazionale negli ultimi anni, allo scopo di sistematizzare e razionalizzare l'approccio diagnostico e terapeutico al problema. In Italia in particolare sulle patologie del rachide lombare esistono alcune LG regionali (Emilia-Romagna, Toscana), un documento di sintesi denominato PDT (percorsi diagnostico terapeutici) del 2006 (con ricerche bibliografiche aggiornate al 2004), mentre tra i documenti ufficiali del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) figura una linea guida limitata all'ap-

GRUPPO DI LAVORO LINEE GUIDA SIOT

Comitato di redazione del documento

GUSTAVO ZANOLI

SM Maddalena (Ro)

EMILIO ROMANINI

Roma

GABRIELE TUCCI

Roma

*GLOBE, Gruppo di Lavoro Ortopedia
basata su Prove di Efficacia*

Revisori SIOT

PIETRO BARTOLOZZI

Università di Verona

STEFANO CERVELLATI

Villa Serena, Forlì

PEDRO BERJANO

Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano

Revisori Esterni

MICHELA BOZZOLAN

Università di Ferrara

ANDREA FOGLIA

Riabilita, Civitanova Marche

ANDREA GARDINI

Azienda Ospedaliera, Ferrara

ROBERTO IOVINE

Azienda USL, Bologna

FRANK MUSARRA

Lovanium, Pesaro

GIANFRANCO SINDACO

Advanced Algology Research, Forlì

*Valutazione, selezione e tabulazione delle prove
di efficacia*

LAURA FOSCHI

Università di Ferrara

ROBERTO PADUA

GLOBE, Roma

*Indirizzo per la corrispondenza
lineeguidasiot@siot.it*

proprietà chirurgica nell'ernia del disco (LG EDD) del 2005 (ricerche bibliografiche sempre del 2004). L'Italia ha inoltre contribuito a quello che è stato forse lo sforzo più comprensivo fin qui effettuato, la LG Europea sul LBP (LGE, 2004), che ha suddiviso l'argomento in 3 sottogruppi di lavoro: WG1 per il LBP acuto, WG2 per il LBP cronico, WG3 per la prevenzione più l'appendice del WG4 sul dolore pelvico, che ha seguito metodi e diffusione differenti. Scopo di questo ambizioso progetto (oltre 4 anni di lavoro) era quello di mettere a disposizione delle autorità nazionali dei singoli stati una sintesi aggiornata delle evidenze scientifiche disponibili, accompagnata dalle raccomandazioni autorevoli (ma non necessariamente attuabili nei diversi sistemi sanitari nazionali) da parte di un panel multidisciplinare e "geograficamente corretto". In alcuni paesi si è dato seguito a questo sforzo, producendo successivamente delle vere e proprie LG nazionali (Spagna, Gran Bretagna, Norvegia), mentre in Italia il progetto, che prevedeva l'aggiornamento e adattamento della LGE a partire dai validi gruppi di lavoro della LG EDD e dei PDT, è rimasto per ora

impigliato nelle maglie della crisi economica, che ha comportato un ridimensionamento anche per il SNLG. Per questo motivo, nell'ambito della convenzione SIOT-ISS, si è scelto di produrre un documento di sintesi rapida della letteratura sul mal di schiena sul modello delle Banche Dati Comparative (Box 1: *Banca dati comparativa di LG*), che costituirà la base di partenza per i futuri documenti SNLG sull'argomento. Non era possibile, data la scarsità del tempo a disposizione e l'assenza di un panel multidisciplinare, procedere alla stesura di una vera LG; al tempo stesso 6 anni (il tempo minimo trascorso dalla data delle ricerche effettuate nelle diverse LG disponibili) possono essere un'eternità per un settore in così rapida evoluzione. Il rischio è che le vecchie raccomandazioni vengano bollate come superate, lasciando spazio al far-west del marketing delle terapie in cerca di patologie da curare. Nel frattempo, si è voluto fornire un contributo a chi si occupa del problema, sintetizzando lo stato dell'arte delle LG già esistenti in modo da non "sprecare" il lavoro svolto fin qui a livello internazionale.

BOX 1

Banca dati comparativa di LG

Negli ultimi vent'anni, nella maggior parte dei Paesi occidentali si è avuta una notevole produzione di LG da parte di agenzie sanitarie, enti governativi, società scientifiche o gruppi di esperti del settore. La creazione di una banca dati pubblica, di facile accesso e in lingua italiana, può essere utile alle figure professionali (operatori sanitari, manager, decisori, ecc.) che per svariate necessità professionali devono individuare, reperire e valutare criticamente le LG esistenti.

Se le LG possono rappresentare una soluzione al problema di produrre raccomandazioni a partire dai risultati degli studi originali disponibili, colmando il gap esistente tra ricerca e pratica clinica, una banca dati di LG deve essere uno strumento aggiornato e metodologicamente affidabile che ne consenta una sintesi e un confronto, favorendo un approccio critico alle loro caratteristiche di validità e trasferibilità. Questo è l'obiettivo perseguito dalla banca dati di LG del "Sistema Nazionale Linee Guida", finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità, e realizzata in collaborazione con il CeVEAS (Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria) della Azienda USL di Modena.

La banca dati italiana di LG, costruita a partire dal modello della *National Guideline Clearinghouse* (NGC) statunitense realizzata dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) in collaborazione con l'*American Medical Association* e con l'*American Association of Health Plans*, è uno strumento di raccolta e valutazione clinico-metodologica dei principali documenti pubblicati negli ultimi anni, i cui destinatari sono non tanto e non solo i ricercatori, ma soprattutto gli operatori sanitari.

La banca dati è consultabile sul sito del SNLG (http://www.snlg-iss.it/banca_dati_comparativa#)

SCOPO DEL LAVORO

Scopo del presente documento è quello di riassumere e confrontare le principali LG nazionali e internazionali

sull'argomento del mal di schiena (LBP aspecifico), al fine di individuare rapidamente le fonti più valide da un punto di vista metodologico, così come le raccomandazioni sostanzialmente condivise da parte dei diversi panel di esperti, sottolineando quei trattamenti per i quali invece sussistono ancora valutazioni discordanti, e che saranno

oggetto di una più approfondita valutazione nelle future LG sul mal di schiena alla luce delle più recenti evidenze disponibili.

MATERIALI E METODI

Ricerca delle LG

Sono state consultate banche dati specifiche per le LG quali NGC (*National Guideline Clearinghouse*), www.guideline.gov, www.cma.ca/cpgs, [www.nzgg.org.nz.library.cfm](http://www.nzgg.org.nz/library.cfm), Guidelines Finder, www.health.uottawa.ca/rehab-guidelines/en/search_results.php, TRIP Database e su altri siti di agenzie governative: *Golden Hour*, SIGN, ANAES *Australian Clinical Guidelines*, *ACP Guidelines*, *Clinical Practice Guidelines-For primary Care*, *New Zealand Guidelines Group*. Inoltre abbiamo consultato database quali PubMed e PEDRO con ricerca libera e per parole chiave. Le bibliografie dei documenti rintracciati sono poi state esaminate alla ricerca di ulteriori documenti di rilevanza nazionale o internazionale.

CRITERI DI INCLUSIONE

LG nazionali o internazionali sulla lombalgia aspecifica e pubblicazione successiva al 2004.

Confronto delle LG

Per favorire una lettura rapida, ma al tempo stesso critica, ogni linea guida inserita nella banca dati è stata valutata seguendo check-list riguardanti:

- la struttura, l'aggiornamento e i principali aspetti di metodo secondo la scheda di valutazione di AGREE (<http://www.agreecollaboration.org/>);
- le definizioni e i criteri di inclusione;
- il contenuto delle raccomandazioni e le loro diverse implicazioni.

Questi aspetti sono presentati in forma di tabelle sinottiche, la cui struttura consente un confronto tra le principali raccomandazioni contenute nelle diverse LG reperite, in modo da individuare gli aspetti su cui esiste sostanziale accordo e quelli sui quali non tutte le LG danno indicazioni univoche.

Tutte le principali raccomandazioni sono state tradotte in italiano.

Valutazione metodologica

Le LG sono state valutate con il sistema Agree (Box 2: *Lo strumento di valutazione: Agree*) da due operatori in cieco; in caso di risultati conflittuali si è risaliti al testo del brano che esplicitava le informazioni e si è trovata una risposta consensuale.

BOX 2

Lo strumento di valutazione: Agree

Lo strumento di valutazione Agree (*appraisal of guidelines for research & evaluation*) è nato dall'*Agree collaboration* ed è stato tradotto in italiano dall'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna. L'Agree è stato creato con lo scopo di fornire, a livello internazionale, un comune, trasparente e valido approccio per sviluppare una buona pratica clinica; l'esigenza è sorta in vista del crescente numero di LG di bassa qualità, che contengono raccomandazioni in conflitto tra loro.

Per valutare la qualità di una linea guida occorre stimare: i potenziali errori sistematici (*bias*), che possono presentarsi nel corso della elaborazione, la validità interna ed esterna delle raccomandazioni e la loro applicabilità nella pratica clinica. Questi aspetti comprendono una valutazione dei benefici, dei rischi e dei costi dei comportamenti clinici indicati, così come delle implicazioni pratiche ed etiche che ne possono derivare. La valutazione richiede la formulazione di giudizi sui metodi adottati per l'elaborazione della LG, sul contenuto delle raccomandazioni finali e sui fattori inerenti alla loro adozione nella pratica.

Lo strumento Agree valuta sia la qualità di quanto è esplicitamente riportato in una LG, sia la qualità di alcuni aspetti delle raccomandazioni. Fornisce una valutazione della validità, nel senso della probabilità che essa riesca effettivamente a ottenere gli obiettivi auspicati, mentre non valuta l'impatto sugli esiti clinici dei pazienti. Molti dei criteri di valutazione derivano dal confronto di ricercatori provenienti da Paesi diversi con una vasta esperienza e conoscenza nel campo delle LG, quindi Agree deve essere considerato espressione dello stato dell'arte in questo settore.

Agree è stato pensato per valutare le LG elaborate a livello locale, regionale, nazionale, internazionale o da organismi governativi. È uno strumento generico, nel senso che può essere applicato a qualsiasi area clinica, relativamente a diagnosi, promozione della salute, terapia e trattamento.

L'Agree dovrebbe essere utilizzato da:

- *chi ha responsabilità di politica sanitaria*, per avere un indirizzo nel decidere quali LG possano essere raccomandate per l'impiego nella pratica;

(segue)

- *chi partecipa alla elaborazione di LG*, affinché possa seguire una metodologia strutturata e rigorosa e come strumento di autovalutazione per accertarsi della validità della LG prodotta;
- *chi ha responsabilità nell'assistenza diretta ai pazienti*, per valutare autonomamente la qualità di una LG prima di decidere se utilizzarla;
- *chi è impegnato in attività di formazione per operatori sanitari*, come ausilio per aumentare le loro capacità di valutazione critica.

L'Agree consiste di 23 criteri (*item*) suddivisi in sei *aree*. Ciascuna area è rivolta a uno specifico aspetto della qualità di una LG.

Obiettivo e motivazione (item 1-3) riguarda gli obiettivi generali della LG, i quesiti clinici affrontati e la popolazione di pazienti a cui si rivolge.

Coinvolgimento delle parti in causa (item 4-7) riguarda la misura in cui la LG rappresenta le opinioni dei suoi potenziali utilizzatori.

Rigore della elaborazione (item 8-14) si riferisce al processo utilizzato per identificare e sintetizzare le informazioni scientifiche, per formulare le raccomandazioni e per mantenerle aggiornate.

Chiarezza e presentazione (item 15-18) riguarda la formulazione e il formato della LG.

Applicabilità (item 19-21) si riferisce alle possibili implicazioni organizzative, economiche e ai comportamenti professionali attesi dall'applicazione della LG.

Indipendenza editoriale (item 22-23) riguarda l'indipendenza delle raccomandazioni e l'esplicito riconoscimento di possibili conflitti di interesse da parte del gruppo che ha elaborato la LG (19).

Sintesi delle raccomandazioni e identificazione dei contenuti controversi

Sono state elaborate delle tabelle comparative su foglio elettronico per consentire il confronto fra le varie raccomandazioni delle LG incluse, riportandone il testo in forma succinta in italiano. Sono state quindi sintetizzate in forma grafica indicando con codice colore il contenuto delle raccomandazioni in forma estremamente semplificata (verde = trattamento consigliato; rosso = trattamento sconsigliato; giallo = trattamento per il quale sussistono prove controverse, da valutare caso per caso; bianco = trattamento non preso in esame). Si è potuto così distinguere chiaramente i trattamenti sui quali le diverse LG esprimevano posizioni concordanti (la maggior parte) in positivo o in negativo, da quelli per i quali invece le conclusioni erano discordanti o comunque non conclusive. Questi ultimi sono stati selezionati per un'ulteriore valutazione, mentre i primi sono riportati nelle raccomandazioni così come deciso dagli altri panel senza ulteriori estrapolazioni.

Risoluzione dei conflitti per le raccomandazioni controverse

Nell'ambito della convenzione SIOT-SNLG è stato creato un panel di esperti paucidisciplinare senza la pretesa di piena rappresentatività di tutte le professionalità che concorrono al trattamento del mal di schiena, che avrebbe richiesto tempi troppo lunghi per l'attivazione. Trattandosi comunque di confrontare LG già prodotte secondo criteri multidisciplinari, il compromesso è apparso

accettabile e necessario, rimandando la stesura di una LG completa e originale al momento in cui le risorse del SNLG consentiranno la creazione di un panel più ampiamente rappresentativo anche in veste ufficiale "istituzionale" con membri delegati dalle società scientifiche di riferimento.

Al panel sono state sottoposte in particolare tutte le raccomandazioni più controverse, su cui si trovava maggior discordanza fra le LG esaminate, identificate secondo la procedura esposta in precedenza.

I membri del panel hanno espresso un primo parere individuale e si sono successivamente confrontati per raggiungere una decisione consensuale. Le scelte del panel sono state accompagnate da una motivazione esplicita e dall'indicazione sull'esito della votazione (maggioranza o unanimità).

RISULTATI

Ricerca delle LG

Sono state selezionate e analizzate 6 LG:

1. le LG europee per il LBP acuto cronico (LGE) (1);
2. i PDT italiani (PDT) (2);
3. la LG americana dell'*American College of Physician e dell'American Pain Society* (LGA) (3);
4. la LG inglesi del *National Health System* (LGI) (4);
5. la LG neozelandese del *New Zealand Guidelines Group* (LGNZ) (5);
6. la LG canadese del *TOP program* (LGC) (6).

Linee guida

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Data Pubblicazione	2004	2006	2007	2009	2004	2009
Data Ricerca	2004	1994- 2004	1966-2006	2007- 2008	1998-2002	2003- 2006

Valutazione metodologica

Le LG inglesi e, a seguire, quelle europee hanno ottenuto la miglior valutazione, mentre quelle canadesi e neozelandesi hanno evidenziato i maggiori limiti. Le differenze più significative si sono riscontrate nel coinvolgimento delle parti in causa e nel rigore della elaborazione.

TABELLA I.
Valutazione Agree delle LG.

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
L'obiettivo(i) generale della LG è (sono) descritto in modo specifico	4	3	3	4	2	4
Il quesito(i) clinico trattato dalla LG è (sono) descritto in modo specifico	4	4	4	4	4	4
La tipologia dei pazienti ai quali la linea-guida è indirizzata è descritto in modo specifico	4	3	4	4	2	4
Obiettivo e motivazione della LG	12	11	12	12	8	12
Il gruppo che ha elaborato la LG include rappresentanti di tutte le componenti professionali rilevanti	4	4	1	4	4	1
Il punto di vista del paziente e le sue preferenze sono state prese in considerazione	4	3	3	4	2	1
Gli utilizzatori finali della LG sono identificati con chiarezza	4	4	4	4	2	4
La LG è stata provata dai potenziali utilizzatori finali	1	1	1	1	1	1
Coinvolgimenti delle parti in causa	13	12	9	13	9	7
Sono stati utilizzati metodi sistematici per identificare le informazioni scientifiche	3	3	4	4	4	3
I criteri utilizzati per selezionare le informazioni scientifiche sono stati descritti con chiarezza	3	3	4	4	4	3
I metodi utilizzati per la formulazione delle raccomandazioni sono descritti con chiarezza	4	3	3	4	2	1
Nella formulazione delle raccomandazioni sono stati presi in considerazione benefici, effetti collaterali e rischi derivanti dalla applicazione delle stesse	4	3	4	4	2	1
Esiste un legame preciso tra le raccomandazioni e le evidenze che le supportano	4	3	3	4	2	1
Prima di essere pubblicata la LG è stata valutata da esperti esterni al gruppo che l'ha prodotta	4	3	3	4	4	1
È descritta la procedura per l'aggiornamento della LG	2	2	2	4	1	1
Rigore della elaborazione	24	20	23	28	19	11
Le raccomandazioni sono precise e non ambigue	4	3	3	4	3	3
Vengono presentate con chiarezza le possibili alternative per la gestione della condizione clinica	4	3	3	4	2	2
Le raccomandazioni principali sono facilmente identificabili	4	4	4	4	4	4
La LG è supportata da strumenti per la sua implementazione	3	2	1	4	2	1

(continua)

(Tab. I - segue)

Chiarezza e presentazione	15	12	11	16	11	10
Sono stati considerati i possibili ostacoli organizzativi alla applicazione delle raccomandazioni	4	1	1	2	1	1
Sono state prese in considerazione le potenziali implicazioni in termini di costo derivanti dalla applicazione delle raccomandazioni	3	1	1	4	1	1
La LG presenta i principali criteri per il monitoraggio e l'audit clinico	3	1	1	2	1	1
Applicabilità	10	3	3	8	3	3
La redazione della LG è indipendente da fonti di supporto economico	4	2	2	4	1	1
Sono stati segnalati possibili conflitti di interesse di coloro che hanno partecipato alla elaborazione della LG	4	2	4	4	1	1
Indipendenza editoriale	8	4	6	8	2	2
Totale	82	62	64	85	52	45

TABELLA II.
Riassunto valutazione AGREE.

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Obiettivo e motivazione della LG	100%	100%	100%	100%	67%	100%
Coinvolgimenti delle parti in causa	100%	100%	94%	100%	75%	63%
Rigore della elaborazione	82%	68%	86%	100%	82%	39%
Chiarezza e presentazione	69%	69%	81%	100%	69%	69%
Applicabilità	25%	25%	25%	67%	25%	25%
Indipendenza editoriale	100%	50%	75%	100%	25%	25%
Totale	79%	69%	77%	94%	57%	53%

TABELLA III.
Definizione di mal di schiena nelle diverse LG.

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
	Dolore e un disagio, tra il margine costale e la linea glutea inferiore, con o senza dolore alla gamba	Dolore dal limite inferiore delle costole al limite inferiore della linea glutea con possibili irradiazioni alla coscia, ma non oltre il ginocchio	Dolore che si verifica in primo luogo nella schiena, in assenza di segni di gravi patologie	Tensione e rigidità nella parte inferiore della schiena, tra il margine inferiore della gabbia toracica e le creste iliache, comprende la parte superiore delle gambe. Non è possibile identificare una causa specifica	Dolore episodico e comune, generalmente aspecifico, se si irradia lungo la gamba può essere causato da un'ernia del disco	Dolore, una tensione muscolare o rigidità, tra la gabbia toracica e la linea glutea inferiore, con o senza dolore alla gamba, in assenza di cause identificabili
	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Acuta	< 6 settimane	< 4 settimane	< 4 settimane	< 6 settimane	< 3 mesi	< 12 settimane
Sub Acuta	6-12 settimane	4-12 settimane	4-12 settimane	6-12 settimane		
Cronica	> 12 settimane	> 12 settimane	> 12 settimane	> 12 settimane	> 3 mesi	> 12 settimane

Sintesi delle raccomandazioni e identificazione dei contenuti controversi

DIAGNOSI

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Anamnesi	Case history, durata e localizzazione del dolore	Anni Valutazione del dolore: localizzazione, inizio, caratteristiche, irradiazione, decorso all'interno della giornata, in rapporto alla postura Ripercussioni funzionali e lavorative Effetti dei trattamenti precedenti Fattori di rischio fisici e psicosociali Fattori di rischio professionali	Durata e frequenza dei sintomi Fattori di rischi per gravi patologie Localizzazione del dolore Storia di sintomi precedenti, trattamenti e risposta ai trattamenti	Non appare	Descrizione episodio Attività associate al dolore Segni e sintomi di red flag Limitazione Episodi precedenti Attività abituali del paziente	Breve anamnesi
Esame clinico	Breve esame clinico	Dolore o limitazione funzionale della flessione-estensione del tronco Dolore alla palpazione Valutazione posturale	Sintomi che fanno pensare a radicolopatia o stenosi spinale Presenza di deficit neurologici	Non appare	Escludere i problemi neurologici Valutare la limitazione funzionale Fornire informazioni per il trattamento	Breve esame fisico
Diagnostica di triage	Grave patologia spinale Dolore radicolare Mal di schiena non specifico	L'anamnesi e l'esame obiettivo per individuare i "red flag"	Valutazioni differenziali a seconda della patologia sospetta	Valutazioni specifiche in caso di patologie sospette	Valutazioni differenziali a seconda della patologia sospetta	Valutazioni differenziali a seconda della patologia sospetta

Red flags (rischio di emergenza o grave malattia)

LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Tumore maligno Sindrome della cauda equina Attenzione a: <ul style="list-style-type: none"> età di insorgenza inferiore a 20 anni o più di 55 anni traumi violenti recenti dolore progressivo, non meccanico dolore toracico uso prolungato di corticosteroidi abuso di droghe, HIV malessere generale deformità febbre perdita di peso 	Tumore Sindrome della cauda equina Frattura: traumi Aneurisma dell'aorta Infezione	Tumore Sindrome della cauda equina Frattura: traumi Aneurisma dell'aorta Infezione Compressione vertebrale Spondilolisi anchilosante Deficit neurologici Ernia discale Stenosi spinale	Tumori Sindrome della cauda equina Infezioni Fratture Spondilite anchilosante Patologie infiammatorie	Storia di cancro Sintomi caratteristici della cauda equina Dolore severo, specialmente la notte o da sdraiati Traumi significativi Perdita di peso Febbre Uso di steroidi intravenosi Pazienti sopra i 50 anni	Tumore Sindrome della cauda equina Infezione Trauma o instabilità Problemi neurologici

Yellow flags (fattori di rischio psicosociali)

LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Valutarli. Stress, ansia, depressione, disfunzione cognitiva, del comportamento del dolore, insoddisfazione sul posto di lavoro aumentano il rischio di sviluppare un dolore cronico e una disabilità a lungo termine	Valutarli	Valutarli	Valutarli	Creedere che il dolore e l'attività sono pericolosi e che il trattamento non porta giovamento, inattività, umore basso, storia di recidive, problemi al lavoro, insoddisfazione, mancanza o eccessivo supporto aumentano il rischio di una disabilità a lungo termine e di perdita del lavoro	Pz che credono che il dolore e l'attività sono nocivi, che reputano inutile la riabilitazione, con umore variabile, storia di recidive, problemi al lavoro, insoddisfazione, mancanza o eccessivo supporto aumentano la durata della disabilità e la perdita dell'attività lavorativa

Imaging

LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Da prendere in considerazione con red flag positive e sindrome radicolare	Da prendere in considerazione con red flag positive	Da prendere in considerazione con red flag positive	Da prendere in considerazione con red flag positive e quando si ipotizza un'artrosi vertebrale	Da prendere in considerazione con red flag positive	Da prendere in considerazione con red flag positive

Approccio al paziente acuto

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Rassicurare il paziente	Informazioni per ridurre lo stress Illustrare come limitare il dolore e prevenire le recidive Evitare esami inutili Continuare il lavoro e le ADL o riprenderle Cambiare o ridurre il lavoro Controllare la postura	Informazioni e rassicurare circa le possibili cause, fattori di rischi associati al lavoro Solitamente ha una buona prognosi, ma avvertire il paziente sul rischio di recidive	Informare il paziente tramite opuscoli Applicare del calore superficiale	Dare informazioni e consigli per promuovere l'autotattamento	Non è raccomandato dare opuscoli informativi	Materiale informativo, rassicurare e spiegare la patologia per ridurre la paura, l'insicurezza e favorire l'autotattamento
Evitare l'inattività	Mantenersi attivi e tornare presto alle normali attività, compreso il lavoro	Raccomandare di stare attivi e scoraggiare il riposo a letto	Consigliare di rimanere attivi	Rimanere attivi e continuare le normali attività	Incoraggiare le persone a rimanere attivi e a continuare il lavoro	Incoraggiare a rimanere attivi entro i limiti del dolore
Intervenire sui fattori di rischio bio-psico-sociali	Non appare	Individuarli e intervenire in maniera adeguata	Valutarli come importante indice prognostico	Consigliato	Per individuare i yellow flag	È consigliata per i yellow flag

Approccio al paziente cronico

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Rassicurare il paziente	Informazioni per ridurre lo stress. Illustrare come limitare il dolore Continuare il lavoro e le ADL o riprenderle Cambiare o ridurre il lavoro Controllare la postura	Dare informazioni e rassicurare circa le possibili cause, sugli eventuali fattori di rischi associati al lavoro	Informare il paziente tramite opuscoli Applicare del calore superficiale	Dare informazioni e consigli per promuovere l'autotattamento	Non è raccomandato dare opuscoli informativi	Non appare
Evitare l'inattività e il riposo a letto	Mantenersi attivi e tornare presto alle normali attività, compreso il lavoro. Il riposo a letto è sconsigliato	Raccomandare di stare attivi e scoraggiare il riposo a letto	Consigliare di rimanere attivi	Rimanere attivi e continuare le normali attività, nei limiti del possibile	Rimanere attivi e continuare il lavoro	Rimanere attivi entro i limiti del dolore
Intervenire sui fattori di rischio bio-psico-sociali	È consigliato	Individuarli e intervenire	Valutarli come importante indice prognostico	Consigliato	Individuare yellow flag	È consigliata con yellow flag positive

Trattamento non farmacologico: acuto

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Attività fisica	Non consigliare esercizi specifici, ma di promuovere un'attività fisica globale	L'attività fisica è consigliata	Sono consigliati esercizi fisici aspecifici	Programma di esercizi strutturato, massimo di otto sessioni per 12 settimane. Attività aerobica, istruzioni su come muoversi, rafforzamento muscolare, controllo posturale, stretching. Tenere conto dei desideri, aspettative del paziente	È consigliata attività fisica aspecifica. Insufficienti prove per l'efficacia del rieducazione aerobica	Iniziare con esercizi leggeri e aumentarli gradualmente, entro la tolleranza del dolore
Yoga	Non appare	Non appare	È indicata	È valutato nella letteratura ma non è inserito nelle raccomandazioni	Non appare	Non appare
Rilassamento progressivo	Non appare	Non appare	È indicato	Non appare	Non appare	È indicato
Trazione supporti lombari	Non è raccomandato	Non è raccomandato	Non appare	Non è raccomandato	Non è raccomandato	Non appare
Terapia fisica e tens	Non sono raccomandati	Non sono raccomandati	Non appare	Non sono raccomandati	Non sono raccomandati	Non sono raccomandati
Massaggio	Non è raccomandato	Non appare	È indicato	Per un periodo massimo di nove sessioni per 12 settimane	Non è consigliato	Non appare

(continua)

(segue)

Manipolazione spinale	Considerare la manipolazione spinale, facendo attenzione alle controindicazioni, solo in paziente che non sono riusciti a tornare alle normali attività	È efficace a breve termine, entro le prime 6 settimane per i pazienti che non migliorano con il trattamento farmacologico. Non sono indicate nella lombosciatalgia	È indicata, ma ha effetti a breve termine	Con la terapia manuale per un periodo massimo di nove sessioni per 12 settimane	È consigliata nelle prime 6 settimane	È consigliata, i rischi sono minimi, se praticata da un professionista esperto, è da evitare in caso di malattie neurologiche degenerative
Terapia cognitivo comportamentale	Non appare	Se presenti fattori di rischio psicosociali tali da far presupporre la cronicizzazione e l'eventuale perdita del lavoro viene suggerito un precoce approccio comportamentale	Non appare	Combinato con il trattamento fisico e psicologico potrebbe essere incluso l'approccio cognitivo-comportamentale	È consigliata per i yellow flag	Non appare

Trattamento non farmacologico: acuto

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Back school	Non appare	La back school ha una bassa efficacia	Non è consigliata perché porta deboli benefici a breve termine	Si può offrire un programma di esercizi con supervisione in un gruppo di circa 10 persone	Non appare	Non è consigliata
Trattamento multidisciplinare	Non appare	Se le barriere per tornare al lavoro sono identificate e il problema è troppo complesso da gestire si può inviare il paziente a un team multidisciplinare	Non appare	Non appare	È consigliato	Non appare

Trattamento non farmacologico: cronico

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Attività fisica	Terapia con esercizi supervisionati: gli esercizi di stabilizzazione della colonna e gli esercizi McKenzie necessitano di ulteriori ricerche	L'attività fisica è consigliata	Sono consigliati esercizi fisici aspecifici	Programma di esercizi strutturato creato in base alla persona per massimo di otto sessioni per 12 settimane. Attività aerobica, istruzioni su come muoversi, rafforzamento muscolare, controllo posturale, stretching. Tenere conto dei desideri, delle aspettative e delle preferenze del paziente	È consigliata attività fisica aspecifica. Insufficienti prove per l'efficacia del rieducazione aerobica	Iniziare con esercizi leggeri e incrementarli gradualmente, entro la tolleranza del dolore. Passeggiare e programmi di esercizio di gruppo che insegnano a gestire la patologia

(continua)

(segue)

Yoga	Non appare	Non appare	È indicato	È valutato nella letteratura ma non è inserito nelle raccomandazioni	Non appare	Non appare
Rilassamento progressivo	Non appare	Non appare	È indicato	Non appare	Non appare	È indicato
Trazione, supporti lombari	Non è raccomandato	Trazioni e supporti lombari non sono raccomandati	Non appare	Non sono indicati trazione o supporti lombari	Non è consigliato	Non appare

Trattamento non farmacologico: cronico

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Terapia fisica e tens	Non sono raccomandati	Non sono raccomandati	Non appare	Non sono raccomandati	Non sono raccomandati	Non sono raccomandati
PENS	È possibile l'utilizzo	Non appare	Non appare	Analizza la letteratura che parla di PENS ma non l'inserisce nelle raccomandazioni	Non appare	Non appare
Massaggio	Non è raccomandato	È indicato	È indicato	Con la terapia fisica, per un periodo massimo di nove sessioni per 12 settimane	Non è consigliato	Integrato con un programma di esercizi
Manipolazione spinale	Consigliare una breve sessione come un possibile trattamento	Non appare	È indicata, ma ha effetti a breve termine	Con la terapia fisica, per un periodo massimo di nove sessioni per 12 settimane	Non appare	Non appare
Terapia cognitivo comportamentale	È indicata	Se presenti fattori di rischio psicosociali tali da far presupporre la cronicizzazione e l'eventuale perdita del lavoro viene suggerito un precoce approccio comportamentale	È indicata	Combinato con il trattamento fisico e psicologico potrebbe essere incluso l'approccio cognitivo-comportamentale	È consigliata per i yellow flag	È consigliata
Back school	Paziente cronico Per il breve termine	Può essere presa in considerazione per il cronico nella modalità: educazione più esercizi	Non è consigliata perchè porta deboli benefici a breve termine	Si può offrire un programma di esercizi con supervisione in un gruppo di circa 10 persone	Non appare	Non è consigliata
Trattamento multidisciplinare	Dopo un'analisi dei costi-benefici, per pazienti che non sono migliorati con un singolo trattamento	Se le barriere per tornare al lavoro sono identificate e il problema è troppo complesso da gestire si può inviare il paziente a un team multidisciplinare	È considerato	Considera un approccio psico-fisico, dopo che il paziente ha ricevuto un trattamento intensivo, se presenta una grave disabilità o rilevanti problemi psicologici	È consigliato	Per pz che non riescono a tornare al lavoro. Se il dolore persevera dopo un primo trattamento

Trattamento farmacologico: acuto

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Antidolorifici	Paracetamolo, per secondo i FANS, presi a intervalli regolari	Paracetamolo poi FANS	Acetaminofen o paracetamolo, FANS	Paracetamolo, se non è sufficiente offrire FANS	Paracetamolo e i FANS	Paracetamolo, poi i FANS
Miorilassanti	Se occorre aggiungere miorilassanti, per un breve periodo	Miorilassanti in aggiunta ai precedenti	Sono indicati			Sono consigliati
Antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici	Non appare		Antidepressivi benzodiazepine tramadol, oppioidi	Deboli oppioidi se non è sufficiente il paracetamolo. Gli oppioidi forti per un breve periodo per forte dolore. Non sono consigliati gli inibitori della serotonina	Sconsigliati i narcotici o il diazepam	In caso di fallimento con il paracetamolo e i FANS, indica gli oppioidi deboli

Trattamento farmacologico: cronico

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Antidolorifici	Per un periodo breve: paracetamolo, FANS	Paracetamolo poi FANS	Paracetamolo, poi i FANS	Paracetamolo, se non è sufficiente offrire FANS	Paracetamolo e i FANS	Paracetamolo, poi i FANS
Miorilassanti	Se occorre aggiungere miorilassanti, per un breve periodo	Miorilassanti in aggiunta ai precedenti	Sono indicati			Sono consigliati
Antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici	Sono raccomandati	Non appare	Antidepressivi benzodiazepine tramadol, oppioidi	Deboli oppioidi se non è sufficiente il paracetamolo, sono considerati gli oppioidi forti per un breve periodo per forte dolore. Non sono consigliati gli inibitori della serotonina	Sconsigliati i narcotici o il diazepam	In caso di fallimento con il paracetamolo e i FANS, indica gli oppioidi, i miorilassanti e se necessario i farmaci antidepressivi

Trattamenti invasivi: acuto

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Agopuntura	Non hanno evidenze scientifiche	Non ci sono prove sull'efficacia dell'agopuntura	È indicata	Considerare l'agopuntura per un massimo di 10 sessioni per 12 settimane	Non è consigliata	Non appare
Blocco nervoso locale	Non è raccomandato	Non appare	Non appare	È valutato nella letteratura ma non è inserito nelle raccomandazioni	Non appare	Non appare
Radiofrequenza	Non è raccomandato	Non appare	Non appare	La letteratura mostra che non porta benefici	Non appare	Non appare

(continua)

(segue)

Iniezioni epidurali di steroidi	Sconsigliare iniezioni epidurali di steroidi	Possono ridurre a breve termine il dolore radicolare, ma vi sono poche prove che siano efficaci per il mal di schiena senza radicolopatia	Non appare	Non sono indicate infiltrazioni di sostanze terapeutiche	Non hanno sufficienti evidenze	Sono consigliate
Tossina botulinica	Evitare iniezioni di tossina botulinica	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare
Stimolazione dei trigger point, stimolazione del midollo	Non sono raccomandate	Le infiltrazioni dei trigger point non sono raccomandate	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare
Intervento chirurgico	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare

Trattamenti invasivi: cronico

	LGE	PDT	LGA	LGI	LGNZ	LGC
Neuro riflesso terapia	Raccomandata, ma effetto a breve termine	Non appare	Non appare	Appare efficace e sicura per il breve termine, anche se gli studi sono stati fatti, non è riportata nelle raccomandazioni per prove insufficienti	Non appare	Non appare
Agopuntura	Non hanno evidenze scientifiche	Non ci sono prove sull'efficacia dell'agopuntura	È indicata	Considerare l'agopuntura per un massimo di 10 sessioni per 12 settimane	Non è consigliata	Consigliata
Blocco nervoso locale	Non è raccomandato	Non appare	Non appare	È valutato nella letteratura ma non è inserito nelle raccomandazioni	Non appare	Non appare
Radiofrequenza	Non è raccomandata	Non appare	Non appare	La letteratura mostra che non porta benefici	Non appare	Non appare
Iniezioni epidurali di steroidi	Sconsigliare iniezioni epidurali di steroidi	Riducono a breve termine il dolore radicolare		Non sono indicate infiltrazioni di sostanze terapeutiche	Non hanno sufficienti evidenze	Sono consigliate
Tossina botulinica	Evitare iniezioni di tossina botulinica	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare
Stimolazione dei trigger point, stimolazione del midollo	Non sono raccomandate	Le infiltrazioni dei trigger point non sono raccomandate	Non appare	Non appare	Non appare	Non appare
Intervento chirurgico	Dopo i due anni, dopo che tutti gli altri approcci conservativi sono falliti e in caso di forte dolore, selezione dei pazienti accurata per alti rischi e complicanze	Dopo i due anni, dopo che tutti gli altri approcci conservativi sono falliti e in caso di forte dolore, selezione dei pazienti accurata per alti rischi e complicanze	Da considerare per stenosi spinale	Da considerare se un ciclo di terapie fisiche e psicologiche adeguato è stato portato a termine senza beneficio e se il paziente è intenzionato a sottoporsi a intervento	Sconsigliato per la lombalgia aspecifica, da considerare solo dopo le 6 settimane, se si sospetta lesione del disco	Considerato, dopo 6 settimane di terapia conservativa, in caso di sciatica positiva al test

Di seguito riportiamo la sintesi grafica con codice colore.

	Tattamento consigliato
	Tattamento sconsigliato
	Tattamento controverso
	Tattamento non preso in considerazione

LBP acuto, trattamenti non farmacologici

	LGE	LGI	LGA	LGING	LGNZ	LGC	Sintesi
Attività fisica							
Yoga							
Rilassamento progressivo							
Trazione, supporti lombari							
Terapia fisica e tens							
Massaggio							
Manipolazione spinale							
Terapia cognitivo comportamentale							
Back school							
Tattamento multidisciplinare							

LBP acuto, trattamenti invasivi

	LGE	LGI	LGA	LGING	LGNZ	LGC	Sintesi
Agopuntura							
Blocco nervoso centrale							
Radiofrequenza							
Iniezioni epidurali di steroidi							
Tossina botulinica							
Stimolazione dei trigger point, stimolazione del midollo							

LBP acuto, trattamenti farmacologici

	LGE	LGI	LGA	LGING	LGNZ	LGC	Sintesi
Antidolorifici							
Miorilassanti							
Antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici							

LBP cronico, trattamenti non farmacologici

	LGE	LGI	LGA	LGING	LGNZ	LGC	Sintesi
Attività fisica							
Yoga							
Rilassamento progressivo							
Trazione, supporti lombari							
Terapia fisica e tens							
PENS							
Massaggio							
Manipolazione spinale							
Terapia cognitivo comportamentale							
Back school							
Trattamento multidisciplinare							

LBP cronico, trattamenti invasivi

	LGE	LGI	LGA	LGING	LGNZ	LGC	Sintesi
Agopuntura							
Blocco nervoso centrale							
Radiofrequenza							
Iniezioni epidurali di steroidi							
Tossina botulinica							
Stimolazione dei trigger point, stimolazione del midollo							
Neuroreflessoterapia							
Intervento chirurgico							

LBP cronico, trattamenti farmacologici

	LGE	LGI	LGA	LGING	LGNZ	LGC	Sintesi
Antidolorifici							
Miorilassanti							
Antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici							

Identificazione delle raccomandazioni controverse:

	Trattamento consigliato
	Trattamento sconsigliato
	Trattamento controverso
	Trattamento non preso in considerazione

	AC NF	CRO NF
Attività fisica		
Yoga		
Rilassamento progressivo		
Trazione, supporti lombari		
Terapia fisica e tens		
PENS		
Massaggio		
Manipolazione spinale		
Terapia cognitivo comportamentale		
Back school		
Trattamento multidisciplinare		
	AC INV	CRO INV
Agopuntura		
Blocco nervoso centrale		
Radiofrequenza		
Iniezioni epidurali di steroidi		
Tossina botulinica		
Stimolazione dei trigger point, stimolazione del midollo		
Neuroreflessoterapia		
Intervento chirurgico		
	AC FARM	CRO FARM
Antidolorifici		
Miorilassanti		
Antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici		

Risoluzione dei conflitti per le raccomandazioni controverse

Ecco dunque l'elenco delle raccomandazioni sottoposte al Panel per un giudizio sintetico definitivo:

LBP acuto

1. Yoga
2. Massaggio
3. Agopuntura
4. Farmaci antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici

LBP cronico

1. Yoga
2. PENS
3. Massaggio
4. Agopuntura
5. Iniezioni epidurali di steroidi
6. Neuroreflessoterapia

7. Intervento chirurgico
8. Farmaci antidepressivi, oppiacei, noradrenergici o serotoninergici.

DISCUSSIONE

Di seguito riassumiamo le principali conclusioni del lavoro svolto. Per estrema chiarezza si è voluto lasciare solo i trattamenti consigliati, rimandando alle tabelle precedenti per le informazioni riguardo agli altri trattamenti. Il criterio adottato nella risoluzione dei conflitti è stato quello di privilegiare le LG di miglior qualità e, nel dubbio, gli interventi potenzialmente meno rischiosi per i pazienti, "rimandando" gli altri trattamenti ad analisi più approfondite caso per caso.

Raccomandazioni principali

Trattamento consigliato

Mal di schiena acuto	Trattamenti		
Trattamenti acuti non farmacologici	Attività fisica		
	Yoga		
	Rilassamento progressivo		
	Massaggio		
	Manipolazione spinale		
	Terapia cognitivo comportamentale		
Trattamenti acuti farmacologici	Trattamento multidisciplinare		
	Antidolorifici		
	Miorilassanti		
	Mal di schiena cronico	Trattamenti cronici non farmacologici	
		Attività fisica	
		Rilassamento progressivo	
Manipolazione spinale			
Trattamenti cronici farmacologici	Terapia cognitivo comportamentale		
	Back school		
	Trattamento multidisciplinare		
	Antidolorifici		
	Miorilassanti		

In particolare si è scelto di non includere alcun trattamento invasivo, dato che nella maggior parte dei casi si trattava di evidenze sfavorevoli o controverse. Per quanto riguarda agopuntura e neuroreflessoterapia, tecniche in realtà minimamente invasive, si è scelto comunque di escluderle dalla lista degli interventi sicuramente consigliati in considerazione della variabilità clinica e geografica dei con-

testi in cui le prove a disposizione sono state prodotte. Il panel sottolinea come siano comunque meritevoli di attenzione da parte della comunità scientifica, nell'ambito di progetti di implementazione controllati scientificamente, sottratti alla logica del mercato e dei conflitti di interesse. Per quanto riguarda invece i trattamenti chirurgici e algologici, è probabile che parlare di "mal di schiena" ancorché "cronico" (comunque si intenda questa definizione), non rispecchi il reale atteggiamento degli specialisti nel porre le indicazioni a questi trattamenti invasivi. Per questo motivo le evidenze scientifiche resteranno forse ancora a lungo assenti o inconcludenti. Una disamina completa della letteratura (non solo degli RCT) esula dagli scopi del presente documento, tuttavia si suggerisce di prendere in considerazione questi trattamenti invasivi in pazienti molto selezionati che abbiano già effettuato un adeguato percorso clinico e terapeutico per un periodo di tempo sufficiente (almeno 6 mesi, secondo alcune LG anche 2 anni). I trattamenti dovranno essere affidati a centri specializzati che avranno cura di selezionare ulteriormente i pazienti in base a considerazioni diagnostiche (sottogruppi), prognostiche e di rapporto rischi/benefici.

Il documento è dunque a disposizione dei cittadini ma soprattutto – nella sua forma attuale – dei professionisti sanitari che devono fare delle scelte cliniche nella gestione quotidiana dei problemi dei loro pazienti. In particolare riteniamo che possa servire da base di partenza per la preparazione di LG locali. Ovviamente non dovrà essere utilizzata per "pescare" di volta in volta le raccomandazioni più "gradite", ma potrà comunque essere un utile riferimento. È superfluo ribadire che le raccomandazioni finali qui suggerite non implicano un obbligo vincolante per i panel locali o per il singolo professionista.

La crescente burocratizzazione, le pressioni del mercato, le paure medico-legali, la (dis)informazione mediatica, accompagnati dalla difficoltà nel reperire rapidamente informazioni scientificamente valide costituiscono spesso un ostacolo alla corretta gestione terapeutica all'instaurarsi di una proficua alleanza terapeutica.

Senza avere la pretesa di sostituire il giudizio clinico individuale e le competenze acquisite localmente, ci auguriamo che questo documento possa costituire un importante fonte di riferimenti per quanti si interessano al mal di schiena.

Viviamo un'epoca di grandi cambiamenti, secondo alcuni addirittura di "transizione". La prevedibile riduzione delle disponibilità energetiche, i cambiamenti climatici in atto, la crisi economico-finanziaria e i sommovimenti politici, suggeriscono una revisione del modello di sviluppo economico, che da più parti è stata variamente sollecitata o descritta (teorie della decrescita, città di transizione, *slow movement*). Anche la ricerca biomedica e la pratica delle professioni sanitarie non sarà esen-

te da questi cambiamenti, e ne dovrà tenere conto. Sta a noi decidere se subire questi cambiamenti o utilizzarli in senso positivo, tenendo alta la bandiera metodologica, che consente di effettuare scelte consapevoli, e l'approccio clinico che ci guida nel prendere decisioni condivise con il paziente; possiamo anche fare di necessità virtù e approfittarne per fare pulizia di alcune distorsioni introdotte da una medicina troppo tecnologica o da esigenze di "mercato", implementando solo le terapie di provata efficacia. In fase di ricerca si dovrà distinguere fra terapie innovative e promettenti per le quali va allargata la base di prove scientifiche da altre che rispondono solo a logiche di marketing. Secondo questa linea di pensiero, anche questo documento potrebbe costituire un piccolo esempio: invece di finanziare costosi progetti nazionali di stesura di LG ex-novo, in settori nei quali già molto si è prodotto a livello internazionale, una revisione sistematica, anche "rapida", delle raccomandazioni esistenti potrebbe presentare un ottimo rapporto costi-benefici nell'ambito di una cosiddetta "ecologia" della ricerca clinica, consentendo di "riciclare" al meglio il lavoro già svolto e condiviso da altri, liberando risorse per altri settori meno studiati in una logica di solidarietà e comunità.

Implicazioni per la pratica clinica

L'offerta di trattamenti per il mal di schiena è estremamente imponente per numero e variegata per diversità degli approcci proposti; il pur discreto numero di interventi presi in considerazione nel presente documento non fotografa che una minima parte delle possibilità che si aprono a chi soffre di questa condizione. È importante per il professionista sanitario, senza voler presuntuosamente escludere uno spazio per l'innovazione, ricordare ai propri pazienti la differenza fra una terapia di provata efficacia (sia pur limitata in alcuni casi), una terapia teoricamente promettente ma ancora sperimentale e altre terapie che vengono proposte senza nessun tipo di verifica scientifica valida. Abbiamo scelto di indicare nelle raccomandazioni finali solo i trattamenti sicuramente efficaci, ma il lettore attento potrà nelle tabelle precedenti distinguere – se desidera approfondire – fra trattamenti che sono stati studiati e "respinti" e altri per i quali il giudizio è sospeso e va verosimilmente valutato caso per caso. Se un trattamento non è presente in nessuna delle tabelle questo significa che – alla data di compilazione delle LG originali – non aveva ancora ricevuto attenzione da parte della comunità scientifica. Se ciò non implica di per sé l'inefficacia del trattamento in questione, prima di consigliarlo il clinico dovrà chiedersi criticamente come mai chi propone queste terapie non ha sentito il bisogno di sottoporle a verifica scientifica e quindi a diffonderne i risultati. Anche nel caso di terapie apparentemente inno-

cue (a volte pittoresche), senza voler sottovalutare l'importanza dell'effetto placebo, è importante tenere a mente la buona evoluzione naturale spontanea del sintomo mal di schiena nella maggior parte dei casi: una franca disamina con il paziente, anche se costa tempo inizialmente e rischia di frustrare il desiderio di sottoporsi a terapie che spesso vengono raccontate come "miracolose", finisce quasi sempre per rinsaldare l'alleanza terapeutica e migliorare i risultati.

Implicazioni per la ricerca

Nonostante la grande mole di lavoro e i numerosi studi prodotti, non sono molte le terapie che superano il vaglio critico della ricerca clinica. In particolare, le terapie invasive non sembrano per ora assicurare indiscriminatamente più benefici che rischi. In alcuni casi le evidenze sono conclusive in tal senso, in altri – come nel caso dell'agopuntura e della neuroreflessoterapia – gli interventi risultano meritevoli di un supplemento di ricerche. Molte sono inoltre le terapie che potrebbero rivelarsi utili in sottogruppi di pazienti, con caratteristiche diagnostiche e prognostiche che li differenzino dalla semplice etichetta di "LBP sufferers" (letteralmente: coloro che soffrono

di lombalgia). Ricordando che il mal di schiena di per sé resta soltanto un sintomo, sarebbe opportuno che la ricerca clinica indirizzasse sempre più i propri sforzi nel definire categorie di pazienti con caratteristiche peculiari e prognosi potenzialmente meno benigna.

Considerazioni dalla prospettiva del paziente

In considerazione della benignità dell'evoluzione nella maggior parte dei casi, non stupisce che la letteratura scientifica abbia in vario modo sottolineato l'importanza della corretta e precoce informazione del paziente sull'evoluzione del sintomo nel tempo. In effetti un atteggiamento allarmistico o difensivistico rischia di medicalizzare eccessivamente il problema, con conseguente aumento dei costi e della morbilità. Le evidenze in tema di prevenzione – che pure esulano dallo scopo del presente documento – non sembrano fornire ancora indicazioni univoche, tuttavia è forse proprio in questo settore che può essere fatto di più da una prospettiva del paziente. Molto spesso la prevenzione comincia con una visita accurata e una altrettanto esaustiva analisi dei meccanismi fisiopatologici che stanno alla base dell'instaurarsi del problema e della sua potenziale cronicizzazione.

Bibliografia

LG esaminate

- ¹ *European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care.* COST B13 Working Group. Eur Spine J 2006;15(Suppl 2). <http://www.backpaineurope.org>
- ² *Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines* Euro Med Phys 2006;42:151-70. <http://www.isico.it/isico/ricerca/pdf/ID00154.pdf>
- ³ *Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society.* Ann Inte Med 2007;147:478-91. <http://www.annals.org/cgi/content/full/147/7/478>
- ⁴ *Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain.* Full guideline, National Collaborating Centre for Primary Care, May 2009. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44334/44334.pdf>
- ⁵ *New Zealand acute low back pain guide.* ACC, New Zealand Guidelines Group 2004. http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0072/acc1038_col.pdf
- ⁶ *Evidence-informed primary care management for the low back pain.* Toward Optimized Practice 2009. http://www.topalbertadoctors.org/informed_practice/clinical_practice_guidelines/complete%20set/Low%20Back%20Pain/backpain_guideline.pdf