

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI PER L'ASSISTENZA AI PAZIENTI CON MAL DI SCHIENA

a cura di

Stefano Govannoni, Silvia Minozzi, Stefano Negrini

Finanziamento del Ministero della Salute all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Centro S. Maria Nascente, Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Milano per la Ricerca Finalizzata 2002 – n. 206 dal titolo "Percorsi Diagnostico Terapeutici evidence-based per le patologie del rachide lombare" – Unità Operativa n. 1 – Società Italiana di Medicina Generale

Lo sviluppo delle Linee Guida è avvenuto con la partecipazione delle seguenti Società Scientifiche:

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)
Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER)
Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII)
Società Italiana di Neurologia (SIN)
Società Italiana di Neurochirurgia (SINCH)
Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT)
Società Italiana di Reumatologia (SIR)
Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI)

PACINEditore
M E D I C I N A

GRUPPO DI LAVORO CHE HA REALIZZATO IL DOCUMENTO

- Stefano Giovannoni, Coordinatore del gruppo (responsabile del progetto), Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Medico di Medicina Generale, Prato
- Stefano Negrini, Fisiatra, Coordinatore del gruppo (responsabile del progetto), Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER), Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale (ISICO), Milano
- Silvia Minozzi, Epidemiologo/Metodologo, Centro Cochrane Italiano
- Alessandro Bussotti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Medico di Medicina Generale, Firenze
- Donatella Bonaiuti, Fisiatra, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER), Unità di Medicina Fisica e Riabilitativa, Ospedale S. Gerardo, Monza
- Guido Barneschi, Ortopedico, Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), Dipartimento di Ortopedia II, Università di Firenze, Firenze
- Michele D'Arienzo, Ortopedico, Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT), Dipartimento di Ortopedia II, Università di Firenze, Firenze
- Vittorio Modena, Reumatologo, Società Italiana di Reumatologia (SIR), Divisione di Reumatologia, Ospedale S. Giovanni Battista, Torino
- Alessandro Mannoni, Reumatologo, Società Italiana di Reumatologia (SIR), Sezione di Reumatologia e Rete per il Miglioramento della Qualità, Azienda Sanitaria, Firenze
- Nicola Di Lorenzo, Neurochirurgo, Società Italiana di Neurochirurgia (SINCH), Dipartimento di Otorinolaringologia, Neurologia e Oftalmologia, Clinica di Neurochirurgia, Università di Firenze, Firenze
- Mouchati Homere, Neurochirurgo, Società Italiana di Neurochirurgia (SINCH), Dipartimento di Otorinolaringologia, Neurologia e Oftalmologia, Clinica di Neurochirurgia, Università di Firenze, Firenze
- Luca Padua, Neurologo, Società Italiana di Neurologia (SIN), Dipartimento di Neuroscienze, Università Cattolica, Roma
- Stefano Mattioli, Medico del lavoro, Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Unità di Medicina del Lavoro, Università di Bologna, Bologna
- Francesco Violante, Medico del lavoro, Società Italiana

- di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII), Unità di Medicina del Lavoro, Università di Bologna, Bologna
- Francesco Serafini, Fisioterapista OMT, Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI), Master in Riabilitazione dei Disturbi Muscoloscheletrici, Università di Genova, Genova
- Adriano Amadei, Utente, Cittadinanza Attiva

SOCIETÀ SCIENTIFICHE ADERENTI AL PROGETTO

- Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) – Presidente: C. Cricelli – Delegato: A. Bussotti
- Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII) – Presidente: L. Ambrosi – Delegato: F. Violante
- Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) – Presidenti: R. Gimigliano, A. Giustini – Delegato: D. Bonaiuti
- Società Italiana di Neurochirurgia (SINCH) – Presidenti: F. Tomasello, G. Brogli – Delegati: N. Di Lorenzo, H. Mouchat
- Società Italiana di Neurologia (SIN) – Presidenti: C. Messina, A. Rizzato – Delegati: V. Modena, A. Mannoni
- Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) – Presidenti: A. Faldini, V. Monteleone – Delegati: M. D'Arienzo, G. Barneschi
- Società Italiana di Reumatologia (SIR) – Presidenti: S. Bombardieri, B. Canesi – Delegati: V. Modena, A. Mannoni
- Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI) – Presidente: V. Manigrasso – Delegato: F. Serafini

DESTINATARI DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

I percorsi diagnostico terapeutici sono rivolti a tutti gli operatori sanitari, che operano nelle Cure Primarie e di secondo livello, coinvolti nell'assistenza e nel trattamento dei pazienti con mal di schiena. In particolare sono rivolti alle seguenti figure professionali:

- Medici di Medicina Generale
- Radiologi e Neuroradiologi
- Fisiatri
- Reumatologi
- Neurologi
- Chirurghi Ortopedici e Neurochirurghi
- Fisioterapisti
- Medici del lavoro

© Copyright 2006 by Pacini Editore S.p.A. – Pisa

Realizzazione editoriale

Pacini Editore S.p.A.

Via Gherardesca 1 – 56121 Ospedaletto (Pisa)

Tel. 050 313011 – Fax 050 3130300

Pacini.Editore@pacineditore.it – www.pacinimedica.it

Grafica e stampa

IGP Industrie Grafiche Pacini – Pisa

Foto di copertina

Querce da sughero piegate dal vento di maestrale nel Sulcis (Sardegna), scattata dalla dott.ssa AnnaRita Serra, Presidente SIMG del Sulcis-Iglesiente

Pubblicazione realizzata grazie al contributo di ALFA WASSERMANN

Edizione fuori commercio. Omaggio per i Signori Medici

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% del volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4, della legge 22 aprile 1941 n. 633 ovvero dall'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000. Le riproduzioni per uso differente da quello personale sopracitato potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata dall'Editore.

INDICE

PREFAZIONE: PRENDERSI CURA DEL PAZIENTE CON MAL DI SCHIENA <i>S. Giovannoni</i>	pag. 7
PREFAZIONE: CHE BISOGNO C'ERA DI LINEE GUIDA ITALIANE PER LA LOMBALGIA? LE NOVITÀ DI QUESTI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI <i>S. Negrini</i>	„ 9
INTRODUZIONE.....	„ 13
PERCHÉ I PDT SUL MAL DI SCHIENA	„ 14
METODOLOGIA DI PRODUZIONE	„ 15
GRADUAZIONE DELLE PROVE DI EFFICACIA E DELLA FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI.....	„ 15
AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO.....	„ 16
STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE	„ 16
DEFINIZIONI.....	„ 17
QUADRI CLINICI TRATTATI	„ 18
PUBBLICAZIONE SCIENTIFICA	„ 18
SINTESI DELLE PROVE DI EFFICACIA.....	„ 18
SINTESI DELLE PROVE DI EFFICACIA SULLA DIAGNOSI	„ 19
SINTESI DELLE PROVE DI EFFICACIA SUI TRATTAMENTI	„ 27
REVISIONI SISTEMATICHE NON CONSIDERATE DA CLINICAL EVIDENCE	„ 36
RACCOMANDAZIONI DELLE PRINCIPALI LINEE GUIDA INTERNAZIONALI	„ 44
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA/LOMBOSCIATALGIA ACUTA	„ 59
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA/LOMBOSCIATALGIA SUB-ACUTA.....	„ 70

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA/LOMBOSCIATALGIA CRONICA..... „	76
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON ERNIA DEL DISCO .. „	80
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON INSTABILITÀ VERTEBRALE „	82
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON STENOSI SPINALE „	84
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON SCOLIOSI DOLOROSA DELL'ADULTO „	86
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON SPONDILOARTRITE ... „	88
APPENDICE: LIBRETTO EDUCATIVO PER I PAZIENTI AFFETTI DA MAL DI SCHIENA ACUTO „	93

PRREFAZIONE

PRENDERSI CURA DEL PAZIENTE CON MAL DI SCHIENA

La Medicina Generale (MG) è una disciplina autonoma che si rivolge alla persona e si basa sulla relazione e sul governo della complessità, con approccio ai problemi specifici e percorsi assistenziali autonomi o integrati all'interno delle Cure Primarie. L'interventismo specialistico d'organo porta invece spesso a processi di medicalizzazione amplificando l'importanza delle malattie e riducendo sempre più l'obiettivo a interventi supertecnologici e parcellari. Le aspettative di salute che possono derivare da questo processo spesso sono frastornanti e inconcludenti, ben diverse da un progetto di salute e del recupero funzionale creato attraverso la consapevolezza del possibile e del praticabile con responsabilizzazione attiva del cittadino alle scelte. In questo processo, il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) è quello di fornire strumenti e spunti di riflessione per individuare limiti e porsi obiettivi realistici di salute. Un importante problema di salute dell'uomo moderno è legato al mal di schiena (MDS), un'affezione o meglio dire una *condizione* che, da una certa età in poi, è quasi ineluttabile per l'essere umano e che richiede attenzione ad una costante attività motoria e ad uno stile di vita sano. La gran parte delle affezioni sono autolimitanti, anche se con tendenza a recidivare e, qualche volta, a cronicizzare. Nonostante la prognosi favorevole, si assiste ad un grande spreco di risorse per una diagnostica strumentale spesso inutile, anzi dannosa, e per trattamenti che possono essere solo in grado di controllare il dolore nelle fasi acute ¹. L'errore più comune è quello di medicalizzare il problema con esami, visite specialistiche, ricorso a farmaci o trattamenti fisioterapici. In questi Percorsi Diagnostico Terapeutici italiani, invece, abbiamo dato ampio spazio al momento relazionale che si fonda sulla accoglienza della sofferenza e del disturbo funzionale, sulla esclusione delle rare patologie secondarie, sul rassicurare il paziente facendo comprendere cosa sta accadendo alla sua schiena ². Prendersi cura, quindi, ma demedicalizzare quanto possibile e prima possibile e adoperarsi per evitare la cronicità, evento che avviene quasi sempre per motivi bio-psico-sociali e non anatomopatologici in senso stretto ³. Approccio, quindi, centrato sul paziente (*patient oriented*) con la sua storia ed il suo vissuto di malattia (*illness*) con i seguenti obiettivi:

- ascoltare;
- considerare l'influenza emotiva sulla presentazione e manifestazione del mal di schiena;
- valutare il contesto familiare, lavorativo, socio economico e culturale; comprendere il ruolo del mal di schiena in questo insieme e la percezione di salute, di malattia, di cura;
- non ordinare, ma proporre e concordare obiettivi di salute raggiungibili;
- condividere e negoziare percorsi ed esiti ⁴;
- responsabilizzare e non accettare deleghe.

Molto opportunamente ai Percorsi Diagnostico Terapeutici italiani abbiamo voluto dare, specialmente per la fase acuta, ampio risalto alla comunicazione nell'approccio e nel trattamento del paziente con mal di schiena attraverso 6 azioni ⁵:

1. comunicare che la diagnostica per immagini non è utile ai fini della diagnosi nella lombalgia acuta non specifica e nelle prime 4-6 settimane di una sciatica, enfatizzando invece il concetto che l'effettuazione di indagini radiologiche possono essere dannose e, quindi, doppiamente inappropriate;

2. fornire al paziente informazioni e rassicurazioni sulla possibile genesi del suo mal di schiena, le ipotetiche cause scatenanti, gli eventuali fattori di rischio connessi all'attività lavorativa e/o ricreativa, ad anomalie strutturali o posturali;
3. comunicare l'alta probabilità di prognosi favorevole legata alla natura benigna del disturbo, ma anche la elevata possibilità di recidive, non indicative di peggioramento, ma con uguale prognosi favorevole, salvo limitate possibilità di cronicizzazione;
4. raccomandare di rimanere attivi e, se possibile, tornare al lavoro, anche se presente lombalgia, nel caso in cui gli incarichi possano essere modificati e/o alleggeriti: questo provvedimento comporta una remissione più rapida dei sintomi ed una riduzione delle recidive;
5. sconsigliare il riposo a letto;
6. consigliare di praticare comunque attività fisica, precisando che non c'è dimostrazione che ci siano esercizi specifici per la lombalgia acuta.

In fase cronica è necessario un approccio più complesso e multidisciplinare, nell'ambito di una moderna riabilitazione in *team*, centrato anch'esso sulla persona e sulla sua complessità bio-psico-sociale, e non sull'anatomia patologica e sul danno supposto (e quasi mai dimostrabile).

Il medico che prende in cura il paziente con il mal di schiena deve essere consapevole che la relazione continua col paziente è strumento di fondamentale importanza per la gestione del MDS di "quel" paziente; deve quindi possedere competenze per avviare e gestire il percorso assistenziale e gli strumenti di analisi critica basati sulla evidenza scientifica per rispondere alla domanda di salute del cittadino e per usufruire, al bisogno, della più appropriata consulenza specialistica.

In questo quadro complessivo non è un caso che l'interesse principale per il MDS, concretizzatosi nell'iniziativa sullo sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici italiani, sia nato all'interno della MG e della Fisiatria, due modalità di approccio ai problemi di salute molto simili e che trovano in questo campo il modo di intersecarsi, in sintonia, sia pure su livelli di complessità assistenziale diversi⁵⁻⁷.

Stefano Giovannoni

Medico di Medicina Generale, Prato, Responsabile Nazionale Area Osteomioarticolare, SIMG

Bibliografia

- 1 Deyo RA, Philips WR. *Low back pain, a Primary Care challenge*. Spine 1996;21;2826-32.
- 2 Giovannoni S. *Cosa dire (e perché) al paziente affetto da lombalgia acuta e subacuta*. Congresso R&R 2005 "Rachide e Riabilitazione multidisciplinare", Milano, 11 marzo 2005.
- 3 New Zeland Guidelines Group. *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss*. In: *New Zeland acute low back pain guide. Guideline library*. New Zeland: Enigma Publishing Ltd. 1998.
- 4 Hadler N. *Occupational musculoskeletal disorders*. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins 1999.
- 5 Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S, Barneschi G, Bonaiuti A, D'Arienzo M, et al. *Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines*. *Eura Medicophys* 2006;42:151-70.
- 6 Giovannoni S. *General Medicine and Rehabilitation: bio-psycho-social answers to back pain in its different stages*. *Eura Medicophys* 2006;42:177-8.
- 7 Negrini S. *Usefulness of disability to sub-classify chronic low back pain and the crucial role of rehabilitation*. *Eura Medicophys* 2006;42:173-5.

PRREFAZIONE

CHE BISOGNO C'ERA DI LINEE GUIDA ITALIANE PER LA LOMBALGIA?

LE NOVITÀ DI QUESTI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Italiani per la lombalgia (PDT) recentemente proposti anche all'attenzione internazionale sulla rivista *Europa Medicophysica* con il titolo: "Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines" ¹, e qui presentati da Pacini Editore per il pubblico italiano nella loro completezza con tutte le tabelle bibliografiche, hanno alcune caratteristiche peculiari rispetto ad altre esperienze di Linee Guida. In particolare, intendiamo sottolineare ²:

- l'utilità pratica del lavoro, ottenuta da un lato attraverso la multidisciplinarietà dell'iniziativa e dall'altro tramite lo strumento utilizzato, le flow-chart;
- l'importanza attribuita non solo al trattamento in quanto tale, ma anche e soprattutto al counselling per il paziente (spiegazioni e suggerimenti comportamentali) ed agli interventi sulle attività della vita quotidiana;
- la distinzione operata tra terapia sintomatica e terapia riabilitativa (e non conservativa);
- le indicazioni proposte anche per la gestione della lombalgia secondaria ad altre patologie del rachide;
- ed infine, ultimo ma non meno importante per il suo grosso significato sia teorico che pratico, il valore classificatorio per la lombalgia cronica dato alla disabilità.

Questa esperienza di Linee Guida è nata multidisciplinare perché si è posta sin dall'inizio l'obiettivo di *coniugare nella pratica medica quotidiana in Italia quanto la letteratura offre oggi nel campo della lombalgia*, cercando di riempire di "sì", ossia di comportamenti positivi, quelle Linee Guida che spesso vengono vissute come una serie di "no", ossia di raccomandazioni che dicono soprattutto che cosa non fare ³. La spinta è nata dalla indicazione ministeriale di produrre dei Percorsi Diagnostico Terapeutici, che dovevano essere percorsi pratici locali basati sulla situazione di ogni singolo territorio: a livello nazionale, quindi, abbiamo scelto lo strumento delle flow-chart, perché consentono al lettore di individuare quali possono essere le vie preferenziali su basi di evidenza da seguire di fronte ad un paziente, con un valore di immediata applicabilità pratica ⁴. Ci siamo per questo trovati costretti a fare delle scelte per riempire tutte quelle "aree grigie" oggi non ancora definite dalla ricerca, e l'unico modo poteva essere quello di sbilanciarsi tramite il parere degli esperti (l'ultimo gradino dell'evidenza), che doveva però essere multidisciplinare per poter avere una qualche validità.

È ampiamente accettato che un *approccio alla persona con lombalgia, basata sul counselling (spiegazioni)*, è più efficace ed efficiente dell'approccio classico alla malattia lombalgia, anatomopatologico ed eziologico ^{5 6}: ciononostante le Linee Guida esistenti, anche le più moderne ⁷, non sembrano essere in grado di evitare una presentazione secondo il tipico modello medico, elencando tutte le possibili terapie. Nei PDT, proprio per sottolineare l'approccio alla persona con lombalgia e non alla patologia lombalgia ^{4 8}, tutte le flow-chart includono come primo passaggio terapeutico proprio il counselling, ed immediatamente dopo gli interventi da operare sulle attività della vita quotidiana e professionale, ed infine le proposte circa l'attività

fisica (presidio indispensabile), per poi giungere alla classica terapia sintomatica e, quando necessaria, a quella riabilitativa. Le specialità che di solito si basano su questo armamentario terapeutico, guardando alla persona nella sua interezza e non semplicemente alla malattia in se, includono la Medicina Generale ⁴, non per niente oggi considerata come il primo gradino indispensabile per una corretta gestione del paziente lombalgico, ma anche la riabilitazione ⁸⁻¹⁰: non per niente proprio in questi ambiti si è più sentita la necessità di produrre questi PDT in Italia ^{2,4}. Anche alla luce di tutto questo, vi è chi giustamente sostiene che i Medici di famiglia dovrebbero sviluppare accuratamente le proprie conoscenze nel campo della lombalgia così come avviene per altre patologie, quali ipertensione, depressione o diabete.

Nel trattamento del dolore i pazienti, e di conseguenza spesso anche i medici curanti, si focalizzano ovviamente sulle terapie per togliere il dolore. D'altra parte, nel trattamento della lombalgia cronica, da molti anni è stato dimostrato che l'attenzione dovrebbe spostarsi dal dolore alla funzionalità ¹¹⁻¹³ e, conseguentemente, *dalle terapie antalgiche/sintomatiche a trattamenti multidisciplinari più complessi* ^{14,15}. I PDT hanno ovviamente recepito e reso trasparente questa evoluzione, distinguendo la terapia sintomatica da quella definita come riabilitativa, intendendo questo termine nell'accezione di recupero funzionale del paziente indipendentemente dalla condizione patologica di base ^{9,10}. Ne è quindi conseguito che le terapie della lombalgia cronica su cui oggi esistono più evidenze e che non sono sintomatiche, cioè esercizi ¹⁶, approcci cognitivo-comportamentali ^{14,15}, *back school* ¹⁷ e trattamenti multidisciplinari ¹⁸, sono state classificate come terapia riabilitativa, anche se oggi esistono diverse applicazioni in base alle discipline nel cui ambito questi trattamenti vengono proposti. Questa decisione, così come la netta distinzione tra terapia sintomatica e riabilitativa, ha portato ad evitare la classica definizione di terapia conservativa, storicamente nata quando chi si occupava di queste patologie era anche chirurgo ed aveva il problema di distinguere ciò che è chirurgico da ciò che non lo è. Di fatto, oggi abbiamo sia le parole che la specialità medica che propongono questi trattamenti, il che permette una definizione positiva (riabilitazione) al posto di una negativa (conservativo, cioè non chirurgico) ^{2,8}. La scelta di usare le flow-chart e la necessità conseguente di coprire tutte le cosiddette "aree grigie" così comuni nella pratica clinica quotidiana, ha permesso di giungere alla decisione di *includere nei PDT anche la lombalgia secondaria a patologie del rachide*, che normalmente viene ignorata dalle Linee Guida cliniche esistenti ^{7,19,20}. Quindi, i PDT coprono non solo l'ernia discale (in genere inclusa nella sezione lombosciatalgia sub-acuta delle Linee Guida), ma anche la scoliosi dolorosa dell'adulto, la stenosi spinale, l'instabilità vertebrale e la spondilolistesi, le spondiloartropatie. Anche in queste condizioni cliniche non si è messo a fuoco solo il trattamento chirurgico, che è stato descritto nel processo diagnostico, sottolineando peraltro chiaramente che la scelta finale è elettiva e dipende quindi dalle necessità e possibilità cliniche, ma anche dalla preferenza del paziente: counselling, interventi sulle attività quotidiane e professionali, sull'attività fisica, terapia sintomatica e riabilitativa sono elencate chiaramente per ogni quadro clinico nell'ambito della scelta conservativa. In questo caso si è infatti mantenuta questa terminologia (terapia conservativa), mantenendo l'idea che in queste lombalgie specifiche il primo punto sia escludere la necessità chirurgica (dapprima nel percorso diagnostico e successivamente in alcuni casi anche nella scelta terapeutica) per poi procedere al trattamento, sia esso counselling, terapia sintomatica o riabilitativa.

Infine affrontiamo l'ultima novità di questi PDT, forse la più interessante dal punto di vista concettuale per gli esperti di lombalgia: *il valore classificatorio della disabilità* ². Sin dalla pubblicazio-

ne da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1980 della "Classificazione internazionale delle Menomazioni, Disabilità ed Handicap"⁹, ed ancor di più oggi dopo la "Classificazione internazionale del Funzionamento"¹⁰, la comunità medica internazionale non può evitare di confrontarsi con l'impatto della disabilità sulle condizioni di salute. Per questo motivo la disabilità non interessa solo il mondo della riabilitazione (che per altro è la branca specialistica medica che più direttamente la affronta), ma tutte le branche della medicina¹⁰. Oggi vengono infatti ampiamente utilizzati da molti clinici in varie patologie i questionari sulla disabilità e la qualità di vita, nonché quelli sulle condizioni di salute, sia generali che specifici, per ogni singola malattia. Questo è particolarmente vero nel mondo della lombalgia dove, forse per la sua ampia diffusione sociale, il loro utilizzo è stato molto precoce²¹, analogamente a quanto è avvenuto per le linee guida, che hanno avuto proprio in questo campo alcuni sforzi pionieristici sin dal lontano 1987²²: i questionari di disabilità per la lombalgia sono oggi ampiamente utilizzati e sono considerati un dato clinico fondamentale, oltre che uno strumento di ricerca^{23 24}. In questa situazione appare strano che la classificazione oggi più usata ed accettata a livello internazionale (lombalgia acuta/subacuta/cronica), che va al di là del processo eziopatogenetico e trova nell'epidemiologia gli strumenti per una prognosi ed addirittura una comprensione dell'eziopatogenesi stessa⁸, non abbia guardato sino a questa esperienza di PDT alla disabilità come un metodo utile per distinguere i diversi pazienti tra di loro. In particolare, è ampiamente riconosciuto che la lombalgia cronica è la più importante categoria diagnostica dal momento che, pur riguardando solo il 5% dei pazienti, genera sino all'80% dei costi elevatissimi della patologia⁷. La lombalgia cronica è anche la condizione clinica in cui è più utile l'uso dei questionari di disabilità²², che sono tra l'altro in grado di distinguere categorie di pazienti sulla base di limiti ormai ben definiti²²: date tutte queste considerazioni è apparso logico alla Commissione per i PDT italiani utilizzare le scale di disabilità per sotto-classificare i pazienti cronici. La distinzione tra bassa ed alta disabilità appare uno strumento utile per decidere se applicare o meno terapie complesse e costose, se inviare o meno a team specialistici riabilitativi ed infine per distinguere in termini di costo-beneficio le scelte cliniche^{1 2}. Oggi la lombalgia acuta a livello internazionale (ma non solo) è chiaramente considerata una patologia di interesse dei Medici di famiglia^{4 6 9 13}, che dovrebbero inviare raramente dagli specialisti sulla base delle necessità cliniche. Il ruolo terapeutico essenziale degli specialisti d'organo è chiaramente quello della gestione terapeutica delle lombalgie specifiche¹, fermi restando possibilità e dovere diagnostico da parte del medico esperto di patologie vertebrali qualunque specialità abbia. Resta comunque il fatto secondo noi che, anche se non è chiaramente detto nei PDT e non è nemmeno stato discusso dalla Commissione, il prossimo passo probabilmente sarà una netta distinzione tra la lombalgia acuta e la maggior parte delle lombalgie croniche a bassa disabilità (che dovrebbero sempre essere riferite al Medico di famiglia), rispetto alla lombalgia sub-acuta ed a quella cronica ad alta disabilità, che dovrebbero essere il campo elettivo della riabilitazione^{2 8}.

Stefano Negrini

ISICO (Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale), Milano

Bibliografia

¹ Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S, et al. *Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines*. *Eura Medicophys* 2006;42:151-70.

- 2 Negrini S. *Usefulness of disability to sub-classify chronic low back pain and the crucial role of rehabilitation*. *Eura Medicophys* 2006;42:173-5.
- 3 Negrini S, Politano E, Carabalona R, Mambrini A. *General practitioners' management of low back pain: impact of clinical guidelines in a non-English-speaking country*. *Spine* 2001;26:2727-33; discussion 2734.
- 4 Giovannoni S. *General Medicine and Rehabilitation: bio-psycho-social answers to back pain in its different stages*. *Eura Medicophys* 2006;42:177-8.
- 5 Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. *Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care*. *Spine* 1999;24:2484-91.
- 6 Waddell G. *Low back pain: a twentieth century health care enigma*. *Spine* 1996;21:2820-5.
- 7 *COST B13: European guidelines for the management of low back pain*. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl 2):s125-7.
- 8 Negrini S. *The low back pain puzzle today*. *Eura Medicophys* 2004;40:1-8.
- 9 *ICIDH - Classificazione Internazionale della Menomazione, della Disabilità e dell'Handicap*. Geneva, Switzerland: World Health Organization 1980.
- 10 *ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2001.
- 11 Nachemson AL. *Newest knowledge of low back pain. A critical look*. *Clin Orthop* 1992;(279):8-20.
- 12 Nachemson AL. *Advances in low-back pain*. *Clin Orthop* 1985;(200):266-78.
- 13 *Back pain*. London: HMSO - CSAG, Committee on Back Pain 1994.
- 14 van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. *Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group*. *Spine* 2001;26:270-81.
- 15 Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. *Behavioural treatment for chronic low-back pain*. *Cochrane Database Syst Rev* 2005(1):CD002014.
- 16 van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. *Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group*. *Spine* 2000;25:2784-96.
- 17 van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. *Back schools for non-specific low back pain*. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD000261.
- 18 Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. *Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain*. *Cochrane Database Syst Rev* 2002(1):CD000963.
- 19 Arnau JM, Vallano A, Lopez A, Pellise F, Delgado MJ, Prat N. *A critical review of guidelines for low back pain treatment*. *Eur Spine J* 2006;15:543-5.
- 20 Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. *Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison*. *Spine* 2001;26:2504-13; discussion 2513-04.
- 21 Roland M, Fairbank J. *The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire*. *Spine* 2000;25:3115-24.
- 22 *Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders*. *Spine* 1987;12(7 Suppl):S1-59.
- 23 Bombardier C. *Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations*. *Spine* 2000;25:3100-3.
- 24 Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, et al. *Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use*. *Spine* 1998;23:2003-13.

INTRODUZIONE

Il Ministero della Salute ha finanziato nel 2002 all'IRCCS Fondazione Don Gnocchi ONLUS di Milano un progetto di ricerca finalizzata dal titolo: "Percorsi diagnostico terapeutici (PDT) evidence-based per le patologie del rachide lombare".

L'Unità Operativa 1 di questo progetto ha avuto il mandato di istituire una Commissione Nazionale in cui fossero rappresentate tutte le Società Scientifiche rappresentanti di una specialità medica e/o di una professione sanitaria che si occupano di problemi del rachide lombare.

Tale commissione ha elaborato dei PDT italiani che si dovrebbero costituire come riferimento scientifico e culturale unico per tutte le iniziative locali di sviluppo di PDT.

I PDT, che sono stati prodotti in modo strettamente evidence-based, sono stati identificati in quanto passaggio successivo, più concreto ed operativo (quasi dei profili clinico-assistenziali) rispetto alle classiche Linee Guida.

Le Linee Guida si sono imposte in questi ultimi anni come uno strumento essenziale per sintetizzare i risultati proposti nella letteratura scientifica e renderli ampiamente disponibili alla generalità della professione medica. Numerose sono oramai le esperienze di Linee Guida nel campo della lombalgia e le esperienze sviluppate in questi anni consentono di affermarne da un lato l'importanza, ma dall'altro anche le difficoltà che si verificano nel momento in cui ci si propone di renderle operative. Critiche mosse alle Linee Guida comprendono il fatto di rispecchiare una realtà essenzialmente "di laboratorio", di proporre spesso indicazioni più negative che positive (cosa fare), di essere una serie di indicazioni che non propongono però un quadro coerente ed esaustivo di quanto un medico dovrebbe fare.

Si è andato recentemente affermando il concetto di Percorso Diagnostico Terapeutico, come strumento operativo che consenta di tradurre in pratica le affermazioni delle Linee Guida: la differenza essenziale risiede nel fatto che queste ultime normalmente sono proposte per ogni singolo strumento diagnostico e terapeutico, mentre i primi sono dei percorsi organici, veri e propri profili di assistenza. In pratica, dei diagrammi di flusso approfonditi che sintetizzano i dati della letteratura offrendo però un quadro organico rispetto ai "comportamenti" da assumere e riempiendo così le "aree grigie" che sono numerose.

Le Linee Guida abbondano nel campo della lombalgia, mentre mancano completamente a livello internazionale proposte ed esperienze su PDT, anche perché questi devono essere coerenti con le realtà sanitarie locali.

I PDT condivisi dalle società scientifiche di rilevanza nazionale serviranno da impianto sul quale sviluppare le successive esperienze locali del Servizio Sanitario Nazionale.

PERCHÉ I PDT SUL MAL DI SCHIENA

Il mal di schiena (MDS) è il disturbo osteoarticolare più frequente, rappresentando, dopo il comune raffreddore, la più comune affezione dell'uomo. Quasi l'80% della popolazione è destinato ad un certo punto della vita a presentare una lombalgia. Le osservazioni indicano una prevalenza annuale dei sintomi nel 50% degli adulti in età lavorativa, di cui il 15-20% ricorre a cure mediche. Con questa premessa risulta evidente come il MDS possa essere una delle cause più frequenti di accesso diretto al Medico di Medicina Generale (MMG), dal momento che quest'ultimo è quasi sempre il primo sanitario che inizia il percorso assistenziale del paziente lombalgico. Infatti, il MDS rappresenta il 3,5% degli accessi medici totali al Servizio Medicina Generale (3ª causa dopo ipertensione arteriosa e medicina preventiva), poco meno del 20% di tutte le cause osteoarticolari. Questi dati rendono ragione del fatto che ogni giorno un MMG presta assistenza a 2-3 pazienti con MDS.

Il MDS interessa uomini e donne in ugual misura; insorge più spesso fra 30 e 50 anni di età; 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. Per le persone al di sotto dei 45 anni di età, la lombalgia è la più comune causa di disabilità. Nonostante l'economia post-industriale sia sempre meno pesante per il lavoratore per la maggiore automazione del ciclo produttivo e la medicina abbia sviluppato moltissimo la capacità di diagnosi e cura, l'inabilità al lavoro causata dal MDS aumenta costantemente.

Le metodiche di diagnostica per immagini dovrebbero rispettare l'analisi del procedimento clinico e molto spesso questo non accade: il loro uso al di fuori di un'ipotesi diagnostica mirata non solo non aggiunge ulteriori dati rispetto all'anamnesi ed all'esame obiettivo, ma mette a rischio di trattamento per lesioni occasionalmente evidenziate (come, per esempio, dischi protrusi o addirittura erniati), asintomatiche ed estranee al quadro clinico presentato. Non è da sottovalutare l'induzione di esami strumentali ad opera dello stesso paziente, che chiede spesso al medico di effettuare radiografie o diagnostica per immagini più complessa e, se accontentato, manifesta più soddisfazione dell'assistenza ricevuta: una scommessa delle cure primarie è quella di aumentare la soddisfazione del paziente senza ricorrere ad esami inutili.

Per quanto riguarda gli approcci terapeutici, si osserva una grande variabilità nell'assistenza e un altissimo ricorso alla prescrizione di terapie fisiche e esercizi, che si traduce in costi assai elevati per l'individuo e la collettività, nonostante che per molte di esse non si trovi alcuna corrispondenza di efficacia nei dati di letteratura.

Nel percorso assistenziale del paziente con MDS, il primo sanitario consultato è di norma il MMG che deve possedere competenze per una prima valutazione globale (preventiva, diagnostica, terapeutica e prognostica) e gli strumenti di analisi critica basata sulla evidenza scientifica per gestire la domanda del cittadino, spesso indotta da "mode" e falsi miti, e per fare, al bisogno, un invio mirato scegliendo la più appropriata consulenza specialistica.

METODOLOGIA DI PRODUZIONE

I membri del gruppo multidisciplinare che ha elaborato il presente documento sono stati scelti dalle singole società scientifiche che hanno partecipato al progetto. La Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), la Società Italiana di Medicina d'Emergenza ed Urgenza (SI-MEU) e la Società Italiana di Psicologia Medica (SIPM), invitate a partecipare ai lavori, non hanno inviato un loro rappresentante. In una prima riunione generale di avvio del progetto, tenutasi del marzo del 2003, sono stati definiti i metodi di lavoro e gli scenari clinici per i quali costruire singoli percorsi diagnostico terapeutici.

L'epidemiologa ha effettuato la ricerca di letteratura, la valutazione della qualità metodologica e la sintesi dei dati su tabelle riassuntive che sono state inviate a tutti i membri del gruppo. Ciascun membro del gruppo multidisciplinare ha proposto per ciascuno degli scenari definiti il percorso diagnostico terapeutico di sua competenza più appropriato alla luce della esperienza clinica e dei dati di efficacia reperiti in letteratura. Tali percorsi dovevano essere conformi alle indicazioni di appropriatezza fornite dai comitati scientifici della società che lo specialista rappresenta nel gruppo. I responsabili del progetto e l'epidemiologa hanno raccolto tutte le proposte e, sulla base di queste, hanno elaborato una prima versione dei PDT. In due successive riunioni plenarie, le bozze dei PDT sono state ridiscusse da tutti i membri gruppo per arrivare a stendere la versione definitiva.

Ricerca bibliografica

Sono state utilizzate le Linee Guida internazionali selezionate come quelle di migliore qualità metodologica dalla banca dati di Linee Guida del Programma Nazionale Linee Guida (PNLG). Per quanto riguarda gli studi sull'efficacia dei trattamenti si è fatto riferimento alla sintesi effettuata nel volume Clinical Evidence, edizione dicembre 2004. Inoltre sono state considerate le revisioni sistematiche sulla diagnosi e il trattamento pubblicate dal 1994 al dicembre 2004 sulla banca dati Medline, Cochrane Library non incluse nel volume Clinical Evidence. Le revisioni sistematiche sono state sottoposte ad una valutazione critica della qualità metodologica da parte dell'epidemiologa del gruppo.

GRADUAZIONE DELLE PROVE DI EFFICACIA E DELLA FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

Grading delle prove di efficacia

- I Prove da più Studi Controllati Randomizzati (RCT) e o da Revisioni Sistematiche (SR) di RCT
- II Prove da un solo RCT
- III Prove da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro SR
- IV Prove da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro SR
- V Prove da studi di casistica (serie di casi)

VI Prove basate su opinione di esperti autorevoli, comitati di *consensus conference* o membri del gruppo di lavoro di questa Linea Guida (LG)

Grading della forza delle raccomandazioni

- A** L'indicazione ad eseguire o a non eseguire la procedura è fortemente raccomandata *per tutti i pazienti*. Si applica a raccomandazioni sostenute da prove di buona qualità, di tipo I o II (**A**) o a raccomandazioni relative a problemi o trattamenti non valutabili con RCT (es: aspetti psicologici, informazione del paziente, aspetti etici) o relative a dati ovvi della esperienza clinica e non confutabili (**A***).
- B** Si nutrono dubbi sul fatto che l'esecuzione della procedura debba sempre essere raccomandata per tutti i pazienti, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
- C** Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura. Si riferisce a procedure valutabili con studi controllati randomizzati per le quali non sono stati reperiti studi oppure gli studi reperiti avevano risultati contrastanti, per cui non possono essere tratte conclusioni sulla base dei dati di letteratura.

Il sistema di grading che è stato utilizzato non prevede una corrispondenza rigida con i livelli di prova basati sui dati della letteratura, ma, pur considerando questi ultimi come elemento imprescindibile, si allarga a considerare anche altri aspetti, per arrivare a formulare una valutazione più completa delle procedure diagnostico-terapeutiche e in definitiva raccomandazioni più applicabili in un contesto clinico reale. Gli elementi considerati per graduare la forza delle raccomandazioni sono i seguenti:

- livello di evidenza;
- applicabilità pratica della raccomandazione (contesto locale in cui si applica, disponibilità di strutture, barriere culturali);
- considerazioni di carattere etico e psicologico;
- costi della procedura.

AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

Il prossimo aggiornamento del presente documento è previsto entro la fine del 2008. Il gruppo di lavoro effettuerà in ogni caso un monitoraggio della letteratura scientifica che verrà pubblicata entro tale data e potrà essere deciso un aggiornamento del documento prima della data prevista se in letteratura compariranno elementi di novità significativi.

STRATEGIE DI IMPLEMENTAZIONE

Le Linee Guida difficilmente potranno tradursi in cambiamenti effettivi e miglioramenti della modalità di assistenza in assenza di strategie attive di implementazione da effettuarsi a livello

periferico. I dati della letteratura più recente infatti evidenziano che la diffusione passiva delle linee guida, se pur si costituisce come fase necessaria e preliminare, è da sola insufficiente a promuovere cambiamenti nei comportamenti degli operatori sanitari.

Le strategie di diffusione del presente documento saranno:

- pubblicazione della versione sintetica dei PDT sulle riviste delle società scientifiche coinvolte;
- pubblicazione della versione completa dei PDT sui siti internet delle società scientifiche coinvolte;
- pubblicazione cartacea della versione completa dei PDT;
- presentazione dei PDT in occasione dei congressi nazionali delle società scientifiche coinvolte.

Sarà inoltre compito delle diverse società scientifiche realizzare, a livello locale (es: regionale) specifiche strategie di implementazione, quali:

- realizzazione di strumenti con funzione di "reminders": versione tascabile plastificata delle flow charts, inserimento delle raccomandazioni nelle cartelle cliniche informatizzate;
- organizzazione di workshops e giornate di formazione specifiche per la presentazione e la discussione delle raccomandazioni contenute nei PDT.

DEFINIZIONI

Il **MDS acuto** è 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 (lombalgia non specifica) che può causare l'impossibilità di svolgere la normale attività quotidiana, con possibile assenza dal lavoro, e che ha una durata inferiore alle 4 settimane (1 mese).

Il **MDS subacuto** si presenta con la stessa sintomatologia la cui durata si prolunga oltre le 4 settimane e fino a tre mesi.

La **lombosciatalgia** è rappresentata da una lombalgia con irradiazione dolorosa al di sotto del ginocchio (interessamento di L5 o S1, in oltre il 90% dei casi di radicolopatia); la lombocruralgia è dovuta ad interessamento di L2, L3, L4. Il dolore all'arto può essere presente anche in assenza di dolore lombare.

Se i sintomi si protraggono oltre 3 mesi si parla di **lombalgia** o di **lombosciatalgia cronica**.

Si definisce **MDS ricorrente** una condizione clinica caratterizzata da episodi acuti che durano < 4 settimane e si ripresentano dopo periodo di benessere.

QUADRI CLINICI TRATTATI

- Paziente con lombalgia acuta al primo episodio (durata \leq 1 mese) o episodi ricorrenti.
- Paziente con lombosciatalgia acuta al primo episodio (durata \leq 1 mese) o episodi ricorrenti.
- Paziente con lombalgia sub-acuta (durata 1-3 mesi).
- Paziente con lombosciatalgia sub-acuta (durata 1-3 mesi).
- Paziente con lombalgia cronica (durata $>$ 3 mesi).
- Paziente con lombosciatalgia e ernia discale.
- Paziente con lombalgia e canale stretto.
- Paziente con lombalgia e instabilità vertebrale.
- Paziente con lombalgia e scoliosi.
- Paziente con lombalgia e spondiloartrite.

PUBBLICAZIONE SCIENTIFICA

Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S, Barneschi G, Bonaiuti D, Busotti A, D'Arienzo M, Di Lorenzo N, Mannoni A, Mattioli S, Modena V, Padua L, Serafini F, Violante FS. *Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines*. *Eura Medicophys* 2006;42:151-70.

SINTESI DELLE PROVE DI EFFICACIA

Negli schemi delle pagine che seguono vengono riportate tutte le fonti della letteratura che sono state utilizzate per la stesura "evidence based" di questo documento. Sono organizzate in termine di prove di efficacia rispetto alla diagnosi ed alla terapia, oltre alle Linee Guida consultate. Queste tabelle costituiscono parte integrante del testo e sono di per sé un riferimento fondamentale per chi fosse interessato ad ulteriori approfondimenti specifici.

SINTESI DELLE PROVE DI EFFICACIA SULLA DIAGNOSI					
Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivi della revisione	Caratteristiche pazienti/ patologia	Setting	Esame valutato, reference standard	Numero e disegno studi inclusi
Jarvik JG, Deyo RA. <i>Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. Ann Intern Med</i> 2002;137:586-97	Valutare l'accuratezza delle informazioni cliniche e della diagnostica per immagini. In particolare valutare in che misura i diversi strumenti diagnostici aiutano a rispondere al seguente quesito: distinguere il 95% dei pazienti con lombalgia semplice dal 5% con sottostante seria patologia o deficit neurologici che richiedono una valutazione chirurgica. Patologie considerate: malattie sistemiche (metastasi ossee, infezioni spinali, fratture). Ernia del disco, stenosi del canale midollare, spondilite anchilosante	Soggetti con lombalgia e/o sciatologia	Assistenza di primo livello	Anamnesi: esame obiettivo, RX, TC, MRI Reference standard: non specificato	Non specificato

Qualità metodologica	Misure di risultato	Risultati, livello di evidenza	Conclusioni dell'autore e note
<p>Descrizione modalità identificazione studi: parzialmente adeguata, descritte banche dati, anni coperti (1966-2001), ma non la strategia di ricerca</p> <p>Completezza della ricerca: inadeguata</p> <p>BD: Medline</p> <p>Possibilità di selection bias: sì, cercati solo gli studi pubblicati</p> <p>Descrizione criteri inclusione studi: inadeguata, non sono descritti i criteri di inclusione</p> <p>Modalità di selezione studi: non valutabile, le informazioni non sono riportate</p> <p>Valutazione qualità metodologica: inadeguata, non è stata effettuata</p> <p>Tabella riassuntiva con descrizione studi primari: no</p> <p>Meta-analisi: no</p>	<p>Sensibilità</p> <p>Specificità</p> <p>Valore predittivo positivo</p> <p>Valore predittivo negativo</p>	<p>I risultati sono riportati in modo discorsivo secondo lo stile delle revisioni narrative e non sono ulteriormente sintetizzabili. Si rimanda pertanto al testo integrale della revisione che viene allegato</p> <p>Livello di evidenza: non definibile per mancanza di informazioni sugli studi primari</p>	<p>Conclusioni dell'autore</p> <p>La strategia diagnostica proposta dalle Linee Guida dell'ACPR del 1994 risulta tuttora valida</p> <p>La radiografia della colonna non è indicata per soggetti di età < 50 anni senza segni o sintomi di malattia sistemica. Per soggetti di età > 50 anni o con segni e sintomi di malattia sistemica è indicata una RX della colonna e la VES</p> <p>Per i pazienti con evidenza di radicolopatia è indicato il trattamento conservativo per 6 sett. Se non si osservano miglioramenti dopo tale periodo è indicato eseguire una MRI</p> <p>Se i segni di radicolopatia sono bilaterali e associati a ritenzione urinaria è appropriato un'urgente valutazione con TC o MRI e l'invio a specialisti di secondo livello</p> <p>Note</p> <p>La revisione ha notevoli carenze metodologiche, in particolare non descrive come sono stati reperiti gli studi che considera, non specifica i criteri di inclusione, non valuta la qualità metodologica degli studi primari. Pertanto non è possibile saper in che misura le conclusioni possono essere ritenute valide</p> <p>Viceversa il vantaggio di proporre un approccio diagnostico pratico immediatamente utilizzabile nella pratica clinica e proporre una flow chart che può essere un utile punto di partenza per la elaborazione di un PDT</p>

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivi della revisione	Caratteristiche pazienti/ patologia	Setting	Esame valutato, reference standard	Numero e disegno studi inclusi
<p>Vrooman PC, de Krom MC, Knotterus JA. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of sciatica due to disc herniation: a systematic review. <i>J Neural</i> 1999;246:899-906</p>	<p>Valutare il valore diagnostico di anamnesi e d' esame obiettivo in pazienti con sciatica</p>	<p>Soggetti con lombosciatalgia e/o sciatalgia con o senza disfunzioni neurologiche</p>	<p>Assistenza di secondo o terzo livello (69% degli studi effettuati in reparti di chirurgia)</p>	<p>Anamnesi; esame obiettivo Reference standard: reperto chirurgico, CT, mielografia, CT-mielografia, MRI</p>	<p>37 studi, di cui 26 con gold standard chirurgico, 3 con mielografia come gold standard, 2 con CT-mielografia, 1 con CT, 5 con una combinazione di più reference standard</p>
Qualità metodologica					
<p>Descrizione modalità identificazione studi: adeguata, descritte banche dati, anni coperti (1965-1994), la strategia di ricerca utilizzata</p> <p>Completezza della ricerca: parzialmente adeguata</p> <p>BD: Medline, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Huisarts en Wetenschap; bibliografie di articoli reperiti contattati con esperti. Non cercati lavori non pubblicati</p> <p>Possibilità di selection bias: sì, cercati solo gli studi pubblicati. Inclusi solo i lavori pubblicati in inglese, francese, tedesco, olandese</p> <p>Descrizione criteri inclusione studi: inadeguata, non sono descritti i criteri di inclusione</p> <p>Modalità di selezione studi: non valutabile, le informazioni non sono riportate</p> <p>Valutazione qualità metodologica: adeguata, è stato effettuato e sono riportati i criteri utilizzati</p> <p>Tabella riassuntiva con descrizione studi primari: sì</p> <p>Meta-analisi: sì per alcune misure</p>	<p>Misure di risultato</p> <p>Sensibilità</p> <p>Specificità</p> <p>Valore predittivo positivo</p> <p>Valore predittivo negativo</p>	<p>Risultati, livello di evidenza</p> <p>SIR test</p> <p>Meta-analisi</p> <p>Studi senza gold standard chirurgico</p> <p>SENS: 0,85 (CI 95%: 0,38-0,98)</p> <p>SPEC: 0,52 (CI 95%: 0,26-0,76)</p> <p>Studi con gold standard chirurgico</p> <p>SENS: 0,91 (CI 95%: 0,78-0,97)</p> <p>SPEC: 0,32 (CI 95%: 0,17-0,52)</p> <p>Gross SIR test</p> <p>Meta-analisi</p> <p>Studi senza gold standard chirurgico</p> <p>SENS: 0,32 (CI 95%: 0,16-0,54)</p> <p>SPEC: 0,98 (CI 95%: 0,94-0,99)</p> <p>Dolore</p> <p>Sciatica</p> <p>SENS: 99%</p> <p>SPEC: 6%</p> <p>Dolore sotto il ginocchio</p> <p>SENS: 90%</p> <p>SPEC: 15%</p> <p>Alterazioni sensibilità</p> <p>Sintomi</p> <p>SENS: 30%</p> <p>SPEC: 58%</p> <p>Deficit</p> <p>SENS: 60,28%</p> <p>SPEC: 57,65%</p>	<p>Conclusioni dell'autore e note</p> <p>Conclusioni dell'autore</p> <p>La distribuzione del dolore sembra essere l'unico sintomo sensibile. La paresi non sembra essere né sensibile né specifica; i deficit sensoriali non sembrano essere né sensibili né specifici; la depressione dei riflessi non è un segno sensibile</p> <p>Il SIR sembra essere un segno sensibile; il gross SIR sembra essere un segno specifico</p> <p>Tutti gli studi sono stati realizzati in setting di assistenza di secondo o terzo livello; pertanto si tratta probabilmente di pazienti con quadri gravi. Di conseguenza questi risultati non sono generalizzabili all'assistenza di primo livello</p> <p>Note</p> <p>La revisione è di buona qualità dal punto di vista metodologico. In particolare molta attenzione è stata data dagli autori alla valutazione della qualità metodologica degli studi primari</p>		

Presi

Ileopsoas
 SENS: 10%
 SPEC: 97%
 Tibiale anteriore
 SENS: 54%
 SPEC: 89%
 Gastrocnemio
 SENS: 13,47%
 SPEC: 100, 52%
 Estensore dell'alluce
 SENS: 62%
 SPEC 50%

Riduzione riflessi

Ginocchio
 SENS: 4,14%
 SPEC: 92, 65%
 Caviglia
 SENS: 54, 48, 54%
 SPEC: 68, 89, 60%

Livello di evidenza: III

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivi della revisione	Caratteristiche pazienti/ patologia	Setting	Esame valutato, reference standard	Numero e disegno studi inclusi
Devillè WL, va der Windt DA, Dzaravag A et al. The test of Laseque. Systematic Review of the accuracy in diagnostic herniated discs. Spine 2000;25:1140-7	Valutare l'accuratezza diagnostica del SLR test e del cross SLR	Soggetti con lombosciatalgia e/o sciatalgia	Assistenza di secondo o terzo livello	SLR test, cross SLR test Reference standard: reperto chirurgico	15 studi retrospettivi con gold standard chirurgico

Qualità metodologica	Misure di risultato	Risultati, livello di evidenza	Conclusioni dell'autore e note
<p>Descrizione modalità identificazione studi: adeguata, descritte banche dati, anni coperti (1992-1997), la strategia di ricerca utilizzata</p> <p>Completezza della ricerca: parzialmente adeguata</p> <p>BD: Medline, Embase, bibliografie di articoli non cercati lavori non pubblicati</p> <p>Possibilità di selection bias: sì, cercati solo gli studi pubblicati</p> <p>Descrizione criteri inclusione studi: parzialmente adeguati, descritti tutti i criteri di inclusione</p> <p>tranne le caratteristiche dei pazienti</p> <p>Modalità di selezione studi: inadeguata, effettuata da un solo revisore</p> <p>Valutazione qualità metodologica: adeguata, è stata effettuata e sono riportati i criteri utilizzati</p> <p>Tabella riassuntiva con descrizione studi primari: sì</p> <p>Meta-analisi: sì</p> <p>Metodi statistici riportati: sì</p> <p>Analisi eterogeneità: sì</p>	<p>Sensibilità</p> <p>Specificità</p> <p>Valore predittivo positivo</p> <p>Valore predittivo negativo</p>	<p>SLR test</p> <p>Meta-analisi</p> <p>SENS: 0,91 (CI 95%: 0,82-0,94)</p> <p>SPEC: 0,26 (CI 95%: 0,16-0,38)</p> <p>VP+: 0,89 (con una prevalenza media dell'86%)</p> <p>VP-: 0,33</p> <p>Cross SLR test</p> <p>SENS: 0,29 (CI 95%: 0,24-0,34)</p> <p>SPEC: 0,88 (CI 95%: 0,86-0,90)</p> <p>VP+: 0,92 (con una prevalenza media del 82%)</p> <p>VP-: 0,2</p> <p>Livello di evidenza: III</p>	<p><i>Conclusioni dell'autore</i></p> <p>L'accuratezza diagnostica del SLR è ridotta dalla sua bassa specificità. Non si possono trarre conclusioni definitive basandosi sui risultati di questa revisione a causa della bassa qualità metodologica degli studi primari; in particolare in tutti gli studi non è possibile verificare se si è verificato il "verification bias" (che comporta una sovrastima della sensibilità e una sottoestima della specificità)</p> <p>Inoltre tutti gli studi sono stati effettuati con pazienti operati e quindi i risultati non sono generalizzabili a pazienti con quadri meno gravi che si rivolgono all'assistenza di primo livello</p> <p><i>Note</i></p> <p>La revisione è di buona qualità dal punto di vista metodologico. In particolare molta attenzione è stata data dagli autori alla valutazione della qualità metodologica degli studi primari</p>

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivi della revisione	Caratteristiche pazienti/ patologia	Setting	Esame valutato, reference standard	Numero e disegno studi inclusi
van den Hoogen HM, Koes BW, van Eijk JT et al. <i>On the accuracy of history, physical examination, and electrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria based review of the literature. Spine</i> 1995;20:318-27	Valutare l'accuratezza di anamnesi, esame obiettivo e velocità di eritrosedimentazione (VES) in pazienti con lombalgia. Questi esami vengono considerati in quanto quelli che consentono di fare una diagnosi preliminare e decidere di conseguenza se inviare il paziente agli specialisti o prescrivere la diagnostica per immagini. <i>Patologie considerate:</i> radicolopatia, tumore osseo o metastasi, spondilite anchilosante	Soggetti con lombalgia o lombosciatalgia	Assistenza di secondo o terzo livello (tutti gli studi sui pazienti con radicolopatia, 7 di 9 studi su pazienti con tumore vertebrale e 7 di 8 studi su pazienti con spondilite anchilosante erano realizzati in setting ospedaliero)	Anamnesi: esame obiettivo, VES. <i>Reference standard:</i> reperto chirurgico, impressione clinica complessiva dopo diagnostica per immagini per radicolopatia e tumore vertebrale, i <i>New York Criteria</i> per spondilite anchilosante	19 studi con pazienti con radicolopatia, 9 studi con pazienti con tumore vertebrale, 8 studi con pazienti con spondilite anchilosante
Qualità metodologica	Misure di risultato	Risultati, livello di evidenza	Conclusioni dell'autore e note		
Descrizione modalità identificazione studi: adeguata, descritte banche dati, anni coperti (1986-1992), la strategia di ricerca utilizzata. Completezza della ricerca: inadeguata. <i>BD:</i> Medline; bibliografie di articoli reperiti. Non cercati lavori non pubblicati. Possibilità di selection bias: sì, cercati solo gli studi pubblicati. Consultata una sola <i>BD</i> . <i>Descrizione criteri inclusione studi:</i> parzialmente adeguata, descritti tutti i criteri di inclusione tranne le caratteristiche dei pazienti. <i>Modalità di selezione studi:</i> non valutabile, le informazioni non sono riportate. <i>Valutazione qualità metodologica:</i> adeguata, è stata effettuata e sono riportati i criteri utilizzati. <i>Tabella riassuntiva con descrizione studi primari:</i> no. <i>Meta-analisi:</i> no	Sensibilità Specificità Valore predittivo positivo Valore predittivo negativo	RADICULOPATIA SLR SENS: 0,97, 0,96, 0,88, 0,73, 1, 0,8, 0,98, 0,94, 0,96 SPEC: 0,11, 0,14, 0,22, 0,61, 0,44, 0,14 SLR < 30° SENS: 0,27, 0,12; SPEC: 0,94 Gross SLR SENS: 0,23, 0,23, 0,42; SPEC: 0,88, 0,95, 0,86 Controlateral SLR SENS: 0,50, 0,44, 0,43, 0,42; SPEC: 0,57, 0,94 Sciatica SENS: 0,79, 0,91, 0,74; SPEC: 0,14 Alterazioni sensibilità Deficit SENS: 0,39, 0,16, 0,29; SPEC: 0,80, 0,67 Paresi: estensore dell'ulna SENS: 0,45, 0,82, 0,63, 0,30; SPEC: 0,52, 0,68 Riduzione riflessi Ginocchio: SENS: 0,07, 0,15, 0,04; SPEC: 0,67, 0,96 Caviglia: SENS: 0,52, 0,48, 0,56, 0,31; SPEC: 0,89, 0,57, 0,80 TUMORE VERTEBRALE VES: ≥ 20 mm/hr SENS 0,78; SPEC 0,67; > 10 mm/hr SENS: 0,77 LBP > 1 mese: SENS: 0,50; SPEC: 0,81 Sciatica: SENS: 0,93, 0,58; SPEC: 0,78 Spinal tenderness: SENS: 0,15, 0,80, 0,54; SPEC: 0,60, 0,78, Riduzione sensibilità: SENS: 0,41, 0,74, 0,79; SPEC: 0,81, 0,85 Riduzione riflessi: SENS: 0,65, 0,38; SPEC: 0,46 SPONDILITE ANCHILOSANTE Inizio cronico del dolore SENS: 0,53, 0,88; SPEC: 0,51, 0,76 LBP > 3 mesi SENS: 0,71, 0,86; SPEC: 0,54, 0,64 VES aumentata SENS: 0,69; SPEC: 0,68 Livello di evidenza: III	Conclusione dell'autore <i>Conclusioni dell'autore</i> Gli studi reperiti non consentono di trarre conclusioni definitive, principalmente a causa delle debolezze metodologiche degli studi primari e soprattutto a causa del "referral bias". L'anamnesi, l'esame obiettivo e la VES appaiono comunque essere esami poco accurati nel setting di medicina generale. <i>Note</i> La revisione è di buona qualità dal punto di vista metodologico. In particolare molta attenzione è stata data dagli autori alla valutazione della qualità metodologica degli studi primari. Il limite principale è costituito dal fatto che gli studi reperiti sono effettuati su pazienti altamente selezionati e con i quadri più gravi (seffing ospedaliero praticamente in tutti gli studi). Di conseguenza i risultati non sono generalizzabili all'assistenza di primo livello. Inoltre gli studi reperiti non sono quelli ideati per rispondere al quesito principale della revisione: cioè la misura in cui l'anamnesi, l'esame obiettivo e la VES possono adeguatamente individuare, al primo livello di assistenza, la percentuale di soggetti da inviare all'assistenza di secondo livello. I risultati di accuratezza di questa revisione sicuramente sovrastimano, come riconoscono gli stessi autori, i dati di accuratezza (sensibilità) che si potrebbero avere con pazienti meno selezionati.		

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivi della revisione	Caratteristiche pazienti/ patologia	Setting	Esame valutato, reference standard	Numero e disegno studi inclusi
Boos N, Lander PH. Clinical efficacy of imaging modalities in the diagnosis of low back pain disorders. Eur. Spine J 1996;5:2-22	Effettuare una rassegna degli studi pubblicati sulla diagnostica per immagini e raggrupparli per tipo di quesito a cui vogliono rispondere: aspetti tecnici degli strumenti; accuratezza diagnostica, impatto diagnostico (utilità per fare diagnosi), impatto terapeutico, impatto clinico (outcome clinico), analisi costi-benefici	Soggetti con patologie spinali senza ulteriori specificazioni	Non specificato	CT, MRI, CT-mielografia, mielografia, discografia Reference standard: non specificato	Aspetti tecnici: n. 593 Accuratezza diagnostica: n. 57 Impatto diagnostico: n. 7 Impatto terapeutico: n. 4 Impatto clinico: n. 9 Analisi costi-benefici: n. 2
<p>Qualità metodologica</p> <p><i>Descrizione modalità identificazione studi:</i> adeguata, descritte banche dati, anni coperti (1985-1995), la strategia di ricerca utilizzata</p> <p><i>Completezza della ricerca:</i> inadeguata</p> <p><i>BP:</i> Medline. Non cercati lavori non pubblicati</p> <p><i>Possibilità di selection bias:</i> sì, cercati solo gli studi pubblicati. Consultata una sola BD</p> <p><i>Descrizione criteri inclusion studi:</i> inadeguata, non descritti i criteri di inclusion</p> <p><i>Modalità di selezione studi:</i> non valutabile, le informazioni non sono riportate</p> <p><i>Valutazione qualità metodologica:</i> inadeguata, non è stata effettuata</p> <p><i>Tabella riassuntiva con descrizione studi primari:</i> solo per alcuni studi</p> <p><i>Meta-analysis:</i> no</p>	<p>Misure di risultato</p> <p><i>Accuratezza diagnostica:</i> sensibilità specificità</p> <p><i>Impatto diagnostico:</i> % casi nei quali l'esame è giudicato utile per fare diagnosi</p> <p><i>Impatto terapeutico:</i> % immagini giudicate utili per impostare terapia o per cambiare una terapia o per evitare terapie inutili</p> <p><i>Impatto clinico:</i> % pazienti migliorati, morbidità evitata</p>	<p>Risultati, livello di evidenza</p> <p>Gli autori presentano i dati in modo descrittivo secondo lo stile delle revisioni narrative. Descrivono solo alcuni degli studi reperiti, non danno informazioni adeguate del loro disegno di studio né della loro qualità metodologica. Inoltre i risultati degli studi sono riportati in modo diverso da studio a studio e non sono perciò confrontabili. Pertanto tali risultati non possono essere utilizzati per trarre conclusioni e non vengono riportati</p> <p>Livello di evidenza: non valutabile per mancanza di informazioni sugli studi primari</p>	<p>Conclusioni dell'autore e note</p> <p><i>Conclusioni dell'autore</i> La gran parte degli studi reperiti analizza gli aspetti tecnici della procedura. Vi è carenza di studi ben disegnati che valutino l'utilità della diagnostica per immagini agli altri livelli di efficacia</p> <p><i>Note</i> La revisione soffre di numerose debolezze metodologiche. I risultati non possono essere utilizzati per trarre conclusioni sulla accuratezza diagnostica degli esami per immagini, né per valutare il loro impatto terapeutico o clinico</p>		

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivi della revisione	Caratteristiche pazienti/ patologia	Setting	Esame valutato, reference standard	Numero e disegno studi inclusi
van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW et al. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. Spine 1997;22:427-34	Valutare la relazione causale fra anomalie radiografiche e lombalgia non specifica	Soggetti con e senza lombalgia	Non specificato	RX colonna	31 studi osservazionali

Qualità metodologica	Misure di risultato	Risultati, livello di evidenza	Conclusioni dell'autore e note
<p>Descrizione modalità identificazione studi: adeguata, descritte banche dati, anni coperti (1966-1994), la strategia di ricerca utilizzata</p> <p>Completezza della ricerca: parzialmente adeguata</p> <p>BD: Medline, Embase, bibliografie degli studi reperiti, contattati con esperti. Non cercati lavori non pubblicati</p> <p>Possibilità di selection bias: sì, cercati solo gli studi pubblicati. English language bias</p> <p>Descrizione criteri inclusione studi: adeguata, descritti tutti i criteri di inclusione</p> <p>Modalità di selezione studi: non valutabile, le informazioni non sono riportate</p> <p>Valutazione qualità metodologica: adeguata, è stata effettuata e i criteri sono riportati</p> <p>Tabella riassuntiva con descrizione studi primari: sì</p> <p>Meta-analisi: no</p>	<p>OR della associazione fra anomalie radiografiche e lombalgia semplice</p> <p>Associazione fra degenerazione artrosica e lombalgia (12 studi) OR: range da 1,21 a 3,32 (la maggior parte degli intervalli di confidenza non include l'uno)</p> <p>Associazione fra spondilolistesi o spondilolistesi e lombalgia (7 studi) OR: range da 0,33 a 2,12 (la maggior parte degli intervalli di confidenza include l'uno)</p> <p>Associazione fra spina bifida e lombalgia (2 studi) OR: 0,50, 0,69 (uno studio ha intervalli di confidenza che non includono l'uno)</p> <p>Associazione fra vertebra transizionale e lombalgia (3 studi) OR: range da 0,53 a 0,85 (solo uno studio con intervalli di confidenza che non includono l'uno)</p> <p>Associazione fra malattia di scheuermann e lombalgia (2 studi) OR: 0,81, 3,60 (gli intervalli di confidenza includono l'uno in entrambi gli studi)</p> <p>Livello di evidenza: IV</p>	<p>Conclusioni dell'autore L'unica anomalia radiografica che sembra essere associata con la lombalgia semplice è la degenerazione artrosica. Però a causa delle debolezze metodologiche degli studi primari non si può considerare questa conclusione come definitiva</p> <p>Note La revisione è ben fatta dal punto di vista metodologico</p>	

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivi della revisione	Caratteristiche pazienti/ patologia	Setting	Esame valutato, reference standard	Numero e disegno studi inclusi
Kardoun JW, Schipper J, Braakman R. CT, myelography and phlebography in the detection of lumbar disk herniation: an analysis of the literature. AJNR 1989;10:1111-1122	Valutare accuratezza di CT, mielografia, flebografia nella individuazione di un ernia del disco	Non specificato	Non specificato	CT, mielografia, flebografia Reference standard: non specificato	25 studi, di cui 11 su CT
<p>Qualità metodologica</p> <p>Descrizione modalità identificazione studi: inadeguata, mancano tutte le informazioni</p> <p>Completezza della ricerca: non valutabile</p> <p>Possibilità di selection bias: sì, cercati solo gli studi pubblicati</p> <p>Descrizione criteri inclusione studi: inadeguata, non sono descritti i criteri di inclusione</p> <p>Modalità di selezione studi: non valutabile, le informazioni non sono riportate</p> <p>Valutazione qualità metodologica: inadeguata, non è stata effettuata</p> <p>Tabella riassuntiva con descrizione studi primari: sì</p> <p>Meta-analysis: no</p>	<p>Misure di risultato</p> <p>Sensibilità</p> <p>Specificità</p>	<p>Risultati, livello di evidenza</p> <p>Riportati solo i risultati degli studi che hanno confrontato CT con chirurgia</p> <p>SENS: 0,88, 0,97, 0,62, 0,92, 0,83</p> <p>SPEC: 0,50, 0,68, 0,80, 1</p> <p>Livello di evidenza: non valutabile per mancanza di informazioni sugli studi primari</p>	<p>Conclusioni dell'autore e note</p> <p><i>Conclusioni dell'autore</i></p> <p>Non vi sono differenze sostanziali di accuratezza fra flebografia, mielografia e CT</p> <p><i>Note</i></p> <p>La revisione soffre di numerose debolezze metodologiche. Non si potrebbe neanche considerarla una revisione sistematica. Non sono riportate sufficienti informazioni sulla qualità metodologica degli studi primari. Di conseguenza non si possono ritenere affidabili i risultati riportati. Inoltre lo studio di più recente pubblicazione incluso nella revisione è del 1986 pertanto i risultati non sono generalizzabili alle moderne metodiche di eseguire la TC</p>		

SINTESI DELLE PROVE DI EFFICACIA SUI TRATTAMENTI (TRATTO DA CLINICAL EVIDENCE ED 12/2004)

LOMBALGIA E LOMBOSCIATICA ACUTA E SUB ACUTA

Terapia farmacologica

Interventi utili

- *Farmaci antinfiammatori non steroidei*

Individuata una revisione sistematica e tre ulteriori RCTs che evidenziano l'efficacia dei FANS verso placebo nel miglioramento globale. I diversi FANS risultano essere ugualmente efficaci. I FANS non risultano essere superiori ai miorilassanti. Non vi sono evidenze sufficienti per trarre conclusioni circa la efficacia dei FANS confrontata con gli interventi non farmacologici.

Interventi da valutare caso per caso

- *Miorilassanti*
- Benzodiazepine: individuata una revisione che include un solo RCT il quale evidenzia l'efficacia delle benzodiazepine rispetto al placebo sul dolore.
- Non benzodiazepine: individuata una revisione che include 9 RCTs; la meta-analisi evidenzia l'efficacia dei miorilassanti sul dolore rispetto al placebo. 3 RCTs confrontano i diversi miorilassanti fra loro e non evidenziano differenze.

Interventi di utilità non determinata

- *Analgesici*

Individuata una revisione sistematica che include 3 RCTs di piccole dimensioni, nessuno dei quali evidenzia una differenza significativa sul dolore e il ritorno al lavoro fra paracetamolo, ibuprofen, analgesici oppioidi o FANS. La revisione include anche due studi che evidenziano la superiorità nella riduzione del dolore della elettroagopuntura e degli ultrasuoni rispetto al paracetamolo.

- *Colchicina*

Individuata una revisione sistematica che include un RCT che non evidenzia una superiorità della colchicina rispetto al placebo sul dolore.

Terapia iniettiva

Interventi di utilità non determinata

- *Iniezioni epidurali di steroidi*

Individuata una revisione sistematica che un RCT di piccole dimensioni che non individua differenze significative fra iniezione epidurale di steroidi, placebo iniezione locale di bupivacaina.

Trattamenti non farmacologici

Interventi utili

- *Raccomandazioni di restare attivi*

Individuata una revisione sistematica e un successivo RCT che evidenziano che la raccomandazione a restare attivi riduce i giorni di assenza dal lavoro per malattia e la disabilità cronica rispetto a non dare tale raccomandazione, o al trattamento tradizionale (analgesici e riposo).

Interventi probabilmente utili

- *Programmi multidisciplinari (per lombalgia subacuta)*

Individuata una revisione sistematica che evidenzia che in pazienti con lombalgia subacuta (che dura da più di un mese e da meno di tre mesi) il trattamento multidisciplinare che include visite nel luogo di lavoro, riduce i giorni di assenza dal lavoro per malattia rispetto al trattamento tradizionale.

- *Manipolazioni*

Individuata una revisione sistematica che include 29 RCTs ed evidenzia che la manipolazione riduce il dolore rispetto al placebo a breve termine (entro 6 settimane) ma non è più efficace sugli outcomes funzionali. La revisione non evidenzia differenze fra la manipolazione e altri trattamenti (assistenza del Medico di famiglia, terapia fisica, esercizi, scuole della schiena).

Interventi di utilità non determinata

- *Agopuntura*

Non è stato individuato nessun RCT.

- *Scuole della schiena*

Individuata una revisione sistematica che include due RCTs di piccole dimensioni che evidenziano la superiorità delle scuole verso un intervento di controllo non specificato e non evidenzia differenza rispetto alla fisioterapia.

- *Biofeedback elettromiografico*

Non è stato individuato nessun RCT.

- *Supporti lombari*

Non è stato individuato nessun RCT.

- *Massaggi*

Individuata una revisione sistematica che include un RCT che non individua differenze fra i massaggi e la manipolazione la stimolazione elettrica sul dolore, lo stato funzionale o la mobilità.

- *Programmi multidisciplinari (per lombalgia acuta)*

Non è stato individuato nessun RCT.

- *Trattamenti basati sul calore (diatermia a onde corte, ultrasuoni, ghiaccio, calore)*
non è stato individuato nessun RCT.
- *Trazioni*
Individuata una revisione che include due RCTs; il primo studio evidenzia che le trazioni sono più efficaci del riposo a letto con bustino, il secondo non evidenzia differenze nel confronto con la terapia a infrarossi.
- *TENS*
Non è stato individuato nessun RCT.

Interventi di utilità discutibile

- *Esercizi per la schiena*
Individuata una revisione sistematica e due successivi RCTs che evidenziano che gli esercizi specifici per la schiena non sono più efficaci della assistenza tradizionale del Medico di famiglia, della continuazione della attività ordinaria, del riposo a letto, della manipolazione, dei FANS o della diatermia a onde corte.

Interventi probabilmente inutili o dannosi

- *Riposo a letto*
Individuata una revisione sistematica che evidenzia che il riposo a letto può essere peggiore del non trattamento, della raccomandazione a restare attivi, degli esercizi per la schiena, della fisioterapia, della manipolazione, o della terapia farmacologica con FANS.

ERNIA DEL DISCO

Interventi probabilmente utili

- *Microdiscectomia*
Non è stato individuato nessun RCT che confronti la microdiscectomia con l'intervento conservativo. Tre RCTs non evidenziano differenze tra discectomia standard e microdiscectomia. Gli eventi avversi sono simili con entrambe le procedure. Il tempo di recupero postoperatorio è considerevolmente più lungo dopo la discectomia tradizionale. Individuata una revisione sistematica che include due RCT che confrontano la discectomia percutanea con la microdiscectomia e che hanno risultati contrastanti: uno è stato interrotto prima del termine perché in una *interim analysis* a sei mesi era stata evidenziata la netta superiorità della microdiscectomia; l'altro RCT non evidenzia differenze fra i due tipi di interventi. I reinterventi per ernia recidivante o persistente sono risultati più frequenti con la discectomia percutanea rispetto alla microdiscectomia o alla discectomia standard.
- *Manipolazioni spinali*
Individuata una revisione sistematica che include due RCTs e un successivo RCT. Un RCTs evidenzia che le manipolazioni aumentano il miglioramento percepito dal paziente rispetto al placebo. Il secondo RCT confronta le manipolazioni con la trazione, i corsetti

e gli esercizi e non evidenzia differenze fra gli interventi sul miglioramento percepito. Il terzo RCT evidenzia che le manipolazioni sono più efficaci del corsetto. I dati sui possibili effetti dannosi sono sparsi e non consentono di trarre conclusioni definitive. Resta la preoccupazione che la manipolazione possa causare altre ernie del disco in soggetti candidati all'intervento chirurgico.

- *Discectomia standard*

Individuate due revisioni sistematiche che includono lo stesso RCT che confronta la discectomia standard con il trattamento conservativo ed evidenzia che la discectomia standard aumenta un miglioramento percepito ad un anno di follow up ma non a quattro o dieci anni. Tre RCTs non evidenziano differenze tra discectomia standard e microdiscectomia. Gli eventi avversi sono simili con entrambe le procedure. Il tempo di recupero postoperatorio è considerevolmente più lungo dopo la discectomia tradizionale. I reinterventi per ernia recidivante o persistente sono risultati più frequenti con la discectomia percutanea rispetto alla microdiscectomia o alla discectomia standard.

Interventi di utilità non determinata

- *Agopuntura*

Individuata una revisione sistematica che include un RCT di piccole dimensioni che evidenzia la superiorità dell'agopuntura rispetto al placebo su tre misure di risultato delle dodici valutate. L'agopuntura non risulta efficace sul dolore a riposo, la misura di risultato più importante.

- *Raccomandazioni di restare attivi*

Non è stato individuato nessun RCT.

- *Analgesici*

Non è stato individuato nessun RCT.

- *Antidepressivi*

Non è stato individuato nessun RCT.

- *Discectomia per cutanea*

Non è stato individuato nessun RCT che confronti la discectomia per cutanea con il trattamento tradizionale. Individuata una revisione sistematica che include due RCT che confrontano la discectomia per cutanea con la microdiscectomia e che hanno risultati contrastanti: uno è stato interrotto prima del termine perché in una interim analysis a sei mesi era stata evidenziata la netta superiorità della microdiscectomia; l'altro RCT non evidenzia differenze fra i due tipi di interventi. I reinterventi per ernia recidivante o persistente sono risultati più frequenti con la discectomia per cutanea rispetto alla microdiscectomia o alla discectomia standard.

- *Esercizi*

Individuata una revisione sistematica che include un RCT che non evidenzia differenze fra l'esercizio e la trazione sul miglioramento globale.

- *Terapia col freddo o il caldo*
Non è stato individuato nessun RCT.
- *Discectomia laser*
Non è stato individuato nessun RCT.
- *Massaggi*
Non è stato individuato nessun RCT.
- *Miorilassanti*
Non è stato individuato nessun RCT.

Interventi di utilità discutibile

- *Riposo a letto*
Individuato un RCT che non ha evidenziato differenze fra il riposo a letto e osservazione del paziente senza intervento.
- *Iniezione epidurale di steroidi*
Individuata una revisione sistematica che include quattro RCTs e due successivi RCTs. La revisione sistematica ha evidenziato che l'iniezione epidurale di steroidi è più efficace del placebo nel miglioramento globale. I due successivi RCTs non hanno evidenziato differenze significative fra iniezione epidurale di steroidi più trattamento conservativo (riposo a letto e terapia analgesica seguita da fisioterapia) verso trattamento conservativo da solo né fra iniezione epidurale di steroidi e placebo sul dolore, mobilità e ritorno al lavoro.
- *FANS (per sciatica causata da ernia del disco)*
Individuata una revisione sistematica che include tre RCTs e che non ha evidenziato differenze fra FANS e placebo sulla riduzione del dolore.

LOMBALGIA CRONICA

Terapia farmacologica orale

Interventi probabilmente utili

- *Analgesici*
Individuati due RCTs che evidenziano che il tramadolo o il tramadolo più paracetamolo migliora il dolore rispetto al placebo. Individuato un RCT che non evidenzia differenze fra i FANS e un analgesico oppioide.
- *Antidepressivi*
Individuata una revisione sistematica che include nove RCTs e sei RCTs successivi. La revisione ha evidenziato che gli antidepressivi sono più efficaci sul dolore confrontati col

placebo, ma non ha evidenziato differenze nella funzione. Quattro dei sei RCTs pubblicati successivamente non evidenziano differenze verso il placebo sulla depressione, mentre in due RCTs gli antidepressivi risultano efficaci sulla depressione.

- **FANS**

Individuata una revisione sistematica che include un RCT che confronta i FANS verso placebo: i FANS risultano superiori al placebo nella riduzione del dolore. La revisione include anche quattro RCTs che confrontano i diversi FANS fra loro e non evidenziano differenze. La revisione include inoltre due RCTs che confrontano i FANS con gli analgesici: nessuno dei due evidenzia differenze.

Individuati inoltre due RCTs che confrontano i COX2 inibitori con placebo: I COX2 inibitori risultano superiori nella riduzione del dolore ma le differenze sono di piccola entità.

Interventi da valutare caso per caso

- *Miorilassanti*

Individuata una revisione sistematica che include 5 RCTs. Le benzodiazepine risultano più efficaci del placebo sul dolore e sul miglioramento generale. Per le non benzodiazepine confrontate con placebo i risultati sono contrastanti: due studi non evidenziano differenze significative sul dolore ma evidenziano una differenza significativa sul miglioramento complessivo.

Terapia iniettiva

Interventi di utilità non determinata

- *Iniezioni epidurali di steroidi*

Non è stato individuato nessun RCT.

- *Iniezioni locali*

Individuata una revisione sistematica che include quattro RCTs che confrontano le iniezioni locali di anestetico e corticosteroidi verso placebo: gli studi non evidenziano differenze a breve termine.

Interventi probabilmente inutili o dannosi

- *Iniezioni delle faccette articolari*

Individuata una revisione sistematica che include un RCT che confronta l'iniezione di steroidi con placebo: lo studio non evidenzia differenze sul dolore e la disabilità. Evidenzia però che gli effetti avversi sono frequenti e includono dolore nel luogo dell'iniezione, infezione, emorragia, meningite chimica, danni neurologici.

Terapia non farmacologica

Interventi utili

- *Trattamenti intensivi multidisciplinari*

Individuata una revisione sistematica che include 10 RCTs: la revisione evidenzia che i

trattamenti multidisciplinari intensivi sono più efficaci dei trattamenti non multidisciplinari, mentre non si evidenziano differenze fra i trattamenti multidisciplinari meno intensi e i trattamenti non multidisciplinari.

Interventi probabilmente utili

- *Scuole della schiena*

Individuata una revisione sistematica che include 8 RCTs e un RCT pubblicato successivamente. Sei RCTs evidenziano che le scuole della schiena sono più efficaci di trattamenti non attivi (placebo gel, lista d'attesa, informazioni scritte) a breve termine (fino a 6 mesi), ma i risultati non si mantengono a lungo termine. Tre RCTs confrontano le scuole della schiena con trattamenti attivi (manipolazioni, FANS, fisioterapia, esercizi) e riportano risultati contrastanti.

- *Terapia comportamentale*

Individuata una revisione sistematica che include venti RCTs e un RCT pubblicato successivamente. La revisione evidenzia che la terapia comportamentale è più efficace del placebo, nessun trattamento, lista d'attesa nella riduzione del dolore e negli outcomes comportamentali (comportamento nei confronti del dolore, depressione, tensione, ansietà). La revisione non evidenzia differenze tra i diversi tipi di terapia comportamentale. Infine la revisione evidenzia che la terapia comportamentale è più efficace della assistenza tradizionale (riposo, analgesici) e esercizi per la schiena a breve termine sulle assenze dal lavoro, ma non evidenzia differenze a lungo termine sul dolore o la depressione. Individuata una revisione sistematica che include un RCT che evidenzia che la terapia comportamentale riduce il dolore e la disabilità dopo 9-12 mesi rispetto alla terapia tradizionale.

- *Esercizi*

Individuata una revisione sistematica che include sei RCTs e un RCT pubblicato successivamente che confrontano gli esercizi con trattamenti non attivi (impacchi, riposo, lista d'attesa, TENS, placebo TENS, ultrasuoni non attivi). Quattro RCTs evidenziano la superiorità degli esercizi, tre viceversa non evidenziano differenze.

Individuata una revisione sistematica che include 9 RCTs e tre RCTs pubblicati successivamente che confrontano gli esercizi con altri trattamenti attivi (fisioterapia, assistenza del Medico di base, intervento multidisciplinare, massaggi): gli studi hanno risultati contrastanti.

Individuata una revisione sistematica che include tre RCTs e che confronta gli esercizi in estensione verso gli esercizi in flessione: due studi evidenziano la superiorità degli esercizi in estensione, il terzo non evidenzia differenze.

Individuata una revisione sistematica che include 9 RCTs e che confronta gli esercizi di rafforzamento con altri tipi di esercizio: la revisione non evidenzia differenze.

Individuati due RCTs che confrontano gli esercizi posturali (Mensendieck, Cesar) con l'assistenza del Medico di famiglia: entrambi gli studi evidenziano risultati a favore degli esercizi posturali a breve termine ma non a lungo termine.

- *Programmi di condizionamento fisico (terapia comportamentale più training fisico)*
Individuata una revisione sistematica che include due RCTs: i programmi di condizionamento fisico (terapia cognitivo comportamentale + training fisico) riducono il numero di giorni di assenza per malattia ma non il rischio di non essere al lavoro a 12 mesi di follow up rispetto all'assistenza del Medico di famiglia.
- *Manipolazioni*
Individuata una revisione sistematica che include 14 RCTs e due RCTs pubblicati successivamente. La revisione evidenzia che la manipolazione è più efficace della manipolazione placebo a breve termine ma non dopo 6 settimane. La revisione non evidenzia differenze nel confronto fra la manipolazione e l'assistenza del Medico di famiglia, gli esercizi, la terapia fisica e le scuole della schiena. I due RCTs evidenziano che la manipolazione è più efficace degli esercizi sul dolore ma non sulla funzione.

Interventi di utilità non determinata

- *Agopuntura*
Individuate due revisioni sistematiche che includono 12 RCTs e tre RCTs pubblicati successivamente. Una revisione non evidenzia differenze fra l'agopuntura e l'agopuntura placebo, nessun trattamento, lista d'attesa e TENS. La revisione conclude che gli studi sono di bassa qualità metodologica e di conseguenza non si possono trarre conclusioni. La seconda revisione evidenzia che la l'agopuntura è più efficace degli interventi di confronto sul miglioramento globale ma non sul dolore e la funzione. Il primo RCT evidenzia che l'agopuntura è più efficace della TENS, ma lo studio è di bassa qualità metodologica. Il secondo RCT evidenzia che l'agopuntura è più efficace dell'agopuntura placebo a un mese. Il terzo studio evidenzia che l'agopuntura è più efficace di nessun trattamento ma non dell'agopuntura placebo.
- *Biofeedback elettromiografico*
Individuata una revisione sistematica che include 5 RCTs: nel confronto con placebo e con altri trattamenti non si evidenziano differenze.
- *Supporti lombari*
Non è stato individuato nessun RCT.
- *Massaggi*
Individuata una revisione sistematica che include un RCT che confronta i massaggi + esercizi + interventi educativi con laser placebo e manipolazioni dei tessuti molli, esercizi e educazione posturale. I massaggi combinati con gli altri interventi risultano più efficaci. La revisione include altri 7 RCTs che confrontano i massaggi con altri interventi e riportano risultati contrastanti.
- *Stimolazione elettrica transcutanea (TENS)*
Individuata una revisione sistematica che include 5 RCTs. La revisione non evidenzia differenze fra la TENS e la TENS placebo sul dolore.

Interventi probabilmente inutili o dannosi

- *Trazioni*

Individuata una revisione sistematica che include 1 RCT e due RCTs pubblicati successivamente. Nessuno studio evidenzia differenze fra la trazione e il placebo o il trattamento interferenziale.

REVISIONI SISTEMATICHE NON CONSIDERATE DA CLINICAL EVIDENCE

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivo della SR	Tipologia pazienti	Tipo intervento e Setting
<p><i>Guzmán J, et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. Cochrane Review 2002</i></p>	<p>Valutare l'efficacia degli interventi multidisciplinari biopsicosociali sul dolore, la funzione, le assenze dal lavoro, la qualità della vita in soggetti con lombalgia cronica</p>	<p>Pazienti adulti con disabilità severa dovuta a lombalgia che dura da più di tre mesi La disabilità severa è definita dalla impossibilità di svolgere il proprio lavoro e le normali attività della vita quotidiana nei tre mesi precedenti</p>	<p>Gli interventi multidisciplinari vengono definiti tali se comprendono la componente fisica ed almeno una delle due altre componenti: psicologica e/o sociale/occupazionale <i>Fisica:</i> paziente valutato da un fisiatra o fisioterapista e riceve terapia farmacologica e/o esercizi o terapia fisica <i>Psicologica:</i> paziente valutato per gli aspetti psicologici e riceve se necessario counselling individuale o di gruppo o terapia cognitiva comportamentale <i>Sociale/occupazionale:</i> la famiglia e l'ambiente sociale e occupazionale del paziente valutato da un assistente sociale o terapeuta occupazionale e il paziente riceve l'intervento appropriato</p>

Numero e disegno studi inclusi	Misure di risultato	Risultati	Conclusioni e note
<p>10 RTCs che confrontano un intervento multidisciplinare con un intervento non multidisciplinare (che non include almeno due delle componenti descritte)</p> <p>5 RCTs valutano un intervento che include tutte e tre le componenti</p> <p>Durata dell'intervento: due gruppi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) programmi intensivi quotidiani con più di 100 ore di terapia 2) programmi con incontri settimanali o bisettimanali e non più di 30 ore di terapia <p>La maggior parte degli interventi sono standardizzati con scarsa possibilità di individualizzare gli interventi</p>	<p><i>Riduzione del dolore</i></p> <p><i>Stato funzionale:</i> misurato con scale specifiche (Roland, Oswestry, Kopec, Million, ecc.)</p> <p><i>Miglioramento generale:</i> proporzione di pazienti miglioranti secondo un giudizio complessivo di miglioramento</p> <p><i>Qualità della vita:</i> misurato con scale specifiche (<i>Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, SF-36, ecc.</i>)</p> <p><i>Condizione lavorativa:</i> misurato come tempo per ritornare al lavoro, pazienti che lavorano al follow up, pazienti che svolgono le normali attività della vita quotidiana per i soggetti che non lavorano (pensionati, casalinghe, studenti)</p>	<p>Vi sono forti evidenze che i programmi intensivi migliorano la funzione</p> <p>Vi sono moderate evidenze che programmi intensivi migliorano il dolore</p> <p>Vi sono evidenze contrastanti che programmi intensivi migliorano gli outcomes vocazionali (ritorno al lavoro, attività della vita quotidiana)</p> <p>Gli interventi non intensivi non risultano essere più efficaci degli interventi non multidisciplinari su tutte le misure di risultato</p>	<p>Vi sono solide prove che i trattamenti intensivi (> 100 ore) sono efficaci nel ridurre il dolore e migliorare la funzione rispetto agli interventi non multidisciplinari o alla <i>usual care</i>.</p> <p>Vista la eterogeneità di questi interventi è considerato inappropriato dagli autori indirizzare i pazienti a questi interventi senza conoscerne prima il contenuto</p> <p>Se i costi elevati di trattamenti di questo tipo siano giustificati dai benefici ottenibili è materia di discussione; può essere giudicato in base alle risorse disponibili, alle alternative disponibili e al valore attribuito alla riduzione della sofferenza dovuta alla lombalgia cronica</p> <p>La ricerca futura si dovrebbe indirizzare verso analisi costi-efficacia e costi-benefici</p>

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivo della SR	Tipologia pazienti	Tipo intervento e Setting
<p><i>Assendelft WJJ, et al. Spinal manipulative therapy for low-back pain. Cochrane Review 2003</i></p>	<p>Valutare l'efficacia della manipolazione spinale in soggetti con lombalgia acuta e cronica In particolare vengono testate due ipotesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la manipolazione ha migliori risultati a lungo termine rispetto alle altre terapie • la manipolazione determina un più rapida risoluzione del singolo episodio 	<p>Pazienti adulti con lombalgia acuta (< 3 sett.), sub-acuta (da 3 a 13 sett.), cronica (> 13 sett.) Soggetti con dolore irradiato al di sotto del ginocchio e pazienti senza irradiazione</p>	<p>Manipolazione confrontata con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) placebo (<i>sham therapy</i>) 2) <i>usual care</i> e terapia farmacologica da parte del medico di base 3) terapia fisica e esercizio 4) interventi di provata inefficacia o dannosi: trazione, corsetti, riposo a letto, assistenza domiciliare, gel topici, nessun trattamento, diatermia, massaggi minimi 5) scuole della schiena

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivo della SR	Tipologia pazienti	Tipo intervento e Setting
<p><i>Urrútia G, et al. Neuroreflexotherapy for non-specific low-back pain. Cochrane Review 2003</i></p>	<p>Valutare l'efficacia della neuroreflessoterapia in soggetti con lombalgia acuta e cronica</p>	<p>Pazienti adulti con lombalgia acuta o sub-acuta (fino a 12 sett.), cronica (> 12 sett.) 2 studi includono pazienti con lombalgia cronica. Uno con lombalgia che sub acuta e cronica</p>	<p>Neuroreflessoterapia definite come impianto temporaneo di dispositivi epidermici nei <i>trigger points</i> nei siti di ogni dermatomero clinicamente coinvolto sulla schiena e nei punti corrispondenti nell'orecchio</p>

Numero e disegno studi inclusi	Misure di risultato	Risultati	Conclusioni e note
<p>39 RCTs 29 confronti includono pazienti con lombalgia acuta o sub acuta, 29 includono pazienti con lombalgia sub-acuta o cronica, 14 includono pazienti misti o con durata della lombalgia non specificata</p>	<p>Intensità del dolore (scale visuo-analogiche: VAS) Stato funzionale misurato con scale specifiche (<i>Roland-Morris Disability Questionnaire, Oswestry Disability Index</i>) Gli effetti sono stati suddivisi in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a breve termine (< 6 sett. dalla randomizzazione) • a lungo termine (> 6 sett. dalla randomizzazione) 	<p>Lombalgia acuta <i>Effetti a breve termine</i> <i>Dolore:</i> la manipolazione è più efficace del placebo (<i>sham therapy</i>) (10 mm differenza [95% CI, 2-17 mm]) e degli interventi di provata inefficacia (4 mm differenza: statisticamente ma non clinicamente significativo) <i>Stato funzionale:</i> la manipolazione è più efficace del placebo (<i>sham therapy</i>) (RMDQ: 2,8 mm differenza [95% CI, -0,1-5,6]); non statisticamente significativo e degli interventi di provata inefficacia (RMDQ 2,1 punti differenza [95% CI, -0,2-4,4]) La manipolazione non è superiore alla <i>usual care</i>, terapia farmacologica, esercizio o scuola della schiena</p> <p>Lombalgia cronica <i>Effetti a breve termine</i> <i>Dolore:</i> la manipolazione è più efficace del placebo (<i>sham therapy</i>) (10 mm [95% CI, 3-17 mm]) e degli interventi di provata inefficacia: 4 mm [95% CI, 0-8] <i>Stato funzionale:</i> la manipolazione è più efficace del placebo (<i>sham therapy</i>) (RMDQ: 3,3 punti [95% CI, 0,6 -6,0]) e degli interventi di provata inefficacia (RMDQ: 2,6 punti [95% CI, 0,5-4,8]) <i>Effetti a lungo termine</i> <i>Dolore:</i> la manipolazione è più efficace del placebo (<i>sham therapy</i>:19 mm [95% CI, 3-35 mm]) La manipolazione non è superiore alla <i>usual care</i>, terapia farmacologica, esercizio o scuola della schiena</p>	<p>La manipolazione risulta superiore solo al placebo (<i>sham therapy</i>) e alla terapie di provata inefficacia, ma non alle altre forme di trattamento. Gli autori riferiscono di aver individuato altre 13 meta-analisi su questo argomento, 8 delle quali concludono per la efficacia della manipolazione. Gli autori affermano che la differenza nei risultati è attribuibile al fatto che in questa revisione sono stati inclusi gli RCTs più recenti e che solo in questa revisione è stata valutata l'efficacia relativa verso ciascuno specifico tipo degli altri diversi trattamenti, mentre nelle altre revisioni i diversi interventi di confronto venivano considerati tutti assieme</p> <p>In conclusione gli autori affermano che i risultati di questa revisione evidenziano che la manipolazione risulta sostanzialmente meno efficace di quanto ritenuto in precedenza e ciò dovrebbe ridurre l'entusiasmo per questo trattamento. La manipolazione non risulta essere superiore agli analgesici, esercizi, terapia fisica e scuole della schiena. Allo stesso modo questi trattamenti non risultano essere superiori alla manipolazione. Quindi si può concludere che la manipolazione può essere considerata come una delle diverse opzioni di trattamento di modesta efficacia</p>

Numero e disegno studi inclusi	Misure di risultato	Risultati	Conclusioni e note
<p>3 RCTs 2 studi confrontano NRT vs. placebo (<i>sham therapy</i>) Uno confronta NRT con assistenza di routine, definite come counselling, trattamento farmacologico, esami di laboratorio e strumentali, eventuale invio per fisioterapia, riabilitazione o visite specialistiche <i>Durata follow up:</i> 35,45 60 giorni</p>	<p>Intensità del dolore Misura globale di benessere o qualità della vita Misure globali di disabilità per le attività della vita quotidiana Abilità funzionale Ritorno al lavoro</p>	<p><i>NRT vs. placebo</i> <i>Dolore:</i> entrambi gli studi evidenziano una differenza statisticamente significativa in favore della NRT <i>Disabilità</i> nella vita quotidiana: uno studio non evidenzia differenze, uno studio è in favore della NRT <i>Abilità funzionale:</i> entrambi gli studi evidenziano differenze statisticamente significative in favore della NRT <i>Ritorno al lavoro:</i> uno studio valuta questo outcome e evidenzia un numero inferiore di assenze dal lavoro nel gruppo con NRT <i>NRT vs. assistenza standard: dolore, disabilità, assenza dal lavoro:</i> differenze statisticamente significative in favore di NRT <i>Abilità funzionale:</i> non vi sono differenze significative</p>	<p>La NRT sembra essere un trattamento sicuro ed efficace nel trattamento della lombalgia cronica. L'efficacia è meno evidente nella lombalgia sub acuta. I risultati sono però limitati a tre studi condotti in una regione geografica limitata da clinici esperti e con training specifico. Sono necessari altri studi condotti in altre zone geografiche e da altri clinici che riproducano gli stessi risultati prima di poter raccomandare la NRT come terapia sicuramente efficace</p>

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivo della SR	Tipologia pazienti	Tipo intervento e Setting
<p><i>Yelland MJ. Prolotherapy injections for chronic low-back pain. Cochrane Review 2004</i></p>	<p>Valutare l'efficacia della proloterapia in soggetti con lombalgia cronica</p>	<p>Pazienti adulti con lombalgia, cronica (> 12 sett.) Tutti gli studi includono pazienti con dolore che dura da più di 6 mesi refrattario ad altre terapie</p>	<p>La proloterapia (detta anche scleroterapia) consiste nella iniezione di soluzioni proliferanti nei tendini e legamenti considerati responsabili della lombalgia a intervalli settimanali o quindicinali Le soluzioni iniettate contengono sostanze irritanti o chemioutattiche o osmotiche L'ipotesi è che tali sostanze inducano un afflusso in loco di granulociti, macrofagi e fibroblasti, il rilascio di fattori della crescita e infine stimoli la produzione di collagene. Tutto ciò determinerebbe il rafforzamento dei legamenti e la riduzione del dolore e della disabilità</p>

Numero e disegno studi inclusi	Misure di risultato	Risultati	Conclusioni e note
<p>4 RCTs in doppio cieco In tutti gli studi sia i trattati che i controlli ricevono iniezioni nei legamenti ma con soluzioni differenti. Tre studi confronta glucosio (12,5%) glicerina (12,5%) fenolo (1,2%) 0,25% lignocaina, vs. lignocaina; uno studio confronta glucosio e lignocaina vs. soluzione salina</p>	<p><i>Dolore:</i> scale visuo-analogiche, <i>McGill Pain Questionnaire</i> e altre scale validate <i>Disabilità:</i> <i>Oswestry Disability Questionnaire</i>, <i>Roland-Morris Disability Scale</i> e altre scale validate Assenze dal lavoro</p>	<p>Due studi non evidenziano differenze significative tra i gruppi Due studi evidenziano differenze in favore della proloteria nel numero di soggetti con riduzione del 50% del dolore o della disabilità. In uno studio i risultati sono distorti dalla presenza di cointervento, nell'altro studio non vi erano differenze nel dolore e disabilità medio dei due gruppi</p>	<p>I risultati degli studi sono distorti dalla presenza di cointervento e dalla eterogeneità clinica. Non vi sono evidenze che la proloteria da sola sia più efficace della iniezione di lignocaina o soluzione salina. Attualmente questo trattamento non ha un ruolo nella terapia della lombalgia cronica</p>

Autore, titolo, anno pubblicazione	Obiettivo della SR	Tipologia pazienti	Tipo intervento e Setting	Numero e disegno studi inclusi
<p><i>Ostelo RWJG, Devet HCW, Waddel G. Rehabilitation after lumbar disc surgery. Cochrane Review, 2003</i></p>	<p>Valutare l'efficacia dei trattamenti riabilitativi dopo il primo intervento chirurgico per ernia del disco così classificati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trattamenti iniziati subito dopo l'intervento • trattamenti iniziati 4-6 sett. dopo l'intervento • programmi iniziati + 12 mesi dopo l'intervento <p>vs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • nessun intervento, placebo, lista d'attesa • altro intervento riabilitativo 	<p>Pazienti fra i 18 e i 65 aa sottoposti per la prima volta a intervento chirurgico per ernia del disco. Considerati tutti i tipi di intervento, compresa la chemonucleolisi</p>	<p>Programmi di riabilitazione attiva volti al recupero funzionale e al ritorno al lavoro (es: fisioterapia, programmi di recupero funzionale, approccio multidisciplinare). Esclusi gli interventi volti solo a risolvere il dolore (farmaci) o a migliorare outcomes fisici come la forza o la flessibilità</p>	<p>11 RCT 2 CCT</p>

Misure di risultato	Risultati	Conclusioni e note
<ul style="list-style-type: none"> • Misure globali di miglioramento (% di pazienti migliorati) • Miglioramento funzionale (scale specifiche: <i>Roland Disability, Oswestry Scale</i>) • Ritorno al lavoro • Dolore <p>Non meta-analisi per eterogeneità studi Risultati classificati secondo i livelli di evidenza:</p> <p>1) forte evidenza: da numerosi RCTs di buona qualità con risultati consistenti</p> <p>2A) moderata evidenza: da numerosi RCTs di moderata qualità con risultati consistenti</p> <p>2B) moderata evidenza: da numerosi CCT con risultati consistenti</p> <p>3) evidenza limitata o in conclusiva: da 1 RCT o CCT o da numerosi RCT o CCT con risultati discordanti</p> <p>4) nessuna evidenza: non trovati RCT o CCT</p>	<p>6 studi di alta qualità metodologica <i>Tratt. riabil. subito dopo l'intervento vs. nessun intervento, placebo, lista d'attesa:</i> nessuno studio reperito <i>Tratt. riabil. subito dopo l'intervento vs. altro tratt. riabil.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 RCT bassa qualità: esercizi auto assistiti di <i>strait leg raise</i> intensivi (8/die per 1 sett.) vs. stesso esercizio meno intensivo (1/die per 1 sett.): NON DIFFERENZE • 1 RCT alta qualità: aumento att. quotidiana, esercizi di rafforzamento muscolare, esercizi cardiovascolari vs. programma meno intenso (no cardiovascolare e aumento attività quotidiana): NON DIFFERENZE <p><i>Tratt. riabil. iniziati 4-6 sett. dopo l'intervento vs. nessun intervento:</i> 1 studio che non presenta i dati di confronto fra i gruppi <i>Tratt. riabil. iniziati 4-6 sett. dopo l'intervento vs. altro tratt. riabil.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 RCT alta qualità: esercizi intensivi vs. esercizi meno intensivi: miglioramento globale: NON DIFFERENZE; miglioramento stato funzionale e ritorno al lavoro a breve termine: in favore di esercizi intensi; a lungo termine: NON DIFFERENZE • 1 RCT bassa qualità: programma multidisciplinare vs. <i>usual care:</i> miglioramento globale: non differenze a 1 anno • 1 RCT bassa qualità: esercizi sotto supervisione vs. stessi esercizi a domicilio: NON DIFFERENZE • 1 RCT alta qualità confronta programma riabilitativo nell'ambiente di lavoro della medicina delle assicurazioni vs. <i>usual care:</i> ritorno al lavoro: in favore di approccio multidisciplinare • 1 RCT bassa qualità confronta programma riabilitativo più equitazione vs. programma senza equitazione: NON DIFFERENZE • 1 RCT bassa qualità confronta programma riabilitativo + esercizi aerobici vs. programma senza esercizi aerobici: in favore di esercizi aerobici su stato funzionale, dolore <p><i>Tratt. riabil. iniziati dopo 12 mesi dall'intervento vs. nessun intervento:</i> nessuno studio reperito <i>Tratt. riabil. iniziati dopo 12 mesi dall'intervento vs. altro tratt. riabil.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 RCT bassa qualità: terapia fisica vs. manipolazioni vs. esercizi <i>high tech</i> vs. esercizi <i>low tech:</i> in favore di esercizi <i>high tech</i> e <i>low tech</i> su stato funzionale • 1 RCT alta qualità: programma intensivo + esercizi iperestensione vs. stesso programma senza esercizi iperestensione: NON DIFFERENZE 	<p>Non vi sono studi che confrontano programmi riabilitativi vs. nessun intervento (EV 4)</p> <p>Vi è moderata evidenza (EV 3) che non c'è superiorità di un particolare programma rispetto ad altri iniziati subito dopo l'intervento</p> <p>Vi è forte evidenza (EV 1) che i programmi intensivi iniziati dopo 4-6 sett. sono più efficaci di quelli meno intensivi a breve termine ma non a lungo termine.</p> <p>Vi è moderata evidenza che gli interventi volti a promuovere il ritorno al lavoro sono più efficaci della <i>usual care</i> sul ritorno al lavoro (EV 3)</p> <p>Gli autori sottolineano che le loro conclusioni circa la forte evidenza di efficacia (EV 1) si basano solo su 2 RCT e quindi vano in ogni caso considerate con cautela</p> <p>Affermano inoltre che negli studi in cui è stato calcolato anche il tasso di reinterventi chirurgici, questo non è risultato aumentato nel gruppo con esercizi intensi; essi concludono perciò che non è pericoloso tornare alle normali attività dopo l'intervento e che non c'è ragione per limitare l'attività fisica di questi pazienti. Non è possibile decidere dai risultati di questa revisione quali debbano essere le esatte componenti dei programmi riabilitativi: vi sono dati di efficacia in favore di programmi intensivi; andrebbero considerati anche gli aspetti psicosociali</p>

RACCOMANDAZIONI DELLE PRINCIPALI LINEE GUIDA INTERNAZIONALI

SINOSI E VALUTAZIONE METODOLOGICA DELLE LINEE GUIDA SUL MAL DI SCHIENA					
TITOLO	LINEE GUIDA CLINICHE PER LA DIAGNOSTICA E LA TERAPIA DELLA LOMBALGIA ACUTA E CRONICA	BACK PAIN, NECK PAIN, AN EVIDENCE BASED REVIEW. SUMMARY AND CONCLUSIONS	ACUTE LOW BACK PAIN GUIDE	HEALTH CARE GUIDELINE: ADULT LOW BACK PAIN	
Organismo/i e anno di produzione	ASR - AGENZIA SANITARIA REGIONALE EMILIA ROMAGNA 2000	SBU - THE SWEDISH COUNCIL ON TECHNOLOGY ASSESSMNT IN HEALTH CARE 2000	NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP 1997 Adattamento di: <i>Clinical Practice Guideline. Acute low back problems in adults. AHCPR 1994</i>	ICSI - INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEM IMPROVEMENT, USA 2001	
CATEGORIA	Diagnosi - Trattamento	Diagnosi - Trattamento	Diagnosi - Trattamento	Diagnosi - Trattamento	
GRUPPO MULTIDISCIPLINARE	SÌ: 1 ortopedico, 1 medico medicina generale, 1 radiologo, 2 fisiatristi, 2 neuroradiologi, 1 neurologo, 2 fisioterapisti, 1 epidemiologo, 1 coordinatore di progetto	SÌ: dichiarato un approccio multidisciplinare, ma non è descritta la composizione del gruppo	SÌ: 1 reumatologo, 1 medico sanità pubblica, 1 fisioterapista, 1 psicologo, 1 fisiatra, 1 chirurgo ortopedico, 1 medico medicina generale, 1 chiropratico	SÌ: 1 medico medicina generale, 1 medico occupazionale, 1 ortopedico, 1 radiologo, 1 fisiatra, 1 medico dello sport, 1 chiropratico, 1 fisioterapista, 1 esperto di educazione alla salute	
SCHEMA DI GRADING	<i>Livelli di evidenza: terapia</i> 1. revisioni sistematiche di RCT 2. RCT 3. studi controllati non randomizzati e studi osservazionali prospettici 4. studi osservazionali retrospettivi 5. indagini trasversali 6. parere degli esperti <i>Livelli di evidenza: diagnosi</i> 1. revisioni sistematiche o RCT 2. confronto in cieco con un gold standard della diagnosi 3. indagini trasversali di prevalenza 4. parere degli esperti	<i>Livelli di evidenza</i> A: evidenza scientifica forte: numerosi RCT concordanti e di alta qualità B: evidenza scientifica moderata: 1 RCT di alta qualità e 1 o più RCT di bassa qualità oppure numerosi studi concordanti di bassa qualità C: evidenza scientifica limitata 1 RCT (di alta o bassa qualità) o numerosi studi con risultati discordanti D: assenza di evidenza scientifica	NO	<i>Livelli di evidenza</i> A: RCT B: studi di coorte C: CCT con controlli concorrenti o storici; studi di caso controllo, studi di sensibilità e specificità di test diagnostici; studi descrittivi di popolazione D: indagini trasversali (<i>cross-sectional</i>), serie di casi, <i>case report</i> M: meta-analisi, analisi delle decisioni cliniche, analisi costi benefici, analisi costi-efficacia R: revisioni narrative, raccomandazioni di consenso X: opinione di esperti	

CLINICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE LOW BACK PAIN	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUES DES LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS DE TROIS MOIS D'EVOLUTION	PRISE EN CHARGE KINESITERAPIQUE DU LOMBALGIQUE	DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE ET SUIVI DEL MALADES ATTEINTS DE LOMBALGIE CHRONIQUE	LOW BACK PAIN O R SCIATICA IN THE PRIMARY CARE SETTING
<p>ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONER, UK 1998</p> <p>Adattamento di: <i>Clinical Practice Guideline. Acute low back problems in adults.</i> AHCPR 1994</p>	<p>ANAES - AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÈ 2000</p>	<p>ANAES - AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÈ 1998</p>	<p>ANAES - AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÈ 2000</p>	<p>VETERANS HEALTH ADMINISTRATION- DEPARTMENT OF DEFENSE, 1999</p>
<p>Diagnosi - Trattamento</p>	<p>Diagnosi - Trattamento</p>	<p>Trattamento</p>	<p>Diagnosi - Trattamento</p>	<p>Diagnosi - Trattamento</p>
<p>SÌ: 2 medici medicina generale, 1 chirurgo ortopedico, 1 direttore unità di ricerca spinale, 1 chiropratico, 1 fisioterapista, 2 ricercatori, 1 rappresentante pazienti</p>	<p>SÌ: 2 reumatologi, 1 fisioterapista, 1 psichiatra, 1 neuroradiologo, 4 medici medicina generale, 1 radiologo, 1 medico del lavoro, 1 chirurgo ortopedico, 1 fisiatra</p>	<p>SÌ: 10 fisioterapisti, 1 neurofisiologo, 2 medici medicina generale, 3 reumatologi, 1 fisiatra, 1 medico del lavoro</p>	<p>SÌ: 3 reumatologi, 4 medici medicina generale, 1 fisioterapista, 2 neurochirurghi, 2 fisiatra, 1 psichiatra, 1 medico del lavoro</p>	<p>SÌ: internisti, medici medicina generale, osteopati, infermieri, fisioterapisti, fisiatra, farmacologi, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, geriatri, esperti nella elaborazione di LG, amministratori</p>
<p><i>Livelli di evidenza</i> A: risultati consistenti nella maggioranza di più studi con disegno accettabile (RCT con almeno 10 pazienti per gruppo e outcome centrato sul paziente per terapia, studi prospettici di coorte con almeno 100 pazienti e 1 anno di follow up per valutazione e storia naturale) B: un singolo studio accettabile o risultati deboli o inconsistenti in più studi accettabili C: evidenza scientifica limitata, che non risponde ai criteri di studio accettabile</p>	<p><i>Livelli di evidenza</i> A: prova scientifica definita (meta-analisi, RCT con elevata potenza) B: presunzione scientifica (RCT con bassa potenza, CCT, studi di coorte) C: livello di prova debole (studi caso controllo, studi controllati con distorsioni importanti, studi retrospettivi, serie di casi) D: accordo professionale in assenza di studi</p>	<p>NO</p>	<p>SÌ: <i>Livelli di evidenza</i> A: prova scientifica definita (meta-analisi, RCT con elevata potenza) B: presunzione scientifica (RCT con bassa potenza, CCT, Studi di coorte) C: livello di prova debole (studi caso controllo, studi controllati con distorsioni importanti, studi retrospettivi, serie di casi) D: accordo professionale in assenza di studi</p>	<p>SÌ: <i>Livelli di evidenza</i> A: evidenza Forte: numerosi studi di alta qualità B: evidenza moderata: uno studio di alta qualità o numerosi studi di qualità adeguata C: limitata evidenza: uno studio di qualità adeguata D: parere degli esperti</p>

(continua)

(segue Sinossi e valutazione metodologica delle linee guida sul mal di schiena)

TITOLO	LINEE GUIDA CLINICHE PER LA DIAGNOSTICA E LA TERAPIA DELLA LOMBALGIA ACUTA E CRONICA	BACK PAIN, NECK PAIN, AN EVIDENCE BASED REVIEW. SUMMARY AND CONCLUSIONS	ACUTE LOW BACK PAIN GUIDE	HEALTH CARE GUIDELINE: ADULT LOW BACK PAIN	
SCHEMA DI GRADING	<p>Forza delle raccomandazioni - terapia</p> <p>A: raccomandazione molto forte: che deriva prevalentemente da evidenza 1 o 2</p> <p>B: raccomandazione abbastanza forte: che deriva prevalentemente da evidenza 3</p> <p>C: raccomandazione debole: che deriva prevalentemente da evidenza 4 o 5</p> <p>D: che deriva da evidenza 6</p> <p>Forza delle raccomandazioni - diagnosi</p> <p>A: raccomandazione molto forte: che deriva da evidenza 1</p> <p>B: raccomandazioni abbastanza forte: che deriva prevalentemente da evidenza 2</p> <p>C: raccomandazioni debole: che deriva prevalentemente da evidenza 3</p> <p>D: che deriva da evidenza 4</p>			<p>Forza delle raccomandazioni</p> <p>1. prove di efficacia derivanti da studi con disegni forti i cui risultati sono consistenti fra loro e clinicamente rilevanti. Studi privi di distorsioni, generalizzabili, con adeguata potenza statistica</p> <p>2. prove di efficacia derivanti da studi con disegni forti ma i cui risultati non sono consistenti fra loro o gli studi hanno debolezze metodologiche, campioni poco numerosi o risultati scarsamente generalizzabili</p> <p>3. prove di efficacia derivanti da un numero limitato di studi con disegni deboli</p> <p>4. conclusioni basate solo sul parere degli esperti</p>	
Bibliografia Ricerca delle Fonti Metodi di Revisione	<p>Aggiornata al 1999</p> <p>Banche dati: Medline, Embase, Cochrane Library</p> <p>Revisione sistematica</p> <p>Peer-review esterna</p>	<p>Manca bibliografia</p> <p>Banche dati: no</p> <p>Revisione non sistematica</p>	<p>Aggiornata al 1996</p> <p>Banche dati: no</p> <p>Revisione sistematica</p>	<p>Aggiornata al 2000</p> <p>Banche dati: no</p>	
Descrizione prove di efficacia	Sì	NO	Sì	Sì	
ANALISI ECONOMICA	NO	Sì	NO	NO	
CONFLITTO DI INTERESSI	Non dichiarato	Non dichiarato	Non dichiarato	Non dichiarato	
È prevista la revisione	Sì nel 2003	NO	Sì nel 1999 (non ancora pubblicata)	Sì nel 2002	
STRATEGIA DI IMPLEMENTAZIONE	NO	NO	NO	NO	
Indicatori di Monitoraggio e Valutazione	Sì	NO	NO	Sì	
DOCUMENTI ACCOMPAGNATORI	NO	NO	Sì	NO	

CLINICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE LOW BACK PAIN	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUES DES LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS DE TROIS MOIS D'EVOLUTION	PRISE EN CHARGE KINESITERAPIQUE DU LOMBALGIQUE	DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE ET SUIVI DEL MALADES ATTEINTS DE LOMBALGIE CHRONIQUE	LOW BACK PAIN OR SCIATICA IN THE PRIMARY CARE SETTING
<p>Aggiornata al 1997 Banche dati: Medline, Embase Revisione sistematica Peer-review esterna</p>	<p>Aggiornata al 1999 Banche dati: Medline, Embase, Health Star, Cochrane library, Pascal Revisione sistematica Peer-review esterna</p>	<p>Manca bibliografia Banche dati: no Consensus conference Peer-review esterna</p>	<p>Aggiornata al 2000 Banche dati: Medline, Healthstar, Embase, Pascal, Cochrane library Revisione sistematica Peer-review esterna</p>	<p>Sì, aggiornata al 1999 Banche dati: no Metodologia di analisi dell'evidenza: no Peer-review esterna</p>
Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
NO	NO	NO	NO	NO
Non dichiarato	Non dichiarato	Non dichiarato	Non dichiarato	Non dichiarato
Sì nel 2001 (non ancora pubblicata)	NO	NO	NO	Sì, 2001 non ancora disponibile
Sì	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO
NO	NO	NO	NO	NO

LOMBALGIA ACUTA			
TITOLO	LINEE GUIDA CLINICHE PER LA DIAGNOSTICA E LA TERAPIA DELLA LOMBALGIA ACUTA E CRONICA	BACK PAIN, NECK PAIN, AN EVIDENCE BASED REVIEW. SUMMARY AND CONCLUSIONS	ACUTE LOW BACK PAIN GUIDE
PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI DIAGNOSTICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare semafori rossi per gravi patologie spinali e/o neurologiche attraverso anamnesi ed esame obiettivo (grado B, C) • Ricercare segni e sintomi di impegno radicolare (riflessi, sensibilità, forza muscolare, manovre di stiramento radicolare) (grado B) • In assenza di segni o sintomi di possibile grave patologia spinale o neurologica, non vi è l'indicazione ad eseguire nessun tipo di ulteriore approfondimento diagnostico (grado B) • La RX non è raccomandata per la valutazione di routine nel corso del primo mese in assenza di segni o sintomi di possibile grave patologia spinale (grado B) • TC e MRI non sono raccomandate nel primo mese a meno che non si sospetti una grave patologia spinale (grado B) • TC o RM sono raccomandate con urgenza in caso di: sospetta sindrome della cauda equina, debolezza motoria progressiva, tumore, frattura, infezione (grado C) • Approfondimenti diagnostici dopo 4 sett. senza miglioramento (grado B) • TC o MRI raccomandate, dopo un mese, in pazienti con dolore radicolare e segni di compressione radicolare sufficientemente severi da far considerare la possibilità dell'intervento chirurgico (grado B) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'anamnesi e l'esame clinico accurati e approfonditi sono spesso sufficienti per porre la diagnosi e definire il trattamento (grado B) • La RX è raramente di aiuto nella diagnosi, a meno che non si sospetti un frattura o patologie gravi • TC e MRI non servono per identificare la sede del dolore, a meno che non si sospetti una specifica patologia (grado B) • Se il dolore persiste per 3-4 sett. è necessaria una rivalutazione del paziente valutando anche gli aspetti psicosociali e lavorativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare semafori rossi per possibili gravi patologie spinali (sindrome della cauda equina, frattura, tumore, infezione) • Ricercare i fattori che possono ostacolare un rapido ritorno alle normali attività di vita e di lavoro (semafori gialli: fattori di rischio psicosociali) • È possibile eseguire una RX ai pazienti che non migliorano dopo 4-6 sett. • I pazienti che non migliorano dopo 6 sett. e senza semafori rossi dovrebbero essere inviati da uno specialista o a un team multidisciplinare per prevenire la cronicizzazione • I pazienti con deficit neurologico persistente e dolore radicolare dovrebbero essere inviati dallo specialista • La RX è indicata in caso di presenza di semafori rossi ma non altrimenti nelle prime 4 sett. • MRI e CT dovrebbero essere riservate ai pazienti per i quali si pensa di ricorrere all'intervento chirurgico o quando una grave patologia spinale è fortemente sospettata

HEALTH CARE GUIDELINE: ADULT LOW BACK PAIN	CLINICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE LOW BACK PAIN	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUES DES LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS DE TROIS MOIS D'EVOLUTION	PRISE EN CHARGE KINESITERAPIQUE DU LOMBALGIQUE	LOW BACK PAIN O R SCIATICA IN THE PRIMARY CARE SETTING
<ul style="list-style-type: none"> • Valutare: localizzazione, durata del dolore: < 6 sett.: acuta, > 6 sett.: cronica • Valutare: riflessi, forza muscolare, alterazioni sensibilità, manovra di stiramento radicolare • Ricercare eventuali possibili gravi patologie spinali: tumore, infezione, sindrome della cauda equina, frattura, coinvolgimento neurologico grave • RX non è necessaria in corso di lombalgia o sciatalgia acuta in assenza di possibili gravi patologie spinali nelle prime 4 sett. • TC e MRI non sono necessarie in caso di lombalgia o sciatalgia acuta in assenza di possibili gravi patologie o se non si considera la possibilità dell'intervento chirurgico • Effettuare una rivalutazione complessiva e eventualmente inviare dallo specialista dopo 6 sett. se non c'è miglioramento • TC è indicata in caso di sciatalgia che non migliora dopo 4-6 sett., deficit neurologico progressivo • MRI è indicata in caso di: sindrome della cauda equina, sospetta infezione, sospetto tumore, in pazienti precedentemente operati di discectomia 	<ul style="list-style-type: none"> • La triade diagnostica (lombalgia semplice, dolore radicolare, possibile grave patologia spinale) è la base per eventuali approfondimenti diagnostici, invii e trattamento (grado C) • La triade diagnostica si basa su anamnesi ed esame clinico (grado C) • Ricercare segni e sintomi della sindrome della cauda equina, anamnesi positiva per traumi rilevanti in relazione all'età, deficit neurologici, manovra di stiramento radicolare, perdita di peso, anamnesi positiva per tumore, uso di droghe, uso di steroidi (grado B) • La RX standard non è raccomandata nel primo mese in assenza di semafori rossi per grave patologia spinale (grado B, C) • In presenza di semafori rossi per possibile grave patologia spinale RX, TC, MRI possono essere indicate (grado C) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare segni e sintomi di frattura, neoplasia, infezione (grado B, C) • Ricercare segni e sintomi di urgenze terapeutiche: sciatica iperalgica (dolore insopportabile e resistente agli oppioidi), sciatica paralizzante (deficit motorio improvviso o progressivo), sindrome della cauda equina (grado C) • In assenza di questi quadri clinici non vi è indicazione a richiedere esami diagnostici per immagini nelle prime 7 sett., a meno che le modalità di trattamento scelte (manipolazioni, infiltrazioni) non esigano di escludere formalmente tutte le lombalgia specifiche. L'assenza di evoluzione favorevole condurrà ad accorciare il periodo di attesa (grado D) • Gli esami elettrofisiologici non sono raccomandati (grado C) • nella evoluzione verso la cronicità i fattori psicologici e socioprofessionali sono frequenti (grado B) • Ricercare un conflitto discoradicolare solo se si prevede un intervento chirurgico, da considerarsi dopo almeno 4-8 sett. di evoluzione sfavorevole. L'esame da preferirsi è la MRI, o in alternativa la TC 	<p>Valutare: condizioni fisiche generali, intensità del dolore, capacità funzionali, condizioni psicologiche, situazione sociale e professionale, localizzazione del dolore. Tutto ciò deve essere preliminare e volto a costruire un programma terapeutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare semafori rossi per causa traumatica, infettiva o neoplastica (grado B) • Effettuare accurata anamnesi ed esame obiettivo per valutare durata e caratteristiche del dolore, gli effetti dei sintomi sulla attività (grado B) • Effettuare un esame neurologico completo (alterazioni sensibilità, riflessi, forza muscolare, manovre di stiramento radicolare) (grado B) • Valutare gli aspetti psicologici e socioeconomici, che possono complicare sia la valutazione che il trattamento (grado C) • RX non è raccomandata nel 1° mese a meno che non vi siano semafori rossi (grado B) • TC e MRI non sono raccomandata nel primo mese a meno che non vi siano semafori rossi (grado C) • TC o MRI indicate in caso di presenza di segni di compressione radicolare di intensità sufficiente da far pensare all'intervento chirurgico (grado C) • L'elettromiografia e il test del riflesso H indicati per valutare alterazioni della conduzione nervosa in pazienti con segni e sintomi alla gamba che durino da più di 4 sett. (grado C)

(continua)

(segue Lombalgia acuta)

TITOLO	LINEE GUIDA CLINICHE PER LA DIAGNOSTICA E LA TERAPIA DELLA LOMBALGIA ACUTA E CRONICA	BACK PAIN, NECK PAIN, AN EVIDENCE BASED REVIEW. SUMMARY AND CONCLUSIONS	ACUTE LOW BACK PAIN GUIDE
PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI TERAPEUTICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire informazioni sulla storia naturale della malattia (probabile rapido miglioramento, natura benigna), modi per controllare il dolore, modificazioni attività fisica, inutilità di speciali esami diagnostici (grado A) • Evitare il riposo a letto (grado A) • Consigliare il mantenimento della normale attività quotidiana (grado A) • Consigliare attività motoria a basso impatto (nuoto, camminare) dopo la fase più acuta (grado B) • La manipolazione può essere efficace per il singolo episodio (grado A) • Specifici esercizi non sono raccomandati (grado A) • Il paracetamolo è il farmaco di 1^a scelta (grado A) • I FANS possono essere utilizzati in assenza di controindicazioni • Gli steroidi per via sistemica possono essere usati per brevi periodi nelle forme con interessamento radicolare (grado D) • I miorilassanti sono farmaci di 2^a scelta (grado A) 	<ul style="list-style-type: none"> • I miorilassanti e i FANS sono efficaci (grado A) • Il paracetamolo è efficace (grado B) • Il riposo a letto è dannoso (grado A) • Restare attivi e aumentare gradualmente l'attività riduce il rischio di cronicizzazione (grado A) • La manipolazione è efficace a breve termine (grado B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Raccomandare al paziente di restare attivo e continuare le normali attività. Il riposo a letto per più di 2 giorni è dannoso • Raccomandare al paziente di aumentare gradualmente la propria attività secondo uno schema prefissato e non facendosi guidare dal dolore • Valutare il tipo di attività professionale per determinare in che misura può contribuire a generare la lombalgia • L'educazione del paziente sulle cause e i rimedi del mal di schiena genera rassicurazione e aumenta la capacità del paziente di gestirsi autonomamente • Prescrivere paracetamolo o FANS per controllare il dolore • La manipolazione è efficace nelle prime 4-6 sett. • I pazienti con dolore radicolare dovrebbero essere trattati come i pazienti con lombalgia semplice, a meno che non ci sia dolore intenso che non recede e deficit neurologico progressivo

HEALTH CARE GUIDELINE: ADULT LOW BACK PAIN	CLINICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE LOW BACK PAIN	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUES DES LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS DE TROIS MOIS D'EVOLUTION	PRISE EN CHARGE KINESITERAPIQUE DU LOMBALGIQUE	LOW BACK PAIN O R SCIATICA IN THE PRIMARY CARE SETTING
<ul style="list-style-type: none"> • Rassicurare il paziente: il 90% degli episodi migliorano entro 4 sett.; sono possibili recidive • Prescrivere paracetamolo, ibuprofen, naproxen come farmaci di 1^a scelta • Consigliare al paziente di rimanere attivi e continuare le normali attività; il riposo a letto per più di 4 giorni è dannoso • Consegnare al paziente un manuale educativo sul <i>back pain</i> • Considerare la manipolazione o la fisioterapia se non c'è miglioramento dopo 2 sett. • Prescrivere esercizi o scuole della schiena a pazienti con lombalgia cronica 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire al paziente informazioni, rassicurazioni e suggerimenti adeguati per ridurre l'ansia e aumentare la sua soddisfazione (grado B) • Sconsigliare il riposo a letto e suggerire di restare attivi aumentando gradualmente l'attività (grado A) • Il paracetamolo è il farmaco di 1^a scelta (grado A) • I FANS sono farmaci di 2^a scelta (grado A) • Considerare la manipolazione entro le prime 6 sett. per i pazienti che non migliorano con il trattamento farmacologico (grado A) • Considerare il paracetamolo addizionato con oppioidi come farmaco di 3^a scelta (grado B) • Aggiungere miorilassanti per breve tempo (1 sett.) in caso di fallimento delle precedenti terapie (grado A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il riposo a letto non è efficace né per la lombalgia né per la lombosciatalgia. È raccomandato continuare le attività ordinarie compatibilmente con il dolore (grado B) • Antidolorifici, antinfiammatori non steroidei e miorilassanti sono indicati (grado B) • Le manipolazioni sono efficaci a breve termine nella lombalgia acuta. Non sono indicate nella lombosciatalgia (grado B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il trattamento fisioterapico è giustificato in assenza di un miglioramento sufficientemente rapido in pazienti con fattori di rischio di cronicizzazione • Rassicurare il paziente sulla natura benigna della patologia • Sconsigliare il riposo a letto e consigliare di rimanere attivi • Il massaggio e il calore sono raccomandati come terapia antalgica (consenso professionale) • Sono raccomandate la mobilizzazione manuale passiva e lo stiramento muscolare come tecniche per recuperare la mobilità della colonna (consenso professionale) • Gli esercizi in estensione (McKenzie) sono efficaci e sono quindi raccomandati 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire al paziente accurate informazioni su storia naturale della malattia (probabile la rapida guarigione e le recidive), ai metodi efficaci per controllare i sintomi, ai metodi migliori per prevenire le recidive (grado B) • Non raccomandare il riposo a letto come terapia (grado A) • Il ritorno graduale alle normali attività è più efficace del riposo a letto (grado B) • Esercizi aerobici (cammino, nuoto, bicicletta) possono essere raccomandati per evitare la disabilità dovuta all'inattività (grado C) • Esercizi specifici in estensione sono efficaci (grado C) • Il paracetamolo è un farmaco sicuro e accettabile (grado C) • I FANS sono accettabili. I diversi tipi di FANS sono equivalenti (grado B) • I miorilassanti sono una opzione terapeutica (grado B) • Vi è limitata evidenza per supportare l'uso di iniezioni epidurali di steroidi nella sciatica con deficit neurologico (grado C) • Entro le prime 6 sett., la manipolazione è efficace a breve termine (grado B) • Le solette plantari possono essere efficaci in pazienti selezionati (grado C)

(continua)

(segue Lombalgia acuta)

TITOLO	LINEE GUIDA CLINICHE PER LA DIAGNOSTICA E LA TERAPIA DELLA LOMBALGIA ACUTA E CRONICA	BACK PAIN, NECK PAIN, AN EVIDENCE BASED REVIEW. SUMMARY AND CONCLUSIONS	ACUTE LOW BACK PAIN GUIDE
TRATTAMENTI NON EFFICACI O DI EFFICACIA NON DIMOSTRATA	<ul style="list-style-type: none"> • TENS e terapie fisiche non sono efficaci e non sono raccomandate (grado A) • Trazione, <i>biofeedback</i>, corsetti, agopuntura non sono raccomandati (grado D) • Oppioidi, antidepressivi, infiltrazioni non sono raccomandati (grado D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esercizi specifici per la schiena non sono efficaci (grado A) • La trazione è efficace (grado C) • Vi è limitata evidenza sugli effetti delle <i>back school</i> (grado C) • Non c'è evidenza circa l'efficacia di agopuntura, trattamenti con mezzi fisici (massaggi, caldo, freddo, diatermia a onde corte, ultrasuoni) (grado D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le scuole della schiena in ambiente di lavoro possono essere efficaci • TENS, trazione, esercizi specifici per la schiena, manuali educativi non sono efficaci nel ridurre il dolore e la disabilità • Narcotici, diazepam, riposo a letto con trazione, corsetti, manipolazione in anestesia sono dannosi • Non ci sono prove di efficacia in letteratura per agopuntura, <i>biofeedback</i>, terapia fisica (caldo, freddo, ultrasuoni, massaggi, diatermia)
BENEFICI POTENZIALI	NO	NO	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitare l'identificazione dei soggetti senza segni o sintomi di possibile grave patologia spinale • Suggestire strategie terapeutiche per una migliore gestione dei pazienti a rischio di cronicizzazione • Modificare le attitudini dei medici e dei pazienti nei confronti della lombalgia

HEALTH CARE GUIDELINE: ADULT LOW BACK PAIN	CLINICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ACUTE LOW BACK PAIN	PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUES DES LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS DE TROIS MOIS D'EVOLUTION	PRISE EN CHARGE KINESITERAPIQUE DU LOMBALGIE	LOW BACK PAIN O R SCIATICA IN THE PRIMARY CARE SETTING
<ul style="list-style-type: none"> • I miorilassanti possono essere utili ma causano sonnolenza • Gli analgesici narcotici sono raramente indicati • Esercizi aerobici a basso impatto che non stressano la colonna (camminare, nuotare) possono essere utili durante le prime 2 sett. 	<ul style="list-style-type: none"> • Specifici esercizi per la schiena non producono miglioramenti significativi (grado A) • Massaggi, ultrasuoni, caldo freddo, diatermia ad onde corte non sono efficaci (grado A) • La trazione non è efficace (grado B) • Non vi sono prove di efficacia conclusive per TENS, corsetti, iniezioni nei <i>trigger points</i>, agopuntura, <i>biofeedback</i>, steroidi per via sistemica (grado A) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'efficacia degli steroidi per via sistemica non è provata (grado C) • Non vi sono studi che valutino l'efficacia della agopuntura (grado B) • Le scuole della schiena non sono indicate nella lombalgia acuta (grado B) • Gli esercizi in flessione non sono efficaci. L'efficacia degli esercizi in estensione deve essere ulteriormente valutata (grado B) • Le infiltrazioni epidurali non sono raccomandate (grado B) • Non vi sono studi che valutino l'efficacia di mesoterapia, balneoterapia, omeopatia 	<ul style="list-style-type: none"> • L'elettroterapia antalgica, i corsetti, le trazioni rappresentano delle opzioni terapeutiche • La ionoforesi, la diatermia ad onde corte, gli ultrasuoni, la terapia laser non sono raccomandate • Gli esercizi basati sulle tecniche di aggiustamento propriocettivo non sono raccomandati • Gli esercizi in flessione (Williams) sono meno efficaci di quelli in lordosi e pertanto vanno abbandonati 	<ul style="list-style-type: none"> • Gli oppioidi non sono più efficaci del paracetamolo e FANS, farmaci più sicuri (grado C) • Gli steroidi orali non sono raccomandati (grado C) • Iniezioni di analgesici nei <i>trigger point</i>, legamenti e faccette articolari non sono raccomandate (grado C) • L'efficacia della terapia con mezzi fisici non è dimostrata e pertanto i costi ad essa associati non sono giustificati (grado C) • La TENS non è raccomandata (grado C) • I corsetti non sono efficaci (grado D) • La trazione non è raccomandata (grado C) • Il <i>biofeedback</i> non è raccomandato (grado C) • L'agopuntura non è raccomandata (grado D) • L'efficacia a lungo termine delle scuole della schiena non è dimostrata (grado B)
<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre il numero di esami diagnostici non necessari • Aumentare il numero di pazienti che ricevono un trattamento conservativo come primo approccio • Aumentare l'appropriatezza dell'invio agli specialisti 	<p>NO</p>	<p>NO</p>	<p>NO</p>	

LOMBALGIA CRONICA			
TITOLO	LINEE GUIDA CLINICHE PER LA DIAGNOSTICA E LA TERAPIA DELLA LOMBALGIA ACUTA E CRONICA	BACK PAIN, NECK PAIN, AN EVIDENCE BASED REVIEW. SUMMARY AND CONCLUSIONS	
PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI DIAGNOSTICHE	<ul style="list-style-type: none"> • È raccomandato effettuare una valutazione degli aspetti psicologici e socioeconomici (grado B) • La RX non è raccomandata in assenza di segni neurologici o semafori rossi (grado B) • Nei pazienti già operati (<i>failed back syndrome</i>) l'esame di scelta è la MRI con mezzo di contrasto (grado B) 		
PRINCIPALI RACCOMANDAZIONI TERAPEUTICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Si raccomanda l'esecuzione di specifici esercizi per la schiena, anche se non è possibile raccomandare un tipo specifico di esercizio (grado A) • Le <i>back schools</i> in ambiente di lavoro sono raccomandate (grado A) • I FANS sono efficaci e possono essere prescritti dopo aver valutato la presenza di controindicazioni (grado A) • La TENS può essere efficace per ridurre il dolore (grado A) • La manipolazione può essere indicata nelle riacutizzazioni (grado D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Miorilassanti, Fans, paracetamolo sono efficaci (grado C) • Esercizi specifici per la schiena sono efficaci (grado A) • La manipolazione è efficace a breve termine (grado A) • Il presa in carico da un team multidisciplinare e il trattamento intensivo presso luoghi di cura residenziali sono efficaci (grado A) • L'agopuntura è efficace (grado C) 	

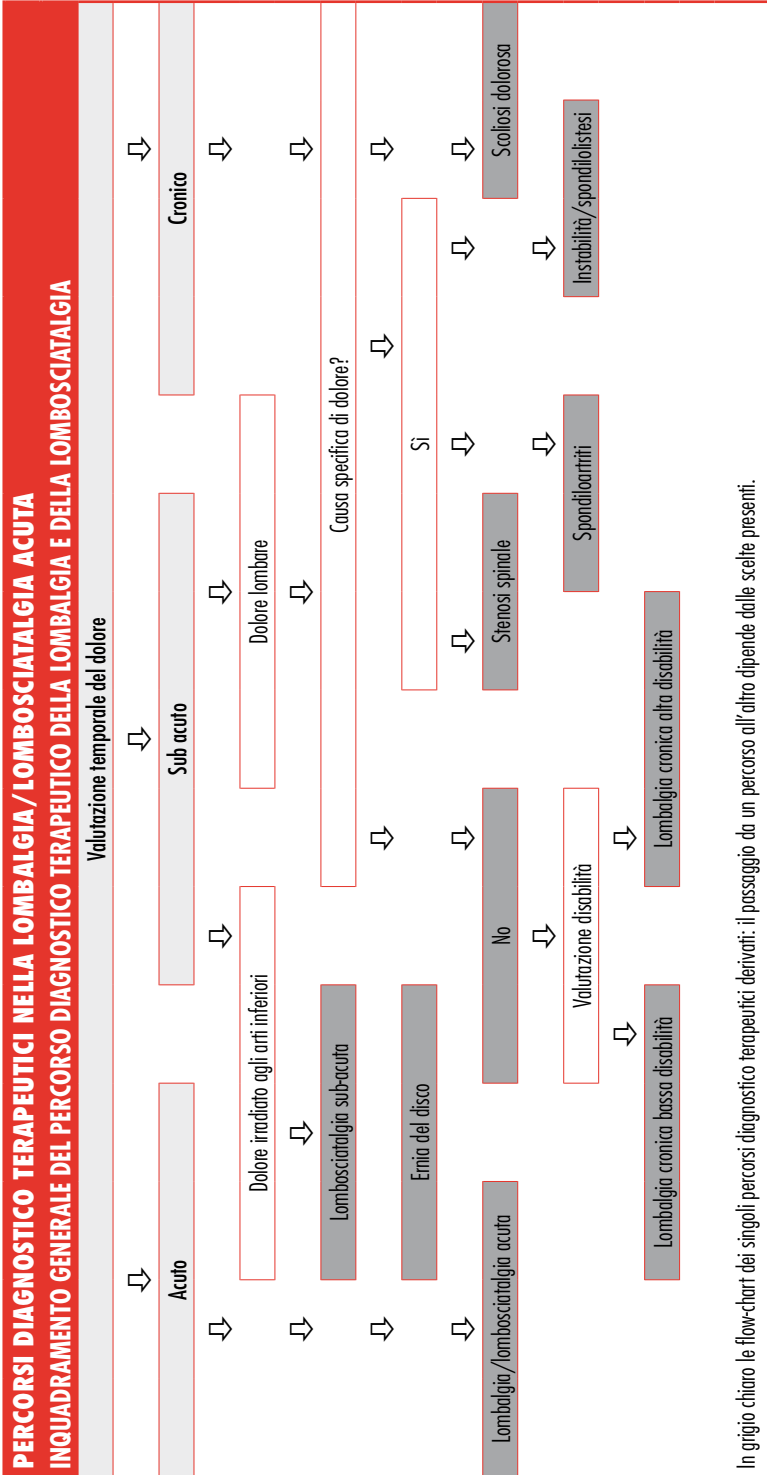
PRISE EN CHARGE KINESITERAPIQUE DU LOMBALGIQUE	DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE MALADES ATTEINTS DE LOMBALGIE CHRONIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Valutare: condizioni fisiche generali, intensità del dolore, capacità funzionali, condizioni psicologiche, situazione sociale e professionale, localizzazione del dolore. Tutto ciò deve essere preliminare e volto a costruire un programma terapeutico 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare una anamnesi accurata ed un esame clinico generale, osteoarticolare e neurologico (grado D) • Escludere una causa infettiva: febbre, recrudescenza notturna del dolore, immunodepressione, assunzione di droghe o prolungata di corticosteroidi; formula sanguigna, proteina C reattiva, VES(grado D) • Escludere una causa traumatica o osteoporosi; (grado D) • Escludere una neoplasia: età > 50, perdita di peso altrimenti inspiegabile, precedente neoplasia. VES, elettroforesi proteine (grado D) • Escludere una infiammazione: inizio progressivo del dolore prima dei 40 aa, dolore al mattino, interessamento articolazioni periferiche, irite, interessamento cutaneo, antecedenti familiari di spondiloartropatia (grado D) • Valutare la componente ansiosa e depressiva e le ripercussioni del dolore sull'attività quotidiana e professionale (grado D) • Effettuare RX AP e laterale (grado D) • TC e RM non sono indicate di routine (grado D) • Racc. di follow up • Le modalità di follow up devono essere adattate al paziente in funzione degli obiettivi fissati. Ad ogni visita valutare il dolore e l'assenza di segni di allerta (grado D) • Gli esami strumentali non vanno ripetuti in assenza di nuovi elementi che li giustifichino (grado D)
<ul style="list-style-type: none"> • Il trattamento fisioterapico va effettuato in tutti i pazienti • L'esercizio fisico intensivo e il riadattamento allo sforzo sono indicati • Per pazienti molto motivati l'esercizio integrato e una presa in carico multidisciplinare con ricovero in centri specializzati è efficace 	<ul style="list-style-type: none"> • I FANS possono essere proposti per brevi periodi. I pazienti devono essere informati dei rischi (ulcera, emorragia digestiva) (grado C) • Gli antalgici oppioidi di II livello sono da considerarsi farmaci di 2° scelta (grado B) • Gli antalgici oppioidi forti di III livello possono essere proposti come farmaci di 3° scelta (grado C) • I miorilassanti possono essere proposti in caso di recrudescenza del dolore per un periodo non superiore alle 2 sett. (grado B) • Gli antidepressivi triciclici hanno un effetto antalgico modesto. Possono essere prescritti valutando il rapporto costi-benefici in assenza di un contesto di depressione (grado C) • Le infiltrazioni epidurali di corticosteroidi possono avere un effetto a breve termine. Non vanno considerate come trattamento di 1° scelta (grado B) • La TENS può essere efficace durante il periodo di trattamento (grado C) • La balneoterapia può essere proposta (grado C) • L'esercizio fisico è efficace ed è raccomandato, ma non è dimostrata la superiorità di una tecnica specifica (grado B) • La manipolazione efficace a breve termine e può essere proposta (grado B) • La presa in carico multidisciplinare (educazione, esercizi, sostegno psicologico) è raccomandata (grado B) • Le cure termali possono essere proposte (grado B)

(continua)

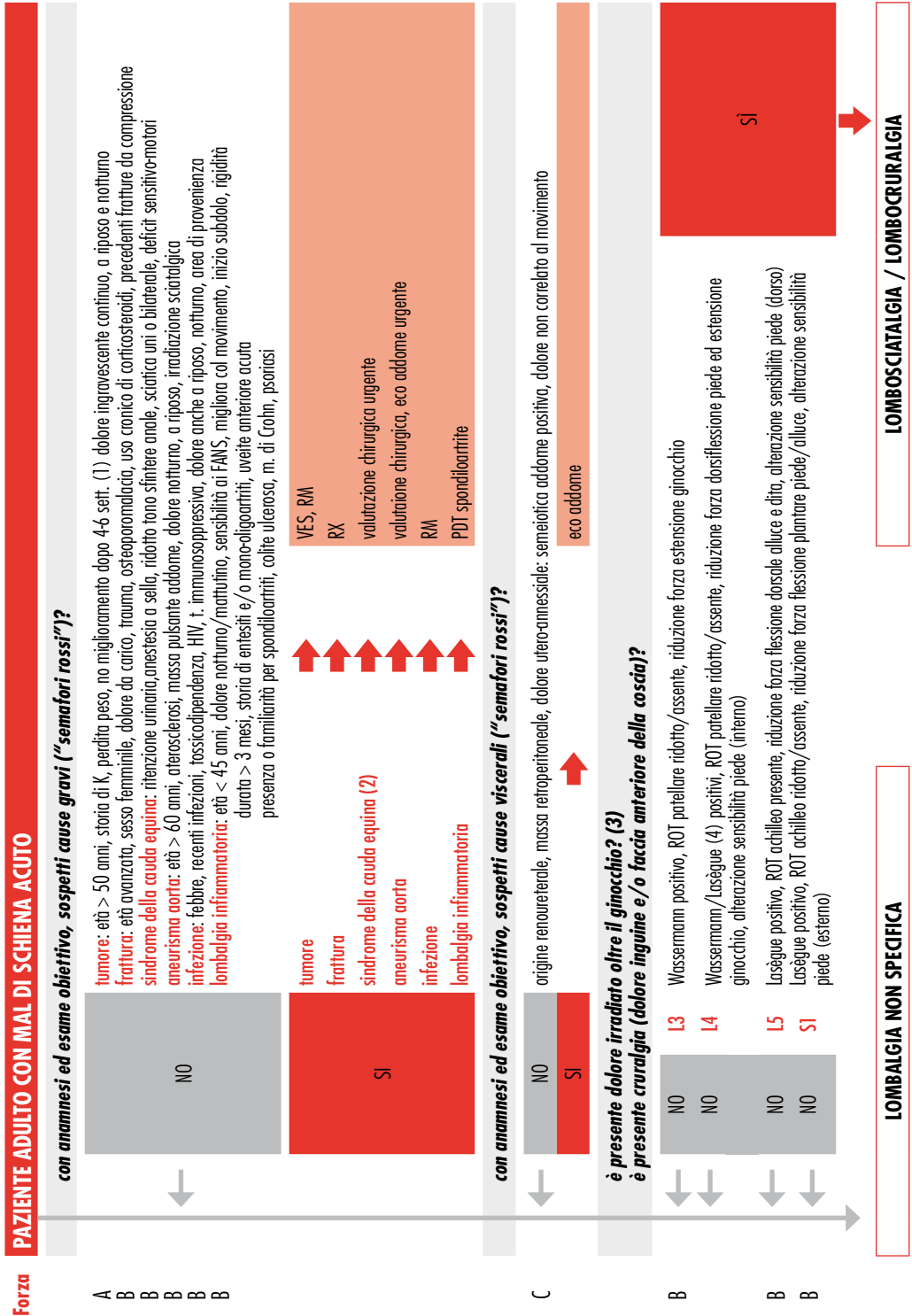
(segue Lombalgia cronica)

TITOLO	LINEE GUIDA CLINICHE PER LA DIAGNOSTICA E LA TERAPIA DELLA LOMBALGIA ACUTA E CRONICA	BACK PAIN, NECK PAIN, AN EVIDENCE BASED REVIEW. SUMMARY AND CONCLUSIONS	
TRATTAMENTI NON EFFICACI O DI EFFICACIA NON DIMOSTRATA	<p>Trazione, corsetti, <i>biofeedback</i>, agopuntura non sono raccomandati (grado A)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La terapia con mezzi fisici non è raccomandata (grado D) • Il trattamento con paracetamolo può essere tentato (grado D) • Gli antidepressivi non sono raccomandati per curare il dolore (grado A) • Miorilassanti, oppioidi, steroidi per via sistemica, infiltrazioni non sono raccomandati (grado D) 	<p>Gli antidepressivi non sono efficaci (grado B)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi è limitata evidenza sull'efficacia delle scuole della schiena (grado C) • La trazione non è efficace (grado A) 	

<i>PRISE EN CHARGE KINESITERAPIQUE DU LOMBALGIQUE</i>	<i>DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE ET SUIVI DE MALADES ATTEINTS DE LOMBALGIE CHRONIQUE</i>
<p>L'elettrostimolazione non è raccomandata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli esercizi basati sulle tecniche di aggiustamento propriocettivo non sono raccomandati • Gli esercizi in flessione (Williams) sono meno efficaci di quelli in lordosi e pertanto vanno abbandonati 	<p>Il paracetamolo può essere proposto ma non è dimostrata la sua efficacia (grado D)</p> <ul style="list-style-type: none"> • i corticosteridi per via sistemica non sono raccomandati (grado D) • il riposo a letto non è raccomandato (grado D) • i massaggi possono essere proposti come primo approccio in preparazione di un'altra modalità terapeutica (grado D) • La ionizzazione, le onde elettromagnetiche, i raggi laser non sono efficaci (grado D) • L'efficacia di corsetti e agopuntura non è dimostrata (grado D)



In grigio chiaro le flow-chart dei singoli percorsi diagnostico terapeutici derivati: il passaggio da un percorso all'altro dipende dalle scelte presenti.



Forza

VALUTAZIONE DEL PAZIENTE CON LOMBALGIA NON SPECIFICA

è raccomandato raccogliere sintomi e segni per la valutazione del paziente con mal di schiena al fine di instaurare una significativa relazione col paziente per dare consigli comportamentali e di prevenzione secondaria; anamnesi ed esame obiettivo sono spesso sufficienti per valutare il paziente con mal di schiena, porre diagnosi e definire il trattamento, ma non consentono di definire la causa di lombalgia non specifica

A*

anamnesi

- età
- studio del dolore: sede: lombare, glutea, dorso-lombare
 - insorgenza: insidiosa, acuta, post-traumatica
 - caratteristiche del dolore: urente, trafittivo, gravativo
 - irradiazione: dorsale, fianco, coscia
 - orario del dolore: continuo, diurno, notturno
 - rapporto postura-dolore: in climatismo, in ortostatismo, seduto
- impotenza funzionale e ripercussione sull'attività lavorativa
- risposta a precedenti trattamenti
- fattori di rischio fisici e psicosociali
- fattori di rischio lavorativi: movimentazione manuale dei carichi; frequente piegamenti/torsioni del busto; vibrazioni trasmesse a tutto il corpo

esame obiettivo

- dolore e/o limitazione funzionale alla flessione-estensione del tronco
- dolore alla palpazione dei processi spinosi, delle articolazioni posteriori, dei legamenti, dei muscoli
- valutazione postura

diagnostica strumentale

- A non utile la radiologia tradizionale ai fini della diagnosi
- A non trovano indicazione le proiezioni oblique
- A non ci sono evidenze per una relazione causale fra reperti radiografici e lombalgia non specifica
- A non sottovalutare possibili danni da radiazione
- A non indicate TC e RM ai fini della diagnosi
- A non utili TC e RM per identificare l'origine del dolore
- A non utili RX e RM per la valutazione dell'idoneità al lavoro
- A denuncia obbligatoria di "spondilodiscopatia del tratto lombare" in pazienti esposti ad alcuni rischi professionali (D.M. 27/04/2004) (5)

l'esame neurologico è raccomandato per valutare la radicolopatia***esame neurologico***

- A l'associazione di segni e sintomi congruenti migliora sensibilità e specificità dell'esame neurologico
- A il segno del sollevamento della gamba estesa (SLR test) omolaterale è più sensibile e meno specifico, quello contralaterale più specifico e meno sensibile per ernia del disco
- A la distribuzione del dolore è sintomo sensibile
- A negli anziani il SLR test può essere normale, anche in presenza di una compressione radicolare
- A* steppage per danno motorio completo L4 L5 esige valutazione chirurgica urgente
- A dolore persistente all'arto inferiore, atipico e/o con manovra di Lasègue negativa, o nuovi/progressivi deficit neuromotori richiedono valutazione specialistica neurologica

diagnostica strumentale

- A la sensibilità dell'esame elettromiografico è estremamente bassa nel valutare il significato predittivo rispetto al danno assonale della radice nelle prime 4 sett.
- A* la valutazione dell'esperto di neurofisiologia è utile quando la diagnosi eziologica o di livello non sono chiare, o si ha interesse a informazioni neurofisiologiche di valore prognostico, o comunque a monitorare/documentare con mezzi obiettivi il deficit funzionale
- A Tc e RM non raccomandate in assenza di sciatica iperalgica o deficit motorio improvviso o progressivo nelle prime 4-6 sett.
- A Tc e RM raccomandate, dopo 4-6 sett., in presenza di sintomi e segni di impegno radicolare tali da prospettare l'intervento chirurgico
- A RM è l'esame di 1° scelta per ricercare un conflitto disco-radicolare, in alternativa la TC

i risultati degli esami strumentali devono essere correlati al dato clinico
 il dato clinico-strumentale deve essere spiegato al paziente
 la diagnosi per immagini di ernia del disco è patologicamente significativa solo se accompagnata dal dato clinico
 denuncia obbligatoria di ernia discale lombare in pazienti esposti ad alcuni rischi professionali (D.M. 27/04/2004) (5)

Forza

TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON LOMBALGIA NON SPECIFICA

obiettivo principale del trattamento è prendersi cura del paziente con mal di schiena senza medicalizzare

consigli su attività fisica e comportamento

- A* fornire al paziente informazioni e rassicurazioni sulla possibile genesi del suo mal di schiena, le ipotetiche cause scatenanti, gli eventuali fattori di rischio connessi all'attività lavorativa e/o ricreativa, ad anomalie strutturali o posturali
- A* comunicare l'alta probabilità di prognosi favorevole legata alla natura benigna del disturbo, ma anche la elevata possibilità di recidive, non indicative di peggioramento, ma con uguale prognosi favorevole, salvo limitate possibilità di cronicizzazione
- A raccomandare di rimanere attivi e, se possibile, non lasciare il lavoro. Se interrotto, riprendere il lavoro, anche se presente lombalgia, nel caso in cui gli incarichi possano essere modificati e/o alleggeriti: questo provvedimento comporta una remissione più rapida dei sintomi ed una riduzione delle recidive
- A sconsigliare il riposo a letto
- A non ci sono esercizi specifici per la lombalgia acuta

terapia farmacologica (6)

- A farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) sono rimedio sintomatico efficace, anche se sono possibili seri effetti collaterali, specialmente negli anziani
- A non ci sono differenze fra i vari FANS nell'efficacia
- A il paracetamolo è efficace e, per i minori effetti collaterali rispetto ai FANS, è da considerare farmaco di 1° scelta; si raccomanda di non superare superare i 3 g al dì
- A i miorilassanti ad azione centrale non sono da considerare farmaci di 1° scelta per la dipendenza, il rischio di cadute e la sonnolenza
- C i miorilassanti non apportano effetto addizionale rispetto ai FANS
- C la terapia steroidea non è consigliata

terapia fisiche

- A trazioni e casseti non sono utili
- A TENS e terapie fisiche (massaggi, ultrasuoni, diatermia a onde corte) non sono utili
- A l'agopuntura non è efficace
- A* limitato l'efficacia delle *back school*
- B manipolazioni dopo 2-3 sett. e prima di 6 dall'esordio possono essere consigliate nei pazienti che non migliorano; le manipolazioni devono essere effettuate su indicazione medica e dopo esclusione dei fattori di rischio, da personale adeguatamente formato

terapia chirurgica

- A pazienti con lombalgia non specifica, senza segni di radicolopatia né di cause gravi, non hanno bisogno di consulenza chirurgica

la maggior parte dei pazienti con disfunzione radicolare dovuta ad ernia discale recupera entro un mese con guarigione spontanea, quindi non consigliato l'invio al chirurgo prima di un mese di terapia

consigli su attività fisica e comportamento

- A riposo a letto è sconsigliato, salvo 2-4 giorni per sciatica severa
- A continuare l'abituale attività, nei limiti del dolore, e rimanere attivi
- A raccomandare di rimanere attivi e, se possibile, tornare al lavoro, anche se presente lombalgia, nel caso in cui gli incarichi possano essere modificati e/o alleggeriti
- C steroidi per via sistemica possono essere utili per brevi periodi
- A paracetamolo, FANS, miorilassanti, tramadolo sono utili per ridurre la sintomatologia dolorosa (vedi MDS non specifico)
- A paracetamolo con oppioidi deboli può essere efficace alternativa quando FANS o paracetamolo da soli non controllano il dolore
- B se non vi sono risultati con trattamento farmacologico, le infiltrazioni di steroidi epidurali possono ridurre a breve termine il dolore radicolare

terapia farmacologica (6)

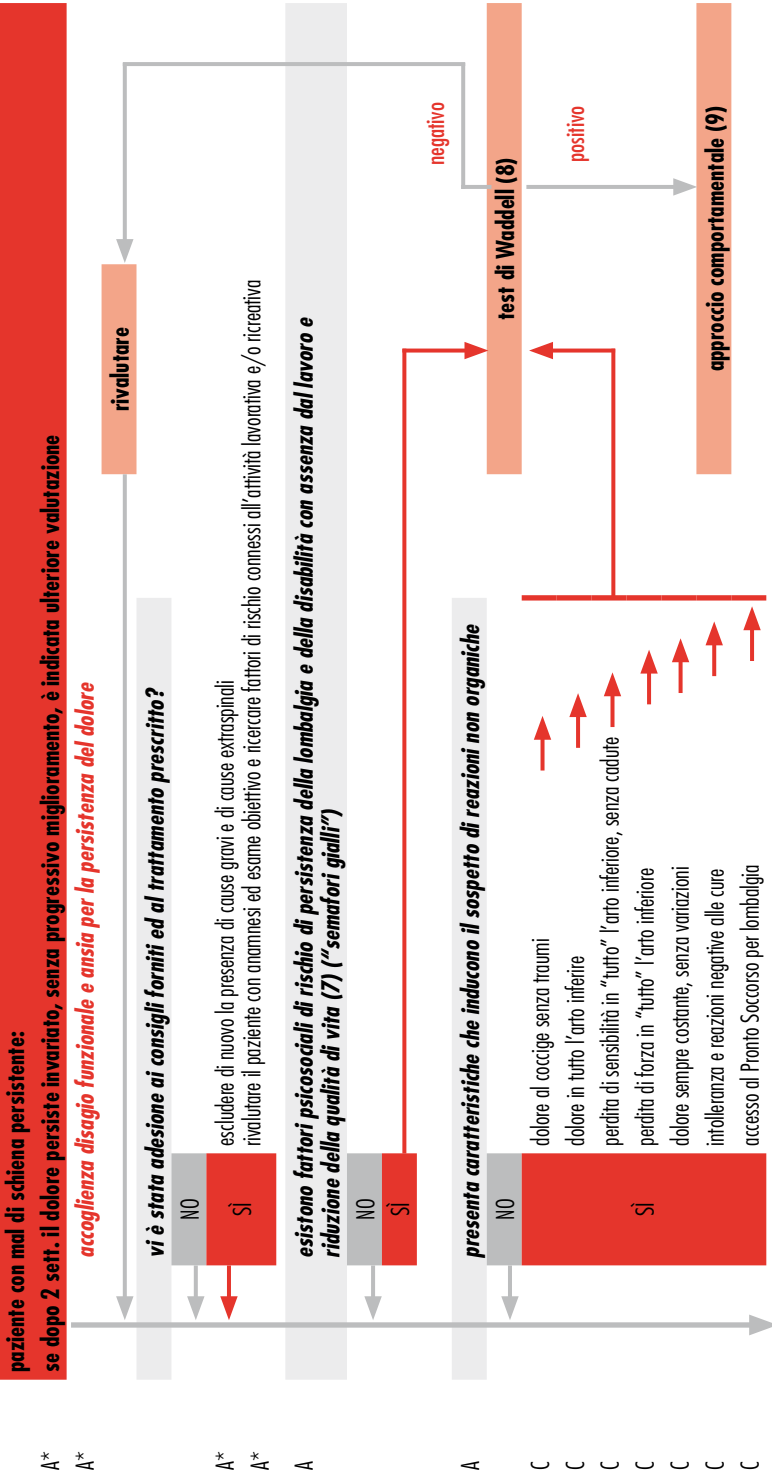
terapia fisiche

- A* le manipolazioni sono controindicate
- A TENS e terapie fisiche (massaggi, ultrasuoni, diatermia a onde corte) non sono utili
- A l'agopuntura non è efficace

terapia chirurgica

- A dopo un mese di terapia conservativa è indicato l'invio al chirurgo quando la sciatica è grave e disabling, continua senza miglioramento o con peggioramento; ci sono prove cliniche di una compressione radicolare
- A prima di un mese di terapia conservativa è raccomandato l'invio al chirurgo (PDT erina discale) solo se c'è peggioramento neurologico o se il dolore è grave e resistente a qualunque trattamento conservativo o per comparsa di un semaforo rosso
- A nei pazienti con ernia del disco e radicolopatia la discectomia è efficace se non c'è miglioramento con la terapia conservativa
- B la scelta fra microdiscectomia e discectomia dipende dall'esperienza del chirurgo e dalle risorse disponibili
- A discectomia percutanea e discectomia laser vanno considerate ancora sperimentali
- C non ci sono prove che gli operati di ernia del disco debbano ridurre la loro attività della vita quotidiana nell'immediato postchirurgico
- A programmi intensivi di esercizi, iniziati 4-6 sett. dopo l'intervento, riducono i tempi della ripresa funzionale e del ritorno al lavoro, ancora non sappiamo se possano essere iniziati subito dopo l'intervento
- B non c'è ragione per limitare l'attività fisica a distanza dell'intervento chirurgico per limitare l'attività fisica
- B valutazione psicologica precedente l'intervento chirurgico

Forza



reformulare strategie, modalità di comportamento e giudizio prognostico favorevole
modificare il trattamento sintomatico che non si è rilevato efficace

- eventuale adeguamento posologico del paracetamolo o del FANS
- eventuale prescrizione del FANS in sostituzione del paracetamolo o aggiunto di altri analgesici o oppiacei deboli
- eventuale prescrizione di miorilassanti
- eventuale valutazione e trattamento fisioterapico, se significativa riduzione funzionale e limitazione dolorosa
- eventuali manipolazioni, valutandone l'efficacia entro tre sedute

le problematiche psicosociali individuate nel paziente fanno parte del quadro clinico della lombalgia quanto il problema fisico
le problematiche psicosociali devono essere trattate insieme al problema biologico

NOTE

VALUTAZIONE INIZIALE

- 1 Se No età > 50 anni, storia di cancro, inspiegabile perdita di peso, assenza di miglioramento dopo 4-6 sett. di terapia conservativa si può escludere il cancro con specificità del 100% (ICSI 2001, pag. 5)
- 2 Se non c'è ritenzione urinaria, la probabilità che si tratti di una sindrome della cauda è di 1/10000 (ICSI 2001, pag. 6)
- 3 Dolore irradiato oltre il ginocchio aumenta la probabilità di vera radicolopatia rispetto a dolore irradiato soltanto posteriormente alla coscia (ICSI)
- 4 Lasègue deve essere effettuato ad entrambi gli arti: positivo se il dolore si irradia posteriormente sotto il ginocchio fra 30 e 70° di elevazione, a paziente supino
- 5 Denuncia obbligatoria e certificato di malattia professionale (D.M. 27.04.2004)
In base al Decreto del 27 aprile 2004 qualora si riscontrino:
 - ernia discale lombare
 - spondilodiscopatia del tratto lombare
 e, al contempo, il paziente svolga mansioni che prevedono *movimentazione manuale di carichi eseguita con continuità durante il turno lavorativo* (ad es. facchini, assistenti di base, magazzinieri ...) e/o *vibrazioni trasmesse al corpo intero per le attività di guida di automezzi pesanti e conduzione di mezzi meccanici* (ad es. addetti alla guida di escavatrici, trattoristi, camionisti ...)
 è *obbligatoria la denuncia della malattia* (a scopi statistici). Essa va presentata al Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro dell'A.S.L. nel cui territorio si trova l'azienda ed all'INAIL competente per residenza del paziente.

La denuncia va eseguita indicando, secondo il medesimo decreto, oltre alla malattia anche il codice identificativo corrispondente:

AGENTE	MALATTIA	CODICE IDENTIFICATIVO
Movimentazione manuale di carichi eseguita con continuità durante il turno lavorativo	Spondilodiscopatia del tratto lombare	I.2.03. M47.8
	Ernia discale lombare	I.2.03. M51.2
Vibrazioni trasmesse al corpo intero per le attività di guida di automezzi pesanti e conduzione di mezzi meccanici	Spondilodiscopatia del tratto lombare	II.2.03. M47.8
	Ernia discale lombare	II.2.03. M51.2

Completamente *diversa* è la situazione in cui il Medico *sospetti l'eziologia professionale della patologia*. In tal caso egli compilerà il certificato di malattia professionale e lo invierà all'INAIL, mentre, per assolvere agli obblighi di referto, ne invierà notizia anche al Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro.

Al fine di avvalorare un'ipotesi di questo genere, il Medico di Medicina Generale può richiedere una visita specialistica in Medicina del Lavoro presso un'UO ospedaliera o un Servizio territoriale dell'ASL.

- 6 Strategie per ottimizzare il rapporto costi-rendimento nella terapia con FANS (Greene et al., mod.):
 1. avviare la terapia con paracetamolo (4 g ripartiti nelle 24 ore)
 2. se si ricercano effetti antinfiammatori o il paracetamolo non è sufficiente per tenere sotto controllo i sintomi, si può passare all'ibuprofene
 3. si eviti di usare più di un FANS contemporaneamente
 4. si inizi con piccole dosi e si aumenti solo se necessario
 5. si concedano 2 settimane per il massimo degli effetti antinfiammatori e si limiti la prescrizione iniziale a questo ammontare
 6. se si provano svariati FANS e tutti producono effetti simili, si ritorni all'uso del farmaco ben tollerato e meno costoso
 7. si usino terapie profilattiche contro le ulcere (come misoprostolo o inibitori di pompa) solo per pazienti che sembrano particolarmente ad alto rischio
 8. se insorgono danni ai reni per l'uso di FANS, si prenda in considerazione l'acido salicilico come il meno costoso dei farmaci che "preservano i reni"
 9. utilizzare FANS che hanno dimostrato negli anni elevati profili di sicurezza d'uso
- 7 Condizioni psicosociali di rischio di disabilità cronica e perdita del lavoro (*yellow flag*) nel paziente lombalgico (16)
Boos N, Semmer N, Elfering A, Schade V, Gal I, Zanetti M, Kissling R, Buchegger N, Jodler J, Main CJ. *Natural history of individuals with asymptomatic disc abnormalities in magnetic resonance imaging. Predictor of low back pain-related medical consultation and work incapacity.* Spine 2000;25;1484-92. Selezionato e tradotto da GSS, Fascicolo 3, 2001.

Individuare la presenza di *yellow flag* deve portare alla necessità di approfondimenti psicologici o all'identificazione di importanti fattori che possono diventare oggetto di specifico intervento.

Riportiamo la valutazione clinica tratta dalle Linee Guida Neozelandesi sul mal di schiena.

Questi capitoli (Atteggiamenti e Credenze sul mal di schiena, Comportamenti, Meccanismi di compenso, Diagnosi e Trattamento, Emozioni, Famiglia e Lavoro) sono stati usati per convenienza nel tentativo di rendere il lavoro più facile. All'interno di ogni categoria i fattori più importanti sono riportati per primi.

Atteggiamenti e credenze sul mal di schiena

- Credere che il dolore sia nocivo o inabilitante con conseguente comportamento di timore-evitamento, per esempio, cautela e paura del movimento
- Credere che tutto il dolore debba scomparire prima di tentare di tornare al lavoro o alle normali attività
- Aspettarsi aumento del dolore con l'attività o il lavoro
- Atteggiamento catastrofico, pensando il peggio, sopravvalutando i sintomi corporei
- Credere che il dolore sia incontrollabile
- Atteggiamento passivo verso la riabilitazione

Comportamenti

- Riposo protratto
- Livello di attività ridotto con significativo abbandono delle attività del vivere quotidiano
- Irregolare partecipazione e scarsa compliance per l'attività fisica,
- Sfuggire la normale attività e cambiamento progressivo dello stile di vita, allontanandosi dalle attività produttive
- Riferire di dolore di intensità estremamente alta, per esempio, > 10 nella scala dell'Analogo Visivo, tarata da 0 a 10
- Eccessivo bisogno di aiuti e presidi
- Qualità di sonno ridotta dall'inizio del dolore alla schiena
- Alto consumo di alcool o altre sostanze (anche come automedicazione), con un aumento dall'inizio del dolore alla schiena
- Fumare

Meccanismi di compensazione

- Mancanza di incentivi finanziari per tornare al lavoro
- Contenziosi economici
- Storia di rivendicazioni per altri infortuni o problemi di dolore
- Storia di protratta astensione dal lavoro dovuta a malattie o altri problemi di dolore (per esempio più di 12 settimane)
- Storia di precedente dolore alla schiena con rivendicazioni e assenze dal lavoro
- Precedente incompetente gestione diagnostica e terapeutica (per esempio assenza di interesse, percezione di essere trattato in modo punitivo)
- Disabilità dichiarata dai medici, non seguita da interventi tesi a migliorare la funzione
- Storia di diagnosi o spiegazioni contrastanti sul dolore alla schiena, con conseguente confusione
- Linguaggio teso alla drammatizzazione e alla paura (per esempio timore di finire su una sedia a rotelle)
- Drammatizzazione del mal di schiena da parte dei sanitari che tende a produrre dipendenza dai trattamenti e persistenza di trattamenti passivi
- Numero di visite mediche nell'ultimo anno (a parte l'episodio attuale di dolore alla schiena)
- Aspettativa di interventi tecnologici, per esempio, richieste di trattamento come se il corpo fosse una macchina
- Mancanza di soddisfazione per trattamenti precedenti
- Consiglio di ritirarsi dal lavoro

Emozioni

- Timore di aumentare il dolore con attività o lavoro
- Depressione (in particolare riduzione del tono dell'umore di lunga durata), perdita del piacere
- Maggiore irritabilità
- Ansia per l'aumentata consapevolezza delle sensazioni del corpo (coinvolge la stimolazione del sistema nervoso simpatico)
- Sentirsi sotto stress senza poter mantenere il controllo
- Presenza di ansia o disinteresse per le attività sociali
- Sentirsi inutile e non necessario

Famiglia

- Partner iperprotettivo, che dà risalto al timore di danno o incoraggia il catastrofismo (solitamente in buona fede)
- Comportamento sollecitato dal coniuge, che assume le decisioni
- Risposte socialmente punitive del coniuge, come ignorare o esprimere frustrazione
- Coinvolgimento dei membri della famiglia nel tentativo di rinviare il ritorno al lavoro
- Mancanza di persona di sostegno per parlare dei problemi

Lavoro

- Storia di lavoro manuale, specie:
 - Pescatori
 - Agricoltori

- Muratori e carpentieri
- Infermieri
- Autisti
- Manovali
- Storia del lavoro, comprese le variazioni delle mansioni, gli sforzi, il malcontento, i rapporti difficili con i colleghi o i dirigenti, la mancanza di un lavoro che piace
- Credere che il lavoro sia nocivo; che farà danni o sarà pericoloso
- Ambiente di lavoro sfavorevole e mal tollerabile
- Basso livello d'istruzione e stato socioeconomico
- Occupazione che richiede requisiti biomeccanici significativi, come sollevare e maneggiare articoli pesanti o vibranti, stare seduto o in piedi a lungo, guidare, mantenere posizioni coatte continue, sostenere elevati ritmi di lavoro senza pause
- Occupazione che richiede lavoro a turno o a ore poco accettabili socialmente
- Esperienza negativa di gestione del mal di schiena sul posto di lavoro (per esempio assenza di un sistema di segnalazione, scoraggiamento al rapporto, risposta punitiva dei soprintendenti e dei responsabili)
- Assenza di interesse del datore di lavoro

N.B. Si ricorda che la domanda chiave da considerare nella conduzione di questa valutazione clinica è: "Cosa può essere fatto per aiutare questa persona ad avvertire meno afflizione ed inabilità?".

8 Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM. *Non organic physical signs in low back pain*. Spine 1980;5:117-25.

Il test di Waddell è utile per identificare fattori psicosociali nel dolore e nella disabilità protratti. È composta da 5 sezioni, se almeno 3 risultano positive c'è alta probabilità di patologia non organica.

1. *Test distrazionali*. L'obiettivo del test è distrarre il paziente per vedere se una manovra trovata positiva, risulta negativa se il paziente è distratto. La manovra più utilizzata è quella di Lasegue, la più conosciuta anche dai pazienti, specie se affetti da lombalgia cronica e quindi con storia di molte visite. Il paziente può evocare dolore durante il classico sollevamento della gamba in posizione supina, mentre in posizione seduta a gambe di fuori l'occasionale sollevamento della gamba mentre, per esempio, si osserva la sensibilità non reca alcun dolore indicando come la positività di quel Lasegue sia stato un segno non organico. Salvo rari casi, il paziente non deve essere giudicato un simulatore: è possibile che in altre occasioni abbia accusato molto dolore durante il test e adesso si protegga pensando di anticipare la comparsa del sintomo.

Più in generale, se un movimento o una posizione testata evoca dolore, osserviamo il paziente quando spontaneamente assume quella posizione e non si sente osservato: flessione anteriore del tronco e allacciarsi alle scarpe o stare seduto col busto proiettato in avanti, per esempio.

2. *Test simulati*. L'obiettivo di questi test è dare l'impressione che si stia eseguendo una manovra semeiologica, mentre in realtà non è così: i sintomi accusati dal paziente sono causati dalla sua aspettativa di percepirli:

- carico assiale: test positivo quando il paziente in piedi avverte lombalgia se viene applicata con le mani del medico una spinta di circa 1-2 kg sulla testa o sulle spalle. In nessun caso, infatti tale spinta può accentuare sintomi lombalgici e la risposta positiva evoca significato non organico, ma funzionale;

- rotazione: a paziente in piedi si ruota passivamente il tronco in modo che spalle e bacino rimangano sullo stesso piano, in questo modo non vi è alcuna rotazione della colonna e la comparsa di dolore rende il test positivo per risposta comportamentale (solo se vi è irritazione radicolare, ci potrebbe essere leggera trazione sulla radice).

3. *Test della dolorabilità*. Anche se difficile individuare le aree di alterata dolorabilità, queste sono comunque circoscritte. Nel paziente con presentazione non organica l'area iperalgica è diffusa senza distribuzione metamerica: La cute è dolorabile per lieve pizzicamento anche fino alla regione scapolare e la dolorabilità alla pressione sulle prominenze ossee si estende dal coccige all'occipite.

4. *Test delle alterazioni distrettuali*. Nel paziente con sintomi non organici le alterazioni della forza e della sensibilità corrispondono all'immagine corporea comprendendo spesso tutto l'arto inferiore o tutta la gamba, senza corrispondenza neurofisiologica.

- Debolezza: a dispetto di un riferito deficit di forza che interessa diversi miotomeri, senza plausibile spiegazione anatomica, il paziente quando non è valutato compie gli atti quotidiani della vita; alla visita, la resistenza che il muscolo offre alla forza applicata non è continua, ma a scatti oppure con un cedimento improvviso.

- Alterazione della sensibilità: non corrisponde ad un dermatomero ma ha distribuzione a calzino o interessa metà corpo o tutta la circonferenza di un arto.

5. *Test dell'iperreattività*: la verbalizzazione, la mimica, la tensione muscolare, il tremore, la sudorazione, la facilità al collasso.

Ricordiamo che il test di Waddell si esegue dopo aver escluso cause organiche, che è positivo solo se più di tre sezioni sono presenti perché è facile in molte persone trovare positive uno o due sezioni, che non è valutabile in pazienti anziani, che non è un test medico-legale per evidenziare simulatori, che non significa che il paziente non abbia vero dolore organico perché una presentazione comportamentale è soltanto uno degli aspetti della presentazione clinica.

In conclusione, la positività del test ci dice che dovremo approfondire la valutazione globale di questo paziente per poi calibrare in maniera appropriata gli obiettivi di trattamento, con strumenti, strategie e competenze che possono andare oltre i mezzi usualmente impiegati per la cura del MDS.

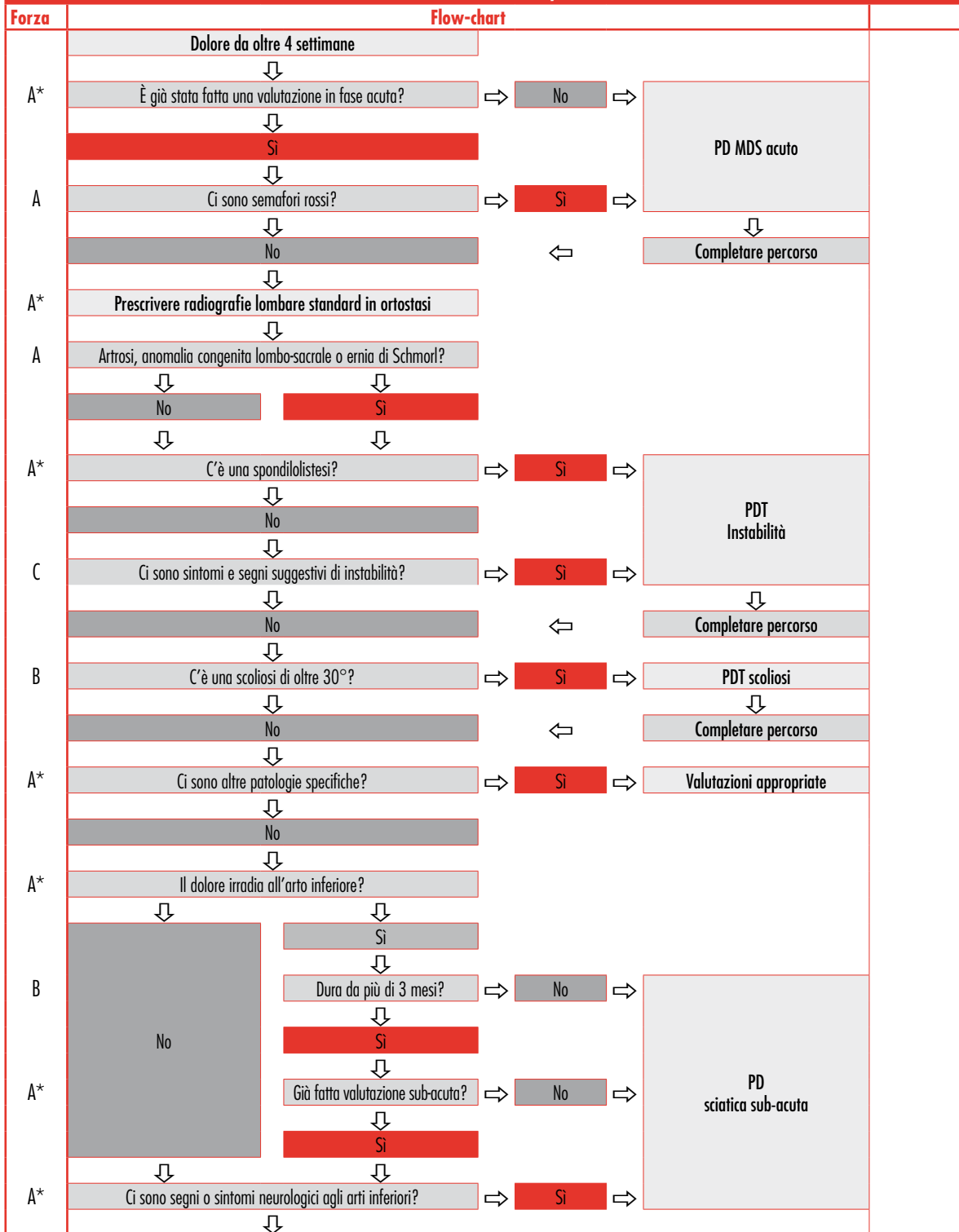
- 9 NZGG, New Zeland Guidelines Group. *Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss*. In: *New Zeland Acute Low Back Pain Guide. Guideline Library*. New Zeland: Enigma Publishing Ltd. 1998.

L'approccio comportamentale in presenza di fattori psicosociali:

Consigli suggeriti per migliorare la gestione della relazione nelle problematiche legate al mal di schiena

1. Fornire un'aspettativa positiva circa il ritorno al lavoro e alla normale attività. Fare in modo che il datore di lavoro manifesti interesse. Se il problema persiste oltre 2-4 settimane, fornire spiegazioni realistiche su cosa potrebbe accadere (per esempio la perdita del lavoro, dovendo ricominciare da capo, la necessità di cominciare la riattivazione con una idoneità ridotta, ecc).
2. Essere preciso nel programmare regolari controlli. Nel condurre questi controlli, spostare l'attenzione dal sintomo (dolore) alla funzione (livello di attività). Invece di chiedere "quanto ti fa male?", chiedere "cosa hai potuto fare?". Mantenere interesse nei miglioramenti, non importa se piccoli. Se un altro sanitario è coinvolto nel trattamento o nella gestione, precisare obiettivi e tempi di controlli. I rinvii sono da evitare.
3. Mantenere il paziente attivo e sul lavoro se possibile, anche per una piccola parte del giorno. Ciò contribuirà a mantenere l'abitudine al lavoro e le relazioni lavorative. Considerare richieste ragionevoli per funzioni specifiche e modifiche sul posto di lavoro. Dopo 4 - 6 settimane, se il miglioramento è limitato, rivedere gli obiettivi professionali, la soddisfazione sul lavoro, tutti gli ostacoli per rinviare il ritorno al lavoro, compresi i problemi psicosociali. Una volta che le barriere per rinviare il lavoro sono state identificate, queste necessitano di essere precisate e gestite in modo appropriato. Il malcontento e l'afflizione sul lavoro non possono essere trattati con modalità organicistiche.
4. Riconoscere le difficoltà per le attività della vita quotidiana, ma evitare di porre il presupposto che ogni attività e qualsiasi lavoro debba essere evitato.
5. Mantenere cooperazione positiva fra l'individuo, il datore di lavoro, i sistemi di compensazione ed i sanitari coinvolti. Incoraggiare la collaborazione ove possibile. Involontarie incomprensioni fra "loro" e "noi" possono essere dannose per il trattamento.
6. Fare uno sforzo concordato per comunicare che più si rimane fuori dal lavoro più si riduce la probabilità di un ritorno al lavoro. Infatti, i periodi più lunghi di assenza dal lavoro riducono la probabilità di ritornare al lavoro. Alla 6ª settimana, fare il punto della situazione considerando l'attitudine vocazionale, modifiche della mansione, ecc.
7. Stare allerta per la presenza di credenze personali per cui si dovrebbe rimanere fuori dal lavoro fino a quando il trattamento non abbia dato guarigione completa; vigilare sulle aspettative di rimedi tecnologici.
8. Promuovere l'*auto-management*, la responsabilizzazione. Consigliare lo sviluppo di *self-efficacy* per riprendere il lavoro. Informare che sviluppare *self-efficacy* dipenderà dagli incoraggiamenti e dai *feedback* ai diversi trattamenti. Se la ripresa richiede soltanto l'abilità di adottare una nuova postura, allora è improbabile essere influenzato da incoraggiamenti e *feedback*. Tuttavia, se il recupero richiede la necessità di superare un impulso avverso, quale timore di movimento (*kinesifobia*), allora saranno utilizzati prontamente sia incoraggiamenti che *feedback*.
9. Essere preparato per chiedere una seconda opinione, se questo non provoca un lungo ed inabilitante ritardo. Usare questa opzione specialmente se può contribuire a chiarire l'utilità di un'ulteriore definizione diagnostica. Essere preparato a dire "io non lo so" piuttosto che fornire elaborate spiegazioni basate su speculazioni.
10. Nella raccolta dei sintomi evitare di farsi disorientare dallo stato emozionale. La gente ansiosata cerca più aiuto ed è portata più facilmente a ricevere cure mediche continue. Focalizzare l'attenzione esclusivamente sul controllo dei sintomi è probabile che non sia utile se non ci si occupa dello stato emozionale.
11. Evitare di suggerire (persino involontariamente) che la persona da un lavoro normale può potere lavorare a casa o da solo perché sarà sotto il loro proprio controllo. Questo messaggio, in effetti, permette al dolore di diventare il rinforzo per l'attività - produrre una sindrome da disattivazione con tutte le conseguenze negative. Il lavoro autonomo implica quasi sempre il lavoro più duro.
12. Incoraggiare le persone ad accettare, fin dall'inizio, che il dolore può essere controllato e gestito in modo da potere effettuare una normale vita attiva e di lavoro. Fornire incoraggiamento per tutti i "buoni" comportamenti — comprese le modalità alternative di effettuare mansioni, mettendo a punto abilità sostitutive.
13. Se le barriere per tornare al lavoro sono identificate ed il problema è troppo complesso da gestire, si suggerisce l'invio ad un team multidisciplinare.

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA/ LOMBOSCIATALGIA SUB-ACUTA



PERCORSO DIAGNOSTICO DOLORE DI ORIGINE LOMBARE DA OLTRE 1 MESE

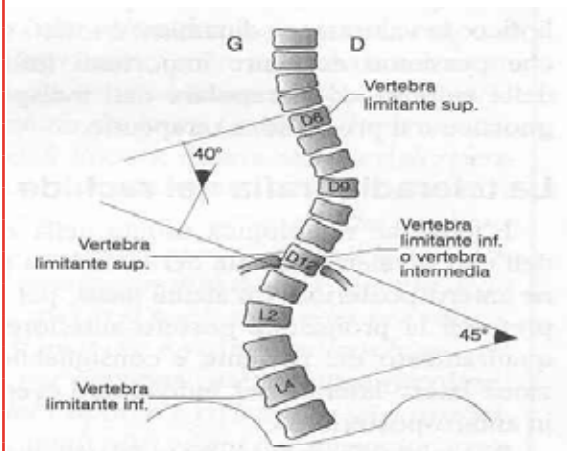
Note

Artrosi: discopatia, osteofitosi, riduzione dello spazio discale, e/o addensamento delle limitanti, sono diagnosi radiologiche di norma ininfluenti

Non esistono criteri in letteratura per definire l'instabilità vertebrale neuro-muscolare (differenziata dall'instabilità legamentosa).
 Possono considerarsi i seguenti criteri:

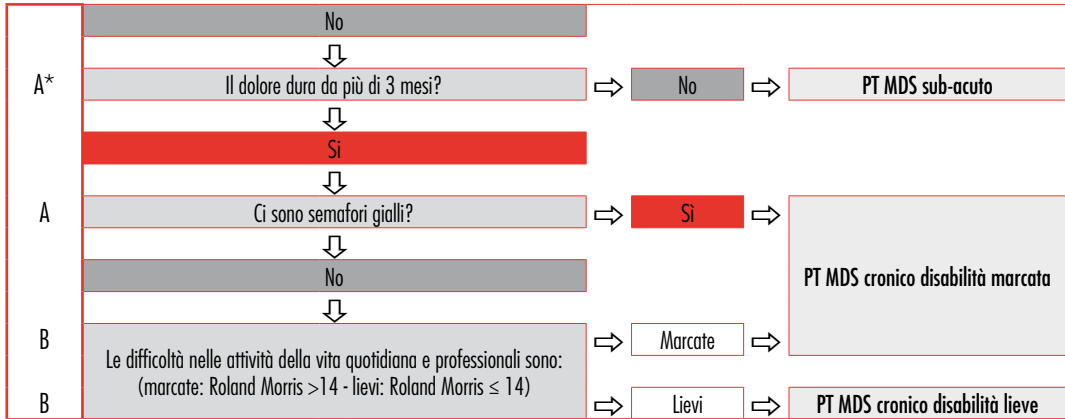
- dolore acuto di brevissima durata per cambi di posizione improvvisi e/o sforzi senza preavviso
- dolore ai test di stabilizzazione: p.e. rilascio improvviso dopo contrazione resistita degli arti inferiori (in flessione, abduzione, adduzione), destabilizzazione del tronco

Misurazioni da effettuare in gradi Cobb (vedi figura) La scoliosi oltre i 30° in età adulta può evolvere e merita un controllo specialistico.

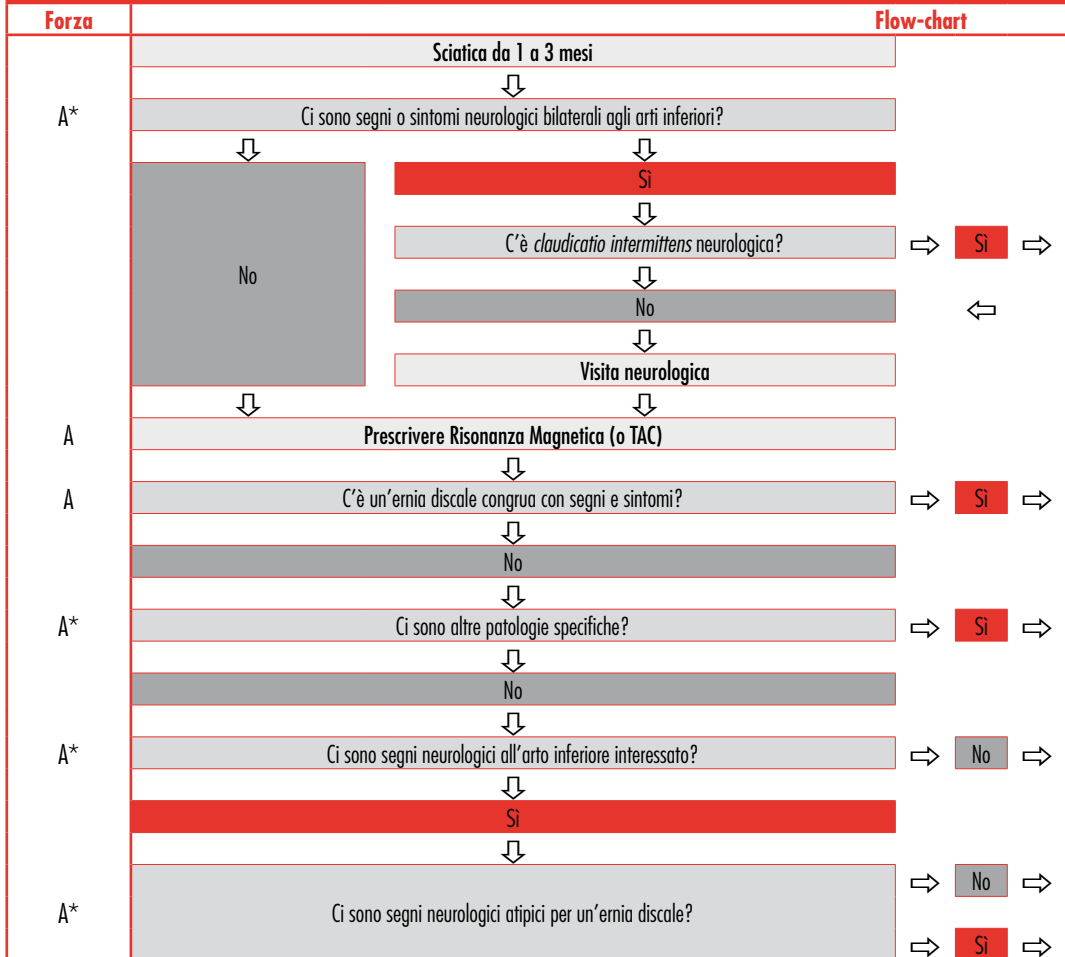


(continua)

(segue Percorso diagnostico dolore di origine lombare da oltre 1 mese)



PERCORSO DIAGNOSTICO SCIATICA O CRURALGIA DA 1 A 3 MESI



(vedi Nota mal di schiena acuto - Semafori gialli)

Scala Roland-Morris (unica validata in Italiano - vedi rif. bib. sottostante)
 Padua R, Padua L, Ceccarelli E, Romanini E, Zanoli G, Bondi R, Campi A. *Italian version of the Roland Disability Questionnaire, specific for low back pain: cross-cultural adaptation and validation.* Eur Spine J 2002;11:126-9.

PD: Percorso Diagnostico; PT: Percorso Terapeutico; PDT: Percorso Diagnostico Terapeutico; MDS: Lombalgia.

	Note
PDT stenosi spinale	Dolore irradiato al cammino che compare sempre dopo lo stesso numero di passi e che passa mettendo il rachide in flessione anteriore
↓ Completare percorso	
PDT ernia discale	La TAC è esame di 2° scelta come esame di screening
Valutazioni appropriate	
PT MDS sub-acuto	
PDT ernia discale	
Visita neurologica	Riduzione di forza, sensibilità o riflessi con distribuzione metamERICA e/o Laséque crociato

PT: Percorso Terapeutico; PDT: Percorso Diagnostico Terapeutico; MDS: Lombalgia.

PERCORSO TERAPEUTICO MAL DI SCHIENA DA 1 A 3 MESI		
A*	Il paziente è in questa fase ad elevato rischio di cronicizzazione. Obiettivo principale del trattamento è evitarla tramite interventi precoci e mirati complessivi sui fattori di rischio bio-psico-sociali	
A*	La terapia sintomatica può essere necessaria, ma per evitare la cronicizzazione non si può prescindere da un intervento multidisciplinare di tipo psico-sociale	
Forza	Azioni	Contenuti
A	Spiegazioni	
		La guarigione può essere lenta Non ci sono patologie gravi Evitare il riposo a letto Ulteriori esami diagnostici sono inutili Imparare a controllare il dolore Si deve affrontare e non subire il dolore
B	Interventi su attività quotidiane e lavoro	
		Continuare/riprendere gradualmente Eventualmente modificare/alleggerire la mansione lavorativa Controllo delle posture Riduzione momentanea degli sforzi fisici, se necessario Riduzione dello stress
A	Interventi sull'attività fisica	
		Subito attività aerobica a basso impatto Iniziare attività fisica preferita gradualmente Mantenersela con costanza Effettuarla almeno 2 ore alla sett.
B	Terapia sintomatica	
A A A C C C		Paracetamolo con o senza oppioidi FANS Miorilassanti ad effetto centrale Terapie manuali Terapie fisiche Esercizi a scopo antalgico
B	Invio ad équipe multidisciplinare esperta	
A B C C C C		Rivalutazione diagnostica completa Terapie sintomatiche Terapia cognitivo-comportamentale individuale Back school di gruppo (educazione + esercizi) Esercizi specifici individuali Trattamento multidisciplinare con sopralluogo sul lavoro

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA / LOMBOSCIATALGIA CRONICA	
A*	La risoluzione del dolore cronico riguarda meno del 5% dei pazienti. In caso di lieve disabilità, l'obiettivo del trattamento è ridurre la disabilità e limitarne il peggioramento nel tempo offrendo strumenti di gestione del problema (approccio attivo del paziente) e di controllo del dolore
Forza	Azioni
A	Spiegazioni
A	Interventi su attività quotidiane e lavoro
A	Interventi sull'attività fisica
A	Invio al medico esperto di patologie vertebrali
	Terapia multidisciplinare d'équipe Vedi note sottostanti
	Note
B	La terapia della lombalgia cronica viene differenziata in base alla disabilità del paziente (lieve o grave)
C	In caso di disabilità lieve è possibile un approccio non specialistico, della cui efficacia in letteratura non ci sono prove, ma che si può giustificare in termini di costo/beneficio. L'approccio multidisciplinare complesso è comunque sempre preferibile se: <ul style="list-style-type: none"> • la disabilità è elevata • la disabilità è lieve, ma la cronicità è di recente insorgenza (è ancora possibile una risoluzione del problema) • la disabilità è lieve, questo approccio non è mai stato tentato prima ed il paziente è fortemente motivato a trovare una soluzione
C	L'approccio multidisciplinare è sconsigliato se la disabilità è lieve e: <ul style="list-style-type: none"> • il paziente non è in grado di affrontare un trattamento complesso dal punto di vista cognitivo o psicologico o motivazionale • il paziente non ritiene possibile una soluzione
B	Su queste terapie non esistono prove di efficacia (in senso positivo o negativo) nel mal di schiena cronico <i>Agopuntura, Cure termali, Denervazione delle faccette articolari, Fasce ed ortesi (supporti lombari), Gabapentina, Infiltrazioni di trigger e legamenti, Infiltrazioni nelle faccette articolari, Iniezione epidurale di corticosteroidi, Lesione del ganglio dorsale con radiofrequenza, Ozonoterapia, Stimolazioni midollari, Terapie fisiche (termoterapia, elettroterapia e TENS, trazioni, laser, ultrasuoni), Terapie intradiscali (lesioni con radiofrequenza, elettrotermiche), Tossina botulinica, Tramadolo</i>
A	Su queste terapie esistono prove di non efficacia nel mal di schiena cronico <i>Allettamento, Infiltrazioni intradiscali, Proloterapia</i>

PERCORSO TERAPEUTICO MAL DI SCHIENA DA OLTRE 3 MESI (PER TUTTI I PAZIENTI)

Contenuti	Note
<p>Non ci sono patologie gravi Difficile eliminare del tutto il dolore Il dolore può essere ridotto Si può vivere meglio e ridurre la disabilità Si deve affrontare e non subire il dolore Ridurre lo stress Si deve recuperare la condizione fisica Il lavoro non è un nemico L'esercizio fisico è importante ed utile</p>	
<p>Continuare/riprendere gradualmente Eventualmente modificare/alleggerire la mansione lavorativa Controllo delle posture Riduzione dello stress</p>	
<p>Iniziarla gradualmente Mantenerla con costanza Effettuarla almeno 2 ore alla settimana</p>	
<p>Rivalutazione diagnostica completa Valutazione condizione fisica (biologica) Valutazione comportamentale (psicologica) Valutazione della disabilità (bio-psico-sociale)</p>	<p>Necessaria in caso di elevata disabilità p.e. scale psicologiche SF36 (validata in italiano), <i>Fear Avoidance Behavior</i> (non validata) <i>Roland Morris</i> (validata in italiano), <i>Oswestry</i> (non validata)</p>
<p>Vedi Percorso Terapeutico disabilità lieve o grave</p>	

PERCORSO TERAPEUTICO MAL DI SCHIENA DA OLTRE 3 MESI (PER PAZIENTI CON DISABILITÀ LIEVE)

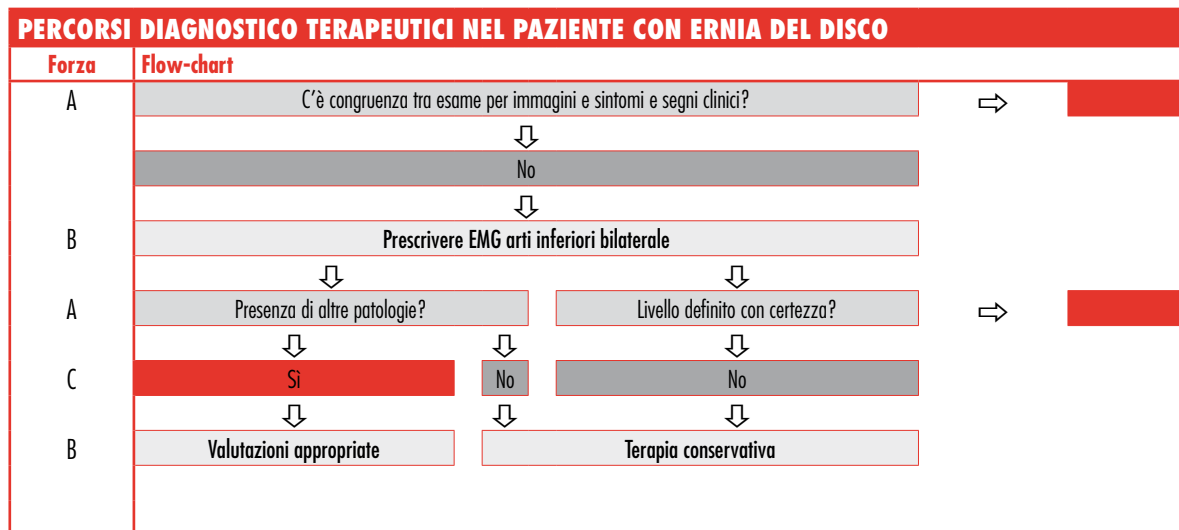
Forza	Azioni	Contenuti
A	Interventi su attività quotidiane e lavoro	
A	Interventi sull'attività fisica	
A	Riabilitazione multidisciplinare	
		<i>Back school</i> di gruppo (educazione + esercizi) Esercizi specifici individuali Terapia cognitivo-comportamentale individuale Terapia di recupero funzionale con approccio cognitivo-comportamentale
C	Terapia sintomatica	
A A A A A A B	Al bisogno: brevi cicli	Paracetamolo con o senza oppioidi FANS Antidepressivi Miorilassanti Manipolazioni/mobilizzazioni Massoterapia Esercizi a scopo antalgico

PERCORSO TERAPEUTICO MAL DI SCHIENA DA OLTRE 3 MESI (PER PAZIENTI CON DISABILITÀ MARCATÀ)

Forza	Azioni	Contenuti
A	Riabilitazione multidisciplinare	Terapia di recupero funzionale con approccio cognitivo-comportamentale Terapia cognitivo-comportamentale individuale Esercizi specifici individuali <i>Back school</i> di gruppo (educazione + esercizi)
A A B A		
C	Terapia sintomatica	
A A A B A	Al bisogno: brevi cicli	
	Terapia chirurgica	
C		Artrodesi
A	Interventi su attività quotidiane e lavoro	
A	Interventi sull'attività fisica	

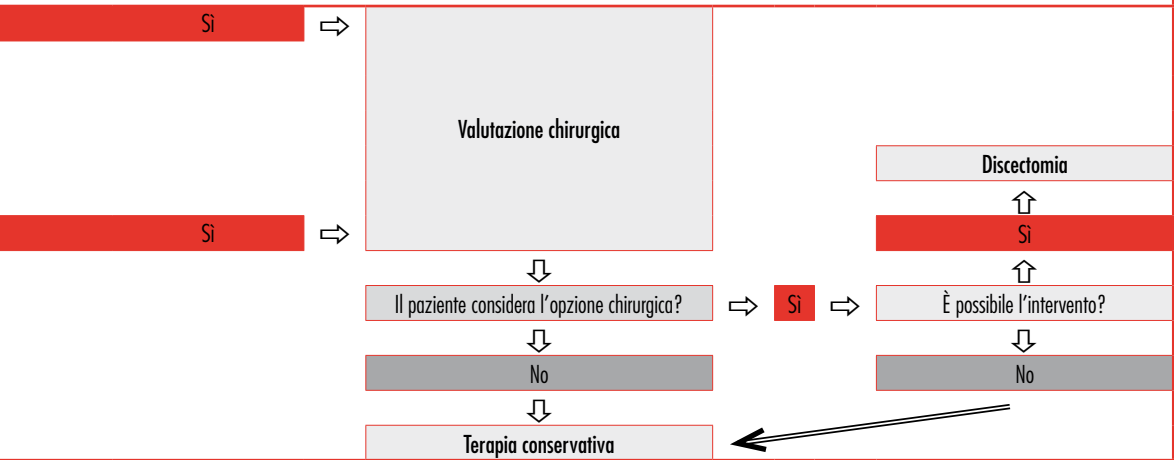
Note
Di norma contemporanei alla riabilitazione, raramente successivi
Di norma contemporanei alla riabilitazione, raramente successivi
Le terapie sono elencate in un ordine di priorità scelto in base al rapporto costo/beneficio
Si raccomanda, nella scelta, di basarsi su: rapporto costo/beneficio, preferenze del paziente, disponibilità e risultati pregressi
La terapia sintomatica ha solo un valore antalgico e non terapeutico
La terapia sintomatica deve essere effettuata solo al bisogno e comunque deve prevedere un ciclo terapeutico completo secondo le indicazioni appropriate per ogni trattamento
Le terapie sono elencate in un ordine di priorità scelto in base al rapporto costo/beneficio
Si raccomanda, nella scelta individuale del trattamento sintomatico di basarsi sul rapporto costo/beneficio, sulle preferenze del paziente, sulla disponibilità e sui risultati pregressi

Note
Le terapie sono elencate in un ordine di priorità scelto in base al rapporto costo/beneficio
Si raccomanda, nella scelta, di basarsi su: rapporto costo/beneficio, preferenze del paziente, disponibilità e risultati pregressi
La terapia sintomatica ha solo un valore antalgico e non terapeutico
La terapia sintomatica deve essere effettuata solo al bisogno e comunque deve prevedere un ciclo terapeutico completo secondo le indicazioni appropriate per ogni trattamento
Le terapie sono elencate in un ordine di priorità scelto in base al rapporto costo/beneficio
Si raccomanda, nella scelta individuale del trattamento sintomatico di basarsi sul rapporto costo/beneficio, sulle preferenze del paziente, sulla disponibilità e sui risultati pregressi
Solo dopo due anni di riabilitazione esperta, su scelta del paziente e senza fattori psicologici prognostici negativi
Effettuare prima/dopo riabilitazione secondo l'indicazione clinica
Effettuare dopo/durante la riabilitazione al momento più opportuno scelto individualmente



Terapia conservativa		
Forza	Azioni	Contenuti
A	Spiegazioni	L'ernia recupera spontaneamente ma molto lentamente L'unico problema è il dolore ed il possibile lieve danno neurologico residuo Il recupero del danno neurologico è lento, progressivo ed indipendente dal trattamento effettuato Imparare a controllare il dolore Si deve affrontare e non subire il dolore
A	Interventi su attività quotidiane e lavoro	Continuare/riprendere gradualmente Controllo delle posture Riduzione momentanea degli sforzi Riduzione dello stress Denuncia obbligatoria se esposti a rischi professionali (vedi allegato)
B	Interventi sull'attività fisica	
B		Subito attività aerobica a basso impatto
C	Terapia antinfiammatoria	
C		Cortisonico
C		FANS
A	Terapia sintomatica	
A		Paracetamolo con o senza oppioidi
A		FANS
C		Terapie manuali (blande mobilizzazioni, massoterapia blanda)
C		Esercizi a scopo antalgico
C		Terapie fisiche (TENS)
B	Terapia riabilitativa	
B		Esercizi specifici individuali
B		Terapia cognitivo-comportamentale individuale

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER ERNIA DISCALE



Note

Movimentazione carichi
 Movimenti del busto
 Vibrazioni

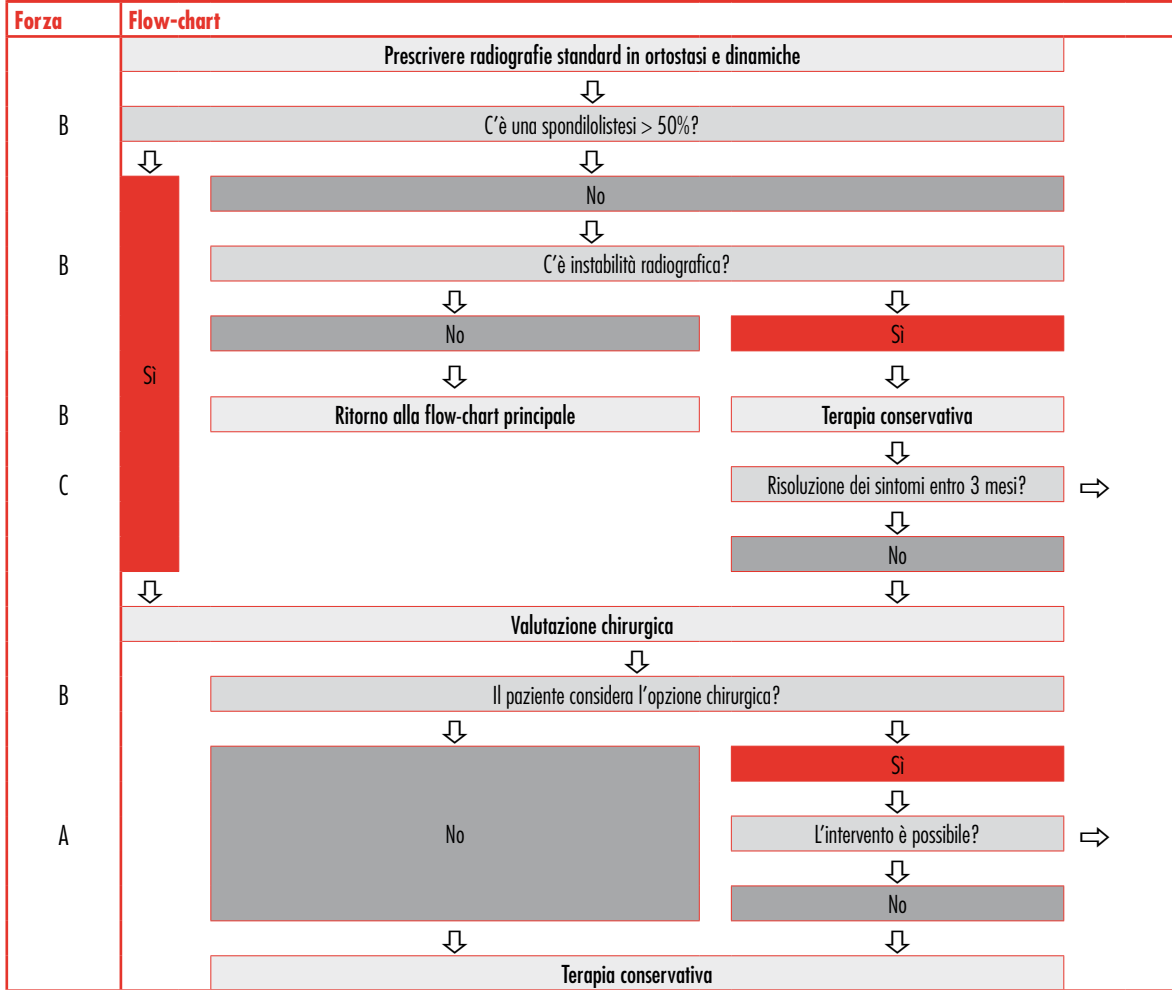
Un ciclo terapeutico breve e non ripetuto

La terapia sintomatica deve prevedere un ciclo terapeutico completo secondo le indicazioni appropriate per ogni trattamento

Le terapie sono elencate in un ordine di priorità scelto in base al rapporto costo/beneficio

Si raccomanda, nella scelta individuale del trattamento sintomatico di basarsi sul rapporto costo/beneficio, sulle preferenze del paziente, sulla disponibilità e sui risultati pregressi

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON INSTABILITÀ VERTEBRALE



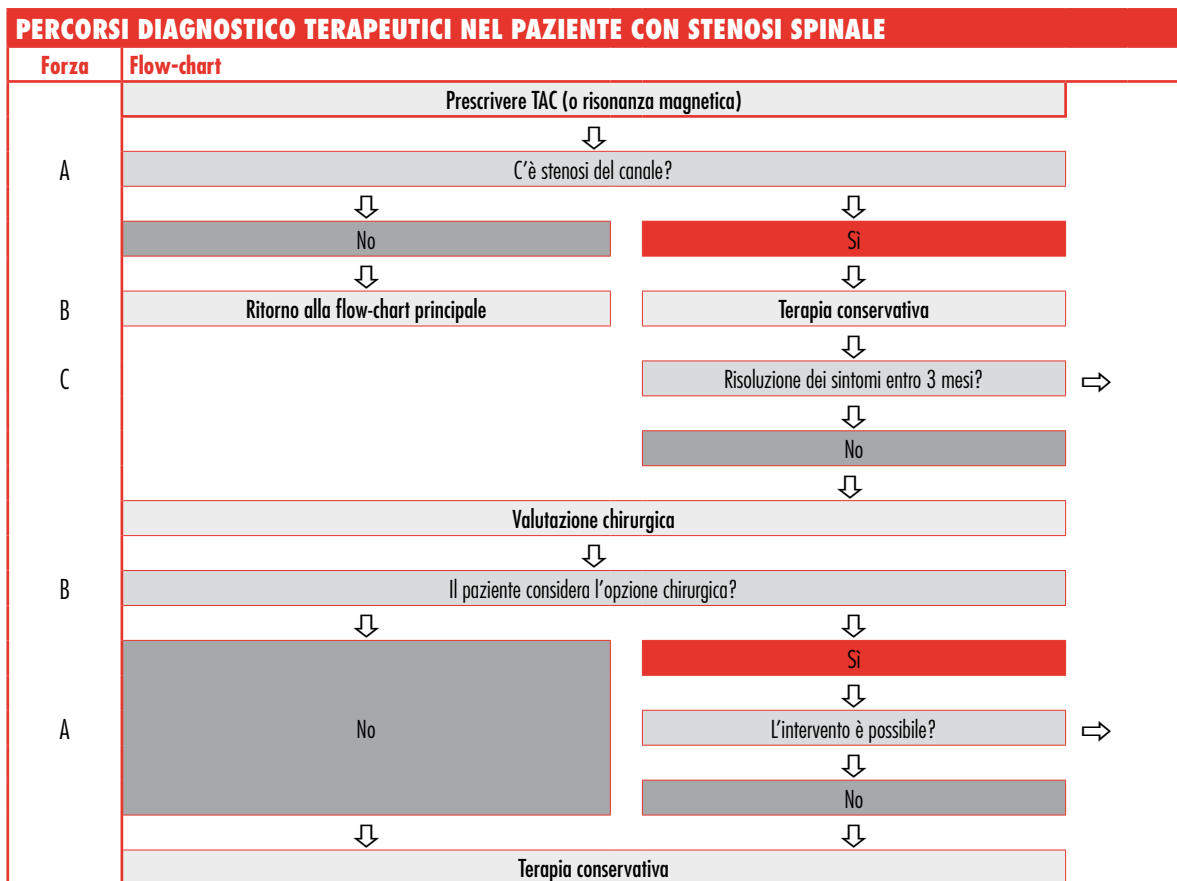
Terapia conservativa

Forza	Azione	Contenuto
C	Spiegazioni	Distinzione tra instabilità vertebrale strutturale e neuromotoria Potenziare le capacità di stabilizzazione può dare sollievo Negli anni la rigidità artrosica reattiva dà prognosi favorevole Imparare a controllare e prevenire il dolore Non subire ma gestire il dolore
A	Interventi su attività quotidiane e lavoro	Evitare carichi esagerati e movimenti ripetuti a fine corsa articolare
B	Interventi sull'attività fisica	Blanda attività aerobica non mobilizzante senza impatto
A	Terapia sintomatica	Come mal di schiena cronica, ma evitare mobilizzazione vertebrale e manipolazioni
	Terapia riabilitativa	
C		Esercizi di stabilizzazione continuativi
C		Fascia di sostegno
B		Ortesi rigida eventuale

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER INSTABILITÀ VERTEBRALE

	Note
<p>⇒ SI ⇒ Terapia conservativa</p> <p>⇒ SI ⇒ Artrodesi</p>	<p>Mobilità > 3 mm o apertura dell'angolo intervertebrale > 10°</p>

Note
<p>La mobilizzazione significa applicare manovre ripetute a fine corsa articolare che implicano nel tempo un incremento dell'articolarià</p> <p>Gli esercizi di stabilizzazione incrementano la capacità di controllo neuromotorio del rachide e sono basati sul miglioramento di: propiocezione, chinestesia, coordinazione controllo neuromotorio fine del movimento, rinforzo della muscolatura stabilizzante (multifido, trasverso in particolare)</p>

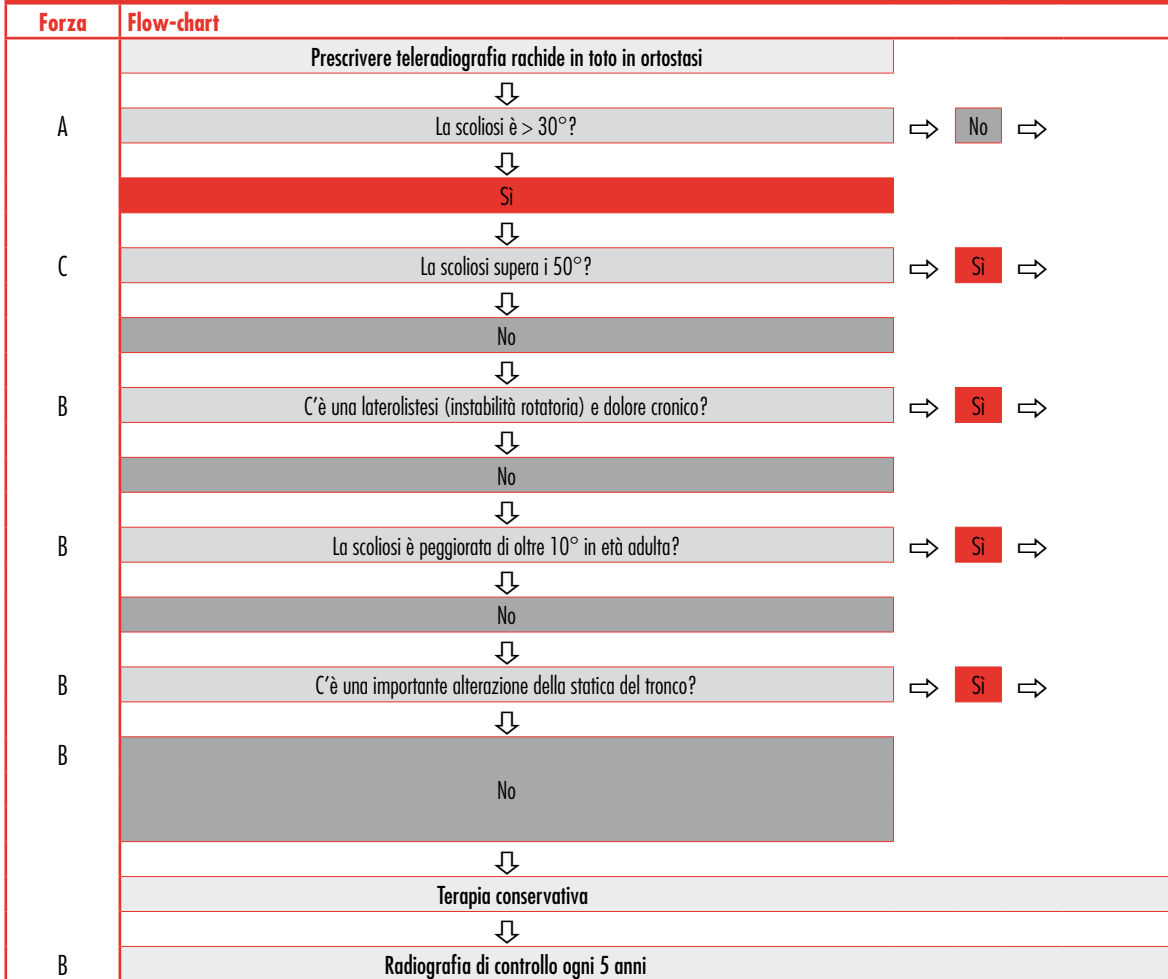


Terapia conservativa		
Forza	Azione	Contenuto
C	Spiegazioni	La stenosi del canale è di difficile risoluzione e l'evoluzione spontanea è ignota È possibile una progressiva flessione anteriore del rachide nel tempo Controllare la progressiva flessione anteriore Imparare a controllare e prevenire il dolore Non subire ma gestire il dolore
A	Interventi su attività quotidiane e lavoro	Evitare lunghe camminate, usare la bicicletta
B	Interventi sull'attività fisica	Blanda attività aerobica senza impatto
A	Terapia sintomatica	Come mal di schiena cronica
	Terapia riabilitativa	
C		Esercizi di recupero articolare e deambulazione progressivamente incrementata
C		Fascia di sostegno
B		Ortesi

⇒ **Sì** ⇒ **Controllo al bisogno**

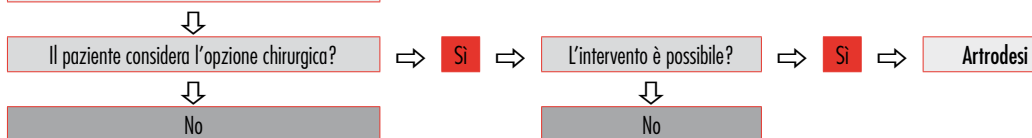
⇒ **Sì** ⇒ **Intervento appropriato**

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON SCOLIOSI DOLOROSA DELL'ADULTO



Terapia conservativa	
Forza	Azione
C	Spiegazioni
B	Interventi su attività quotidiane e lavoro
B	Interventi sull'attività fisica
B	Terapia sintomatica
B	Terapia riabilitativa
C	
B	
B	

⇒ Ritorno alla flow-chart originale



Contenuto

Una scoliosi > 30° può evolvere anche in età adulta

Se la scoliosi si è già evoluta, è probabile che l'evoluzione continui

A lungo termine è prevedibile una cifotizzazione del tratto scolioitico con difficoltà al mantenimento di una postura normale in età anziana

L'impatto estetico peggiora progressivamente all'aumentare della scoliosi

Si devono verificare le capacità respiratorie e allenare costantemente l'apparato cardiorespiratorio

Gli esercizi aiutano sul dolore ma non ci sono prove a lungo termine che riducano il peggioramento nel tempo, anche se possono dare miglioramenti a breve termine

Gli esercizi devono essere continuativi nel tempo

Imparare a controllare e prevenire il dolore

Non subire ma gestire il dolore

Evitare carichi esagerati

Attività aerobica

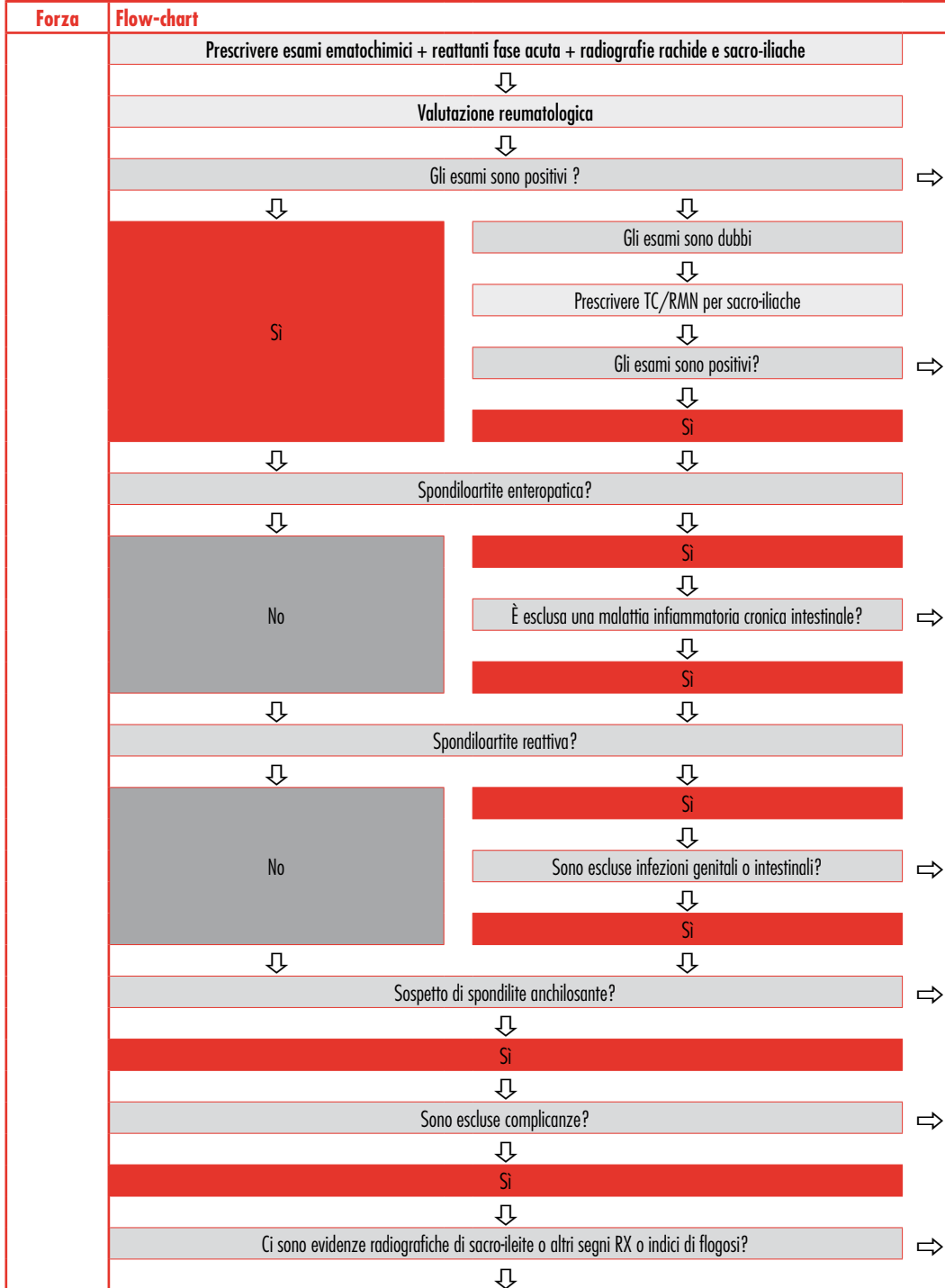
Come mal di schiena cronica, ma evitare mobilizzazione vertebrale e manipolazioni

Esercizi di stabilizzazione regolari continuativi

Fascia di sostegno

Ortesi rigida

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON SPONDILOARTRITE



⇒ **No** ⇒ Ritorna alla flow-chart originale

⇒ **No** ⇒ Ritorna alla flow-chart originale

⇒ **No** ⇒ Valutazioni appropriate

⇒ **No** ⇒ Valutazioni appropriate

⇒ **No** ⇒ Valutazioni appropriate

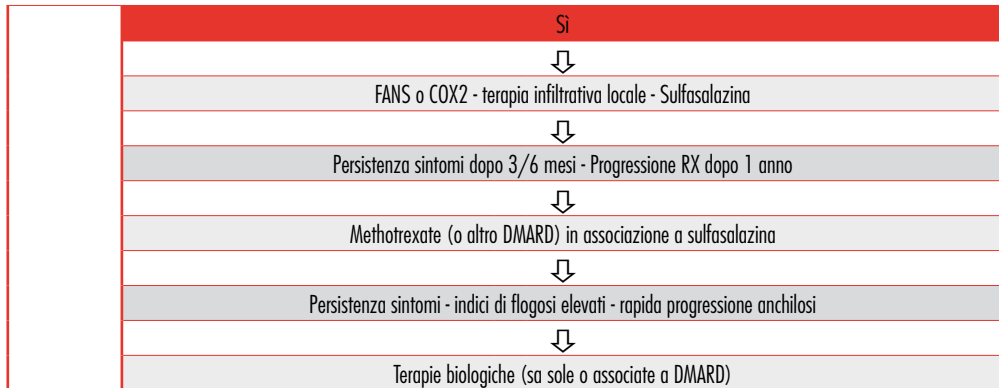
⇒ **No** ⇒ Valutazioni appropriate

⇒ **No** ⇒ Ritorno alla flow-chart originale con controllo RX e laboratoristico a 1 anno



(continua)

(segue Percorsi Diagnostico Terapeutici nel paziente con spondiloartrite)





Comparsa di segni radiologici ai controlli a distanza?

APPENDICE

MAL DI SCHIENA ISTRUZIONI PER L'USO NELLA "LOMBALGIA ACUTA"



GRUPPO DI STUDIO DELLA SCOLIOSI E DELLE PATOLOGIE VERTEBRALI
www.gss.it



Istituto Scientifico Italiano
Colonna Vertebrale - www.isico.it

Con la collaborazione di:

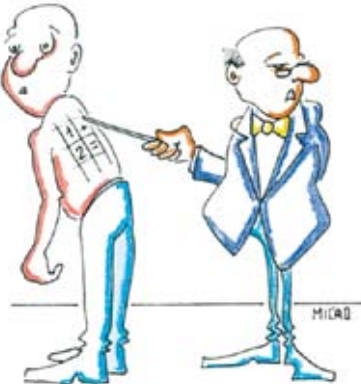


Società Italiana Medicina
Generale (SIMG) - www.simg.it

Stefano Negrini¹, Michele Romano², Stefano Giovannoni³

MAL DI SCHIENA ISTRUZIONI PER L'USO NELLA "LOMBALGIA ACUTA"

Avete mal di schiena da meno di 30 giorni o ricorrente?
Volete prevenirlo e stare meglio?
Ecco come fare



Questo libretto è scaturito dalla collaborazione tra la SIMG, il GSS ed ISICO, è basato sul "Back Book" prodotto dal *British Medical Journal* e testato in numerose pubblicazioni scientifiche, rispetta completamente le attuali conoscenze scientifiche ed integra le visioni del medico di famiglia, del fisiatra e del fisioterapista rispetto al problema.

Il libretto educativo può essere utilizzato per finalità di educazione sanitaria, con un distribuzione mirata a pazienti affetti da lombalgia acuta o per finalità di prevenzione e divulgazione dei corretti principi di gestione di questa patologia.

Può essere richiesto alla Segreteria di ISICO (tel. 02 58320947; fax 02 58320953; e-mail: isico@isico.it)

¹ Fisiatra; ² Fisioterapista; ³ Medico di famiglia

CHE COSA NON È

Le cause del mal di schiena sono numerose. Ancor di più sono i termini medici che indicano queste cause. Diversi vocaboli sono, spesso, definizioni differenti della stessa patologia: ecco perché andare da tanti medici significa spesso sentirsi attribuire altrettante diagnosi.

Il mal di schiena non è l'artrosi

L'artrosi è come i capelli grigi, solo un segno dell'età che avanza. A parità di artrosi, infatti, si hanno dei periodi di dolore ed altri di benessere. È quindi un fattore predisponente: chi ce l'ha non è destinato a soffrire per tutta la vita; deve solo fare una buona prevenzione.



Il mal di schiena non è la discopatia

La discopatia è a volte presente anche nei giovani che non hanno mai avuto dolore: è solo a volte un fattore predisponente al dolore.



Il mal di schiena non è l'ernia del disco

Oggi sappiamo che l'ernia del disco è un fenomeno molto comune, che è presente in un quarto delle persone anche senza dare dolore; inoltre, guarisce quasi sempre spontaneamente, senza lasciare disturbi. Quindi, l'ernia del disco è importante solo se provoca dolore alla gamba o disturbi neurologici. Una volta veniva sempre operata, ma si è poi scoperto che l'intervento eliminava la sciatica ma lasciava problemi di schiena cronici: oggi si interviene solo se c'è un danno grave del nervo. Quindi, molto spesso l'ernia è solo un fattore che predispone al mal di schiena, ma non è la sua causa. E soprattutto, quando il mal di schiena passa e l'ernia rimane non si corre un rischio maggiore di mal di schiena rispetto agli altri.

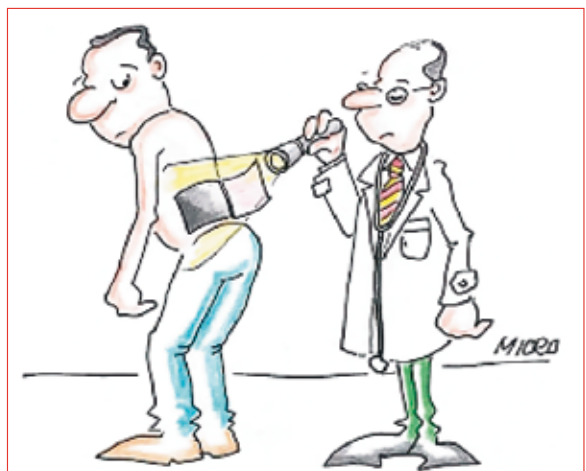


CHE COS'È

I quattro tipi di mal di schiena

Ci sono quattro tipi di mal di schiena, ognuno con una possibile origine, "storia naturale" (ossia tendenza evolutiva nel tempo) e trattamento più indicato.

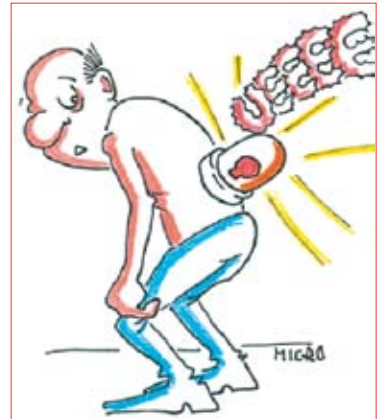
1. *Mal di schiena acuto* (durata sino a 30 giorni): lesione di una piccola struttura della schiena; comprende il "colpo della strega" (blocco del movimento); si risolve entro poche settimane anche senza trattamento; le eventuali terapie sono solo sintomatiche.



2. *Mal di schiena sub-acute* (durata da 30 giorni a 6 mesi): alcuni fattori di mantenimento del dolore (fisici, comportamentali, psicologici – personalità, stress, conseguenze del dolore cronico – e sociali – mobbing e difficoltà lavorative) impediscono la risoluzione spontanea della forma acuta; può risolversi ma anche evolvere nella cronicità; è quindi fondamentale una riabilitazione cognitivo-comportamentale specifica da parte di una équipe multidisciplinare esperta.
3. *Mal di schiena cronico* (durata oltre 6 mesi) è l'evoluzione dei due precedenti; l'insieme dei circoli viziosi fisici, psicologici e sociali che lo hanno provocato (e si intersecano nel mantenerlo) ne rendono difficile (e rara) la soluzione; deve essere trattato con una riabilitazione specifica da équipe multidisciplinari esperte.
4. *Mal di schiena secondario*: è dovuto ad una patologia specifica, è molto raro (meno di 1 caso su 200) ed ha una evoluzione ed una terapia specifica per ogni singolo caso.

Il dolore dice che la schiena non è "in forma"

Il mal di schiena non è quasi mai dovuto alle ossa: quasi sempre dipende da una difficoltà di funzionamento di una sua minuscola componente (muscoli, legamenti, disco), che proprio perché è piccola non si riesce a identificare neanche con gli esami più approfonditi. La schiena è come un orologio di alta precisione in cui anche un granellino di sabbia (la lesione) può causare notevoli difficoltà (il dolore, a volte anche molto forte). C'è però una grossa differenza: la schiena è molto più solida di un orologio.



PERCHÉ VIENE

Una struttura forte e complessa

La colonna vertebrale è una delle strutture più forti del nostro corpo, che deve assolvere a numerosi ed importanti compiti:

- stabilità: sostiene il tronco, e restando ferma consente il movimento corretto degli arti;
- mobilità: consente tutti gli spostamenti del tronco e della testa;
- contenimento: protegge il midollo spinale.

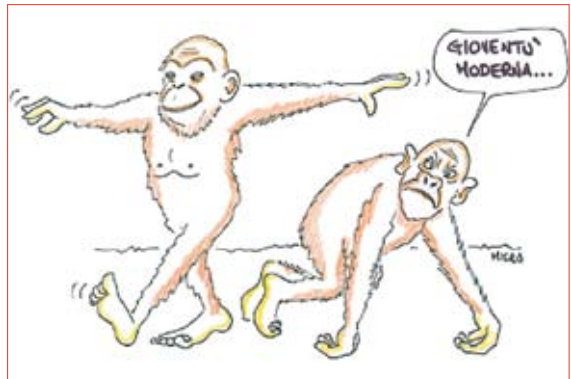
Queste funzioni sono in contraddizione tra di loro (stabilità-star fermi è il contrario di mobilità-muoversi). Così questa struttura è forte ma anche complessa, con un controllo molto delicato. Il suo funzionamento



dipende dal solo ed unico "computer di bordo": il cervello. Si può così arrivare, con l'allenamento, a risultati eccezionali come succede negli sportivi; la perdita dell'equilibrio implica invece il dolore, che segnala che la schiena è "fuori controllo", "fuori forma": si deve solo rimetterla in ordine.

Il mal di schiena è dovuto al nostro stile di vita

Da quando abbiamo perso la posizione a quattro zampe, la parte bassa della colonna ha dovuto subire una serie di sforzi per cui non era stata inizialmente progettata: questo ha comportato la comparsa del mal di schiena, un dolore tipico della razza umana. Il fatto di avere poi oggi obbligato la parte bassa della schiena ad adattarsi alla posizione seduta ha ulteriormente aumentato i problemi. Per questo tutti soffrono, prima o poi, di mal di schiena: è il nostro stile di vita in quanto uomini, ma anche lo stile di vita di ciascuno di noi singolarmente ha un ruolo fondamentale.



CHE COSA SI SA

Il mal di schiena acuto non è una malattia grave

Le cause gravi di mal di schiena sono rarissime (meno di 1 caso su 300) e basta una buona visita medica per inquadrare il problema. È importante, quindi, non farsi prendere dal panico: tutti, prima o poi, soffrono di mal di schiena.



Il mal di schiena acuto passa da solo

Nove pazienti su dieci recuperano entro un mese dall'insorgenza del dolore, indipendentemente dall'aver o meno effettuato un trattamento: quindi non è necessario correre dallo specialista alle prime avvisaglie del mal di schiena.



Il mal di schiena acuto ritorna

È bene sapere che il mal di schiena può avere ricadute, in qualche caso anche frequenti. È proprio questo che rende fondamentale la prevenzione come facciamo tramite questo libretto. La ricaduta in ogni caso non è segno di qualcosa di grave, ma solo del ripresentarsi di un problema cui siamo predisposti, o di un

nostro stile di vita poco attento alle necessità del nostro fisico in generale e della colonna in particolare.

A CHI RIVOLGERSI

1. Da solo

Se non avete altre malattie (che impongono il controllo medico) usate i farmaci analgesici cosiddetti da banco, che non richiedono prescrizione e che il farmacista può



consigliare (il paracetamolo ha meno effetti collaterali ed è la prima scelta).

Le risposte positive (sul dolore) e negative (allergie, problemi di stomaco e altri) sono individuali e probabilmente già sapete qual è il farmaco più efficace e meno dannoso per voi. Localmente si possono applicare sia il caldo che il freddo, sempre secondo la sensibilità individuale. Lo stress e la tensione peggiorano sempre il problema.



2. Dal medico di medicina generale

Una visita del vostro medico di famiglia permette di individuare i segni (molto rari) che richiedono una particolare attenzione, se di recente insorgenza: disturbi ad urinare; disturbi in sede genitale; formicolii e debolezza di entrambe le gambe (non lasciatevi intimorire troppo da questa lista). Il vostro medico escluderà le rare patologie gravi, vi darà i consigli su come comportarvi e concorderete se assumere dei farmaci per controllare il dolore.



3. Dallo specialista

Se il medico di famiglia lo ritiene opportuno, vi invierà dallo specialista

più competente per il vostro problema, specialmente se la sciatica è grave e persistente, le ricadute sono sempre più frequenti o il dolore non si risolve nei tempi stabiliti. Il medico di famiglia saprà consigliarvi lo specialista migliore presente sul territorio per il vostro problema.



QUALI TERAPIE PER IL MAL DI SCHIENA ACUTO

Orientarsi tra le terapie per il mal di schiena acuto è difficile. Viene proposto di tutto e tutti vantano alcuni risultati, ma il problema è che il mal di schiena acuto passa anche da solo. L'unico modo per verificare che cosa serve veramente è effettuare degli studi scientifici seri. L'unica bussola di riferimento sono quindi le conoscenze scientifiche.

Per guarire

Dopo la visita, il medico di famiglia deve fornire informazioni e rassicurare sulla situazione (spiegazioni simili a quelle di questo libretto). Poi, in ordine di priorità: muoversi e continuare il proprio lavoro.

Per il dolore

In ordine di priorità: antidolorifici (paracetamolo), antinfiammatori, miorilassanti, manipolazioni.

Controindicazioni

Riposo a letto.



AVVERTENZE PER L'USO

La lettura di questo opuscolo è *utile a tutti*, anche se si rivolge soprattutto a chi:

- non ha mai avuto mal di schiena e vuole prevenirlo o sapere come comportarsi;
- ha un mal di schiena acuto, ossia che dura da meno di 1 mese;
- ha un mal di schiena ricorrente, ossia soffre di episodi di dolore che si ripetono nel tempo e che si risolvono di norma entro 1 mese circa.

Quindi:

- i consigli pratici vanno bene per tutti;
- alcune informazioni non si applicano a chi soffre da più di 1 mese, o ha un dolore cronico.



COME CURARSI

Il riposo fa male alla schiena

I dolori vertebrali beneficiano del movimento, che evita l'indebolimento precoce dei muscoli ed aiuta i tessuti a riparare più in fretta. Il riposo, infatti, impedisce di innescare tutti quei benefici processi che permettono al corpo di riparare bene e rapidamente. Il movimento inoltre non peggiora la situazione in corso, anche se muovendosi si può avere la sensazione di maggior dolore. Restare attivi, continuare a lavorare ed a muoversi, quindi, sia pure con qualche limitazione, è fondamentale, perchè permette di guarire prima e di affrontare meglio il dolore.

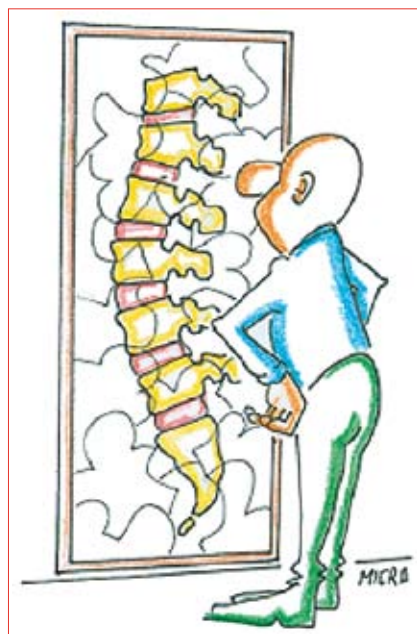


Togliere il dolore non basta

Il trattamento dei sintomi del mal di schiena non sempre è risolutivo. Se il dolore non sparisce del tutto, non significa che la situazione sia grave: non esiste infatti correlazione tra la quantità di dolore e la quantità di danno. Le terapie servono comunque solo in caso di dolore, ma non hanno alcun effetto preventivo.

Gli esami possono ingannare

Con gli esami non possiamo quasi mai vedere la causa del dolore. Gli esami spesso dimostrano in realtà solo l'invecchiamento delle strutture (artrosi, discopatia) o patologie occasionali che nulla hanno a che vedere col dolore in quel momento (dischi erniati). Gli esami vanno sempre prescritti da un medico perchè implicano l'uso di radiazioni, che possono essere molto più pericolose del mal di schiena. Se il dolore si risolve da solo entro pochi giorni, fare degli esami è soltanto dannoso. Se il dolore dura invece da più di 1 mese, diventa utile fare degli approfondimenti: il vostro medico saprà dirvi quali.



IL TEST

	VERO	FALSO
1. Sono preoccupato per il mio futuro a causa del mal di schiena	-	-
2. Quando ho mal di schiena mantengo il più possibile un'attività normale	-	-
3. So che il mal di schiena, anche se è forte, mi passerà	-	-
4. Il mal di schiena mi terrorizza	-	-
5. Quando ho mal di schiena mi riposo a lungo ed aspetto che passi	-	-

LA SOLUZIONE a pagina 108



Stai gestendo il mal di schiena

BENE !

Quando si riesce a gestire il dolore si hanno meno problemi: si soffre meno, per meno tempo e sul lungo periodo si sta meglio rispetto a quando si subisce.

Stai subendo il mal di schiena

ATTENZIONE !

Quando si subisce si soffre molto, si ha dolore più a lungo, si rimane più tempo a casa dal lavoro e si può diventare disabili a causa del mal di schiena.



CHE COSA EVITARE

Sul mal di schiena poi ci sono degli atteggiamenti e delle credenze errate. Conoscerle è un primo modo per evitare di star male.

- Non è vero che il dolore indichi un aumento dei danni alla schiena e che quindi lo si debba evitare con troppa cautela e con paura del movimento: si rischia di cronicizzare.
- Non è vero che il dolore aumenta con l'attività o il lavoro: si soffre di più e si rischia di cronicizzare
- Non è vero che il dolore debba scomparire del tutto prima di tentare di tornare al lavoro o alle normali attività: si rischia di cronicizzare.
- Non è corretto avere un atteggiamento catastrofico, pensando al peggio, sopravvalutando i sintomi corporei: si soffre di più e si rischia di cronicizzare.
- Non è vero che dolore sia incontrollabile.
- Non è vero che si devono abbandonare le attività del vivere quotidiano: si rischia di cronicizzare.
- Non è corretta una irregolare partecipazione all'attività fisica: ci si fa male più facilmente e si soffre di più.
- Non è corretto avere un atteggiamento passivo verso il recupero dal proprio problema: si rischia di cronicizzare.



ALCUNE REGOLE UTILI

Le dieci regole di vita con il mal di schiena

1. Evita le posizioni ferme mantenute a lungo: il movimento aiuta.
2. Se ti è possibile, continua a lavorare.
3. Quando i dolori sono molto forti riposati un po', sappi però che diminuisce solo il dolore, ma non si guarisce prima.
4. Evita per quanto possibile di metterti a letto durante il giorno.
5. Quando stai fermo o ti riposi, cerca di adottare le posizioni meno dolorose, e cambiale frequentemente.
6. Appena puoi, muoviti.
7. Se la posizione seduta peggiora il dolore, evitala.
8. Usa il dolore: quando aumenta, ti dice cosa evitare momentaneamente.
9. Non scoraggiarti per il dolore, anche se è forte: non c'è relazione fra intensità del dolore e danni alla schiena ed è molto probabile che duri poco, sia pure con alti e bassi.
10. Ricorda che ci possono essere delle ricadute: rimetti la schiena in forma.



Le sette regole per lavorare con il mal di schiena

1. Cambia posizione più spesso possibile.
2. Evita di flettere il busto in avanti o di mantenerlo in questa posizione.
3. Mantieni vicini gli oggetti da spostare.
4. Non sollevare oggetti troppo pesanti per te.
5. Evita la torsione del tronco.
6. Da seduto, usa i braccioli ed un sostegno lombare.
7. Evita le sedie basse.



COME PREVENIRE

La bilancia del mal di schiena acuto tra sforzi e forma fisica

Prestate attenzione alla vostra vita quotidiana, imparando cosa fare e cosa non fare: solo con la cura delle nostre abitudini di vita si combatte il mal di schiena.

Restare seduti

COME FARE

Scaricate il più possibile sullo schienale il peso della schiena; non rilassatevi completamente in posizione semisdraiata, mantenendo sempre un sostegno dietro alla schiena; cercate di capire se vi è di aiuto mantenere la lordosi lombare, ossia quella curva della parte bassa della schiena che tutti abbiamo quando restiamo in piedi e che perdiamo quasi automaticamente quando ci mettiamo seduti: in questo caso usate un cuscinetto lombare che vi aiuti; per leggere o scrivere inclinate il busto avanti a livello delle anche, poggiando i gomiti sul piano di lavoro.

QUALCHE CONSIGLIO

Usate una sedia di altezza giusta e, se possibile, con i braccioli; provate un sostegno lombare; evitate una sedia bassa, morbida o senza schienale. La colonna soffre in ogni caso le posizioni prolungate, quindi non restate seduti oltre i 20-30 minuti ed anche da seduti cambiate spesso posizione.



Guidare

COME FARE

Mantenete una distanza dai pedali che consenta di appoggiare il bacino allo schienale con anche e ginocchia leggermente flesse; il sedile deve poi essere leggermente inclinato indietro per scaricare il peso corporeo; la distanza dal volante deve consentire di tenere le braccia piegate ed appoggiate comodamente sulla parte superiore del volante (posizione delle "ore 10 e 10").

QUALCHE CONSIGLIO

Provate un eventuale sostegno lombare (che molte auto possiedono di serie) e verificate se vi serve veramente. In ogni caso tenete tutta la schiena bene appoggiata in scarico. Evitate di guidare a lungo senza pause.

Piegarsi in avanti

COME FARE

Ci sono varie possibilità in base alle diverse situa-





la gamba ed il tronco, appoggiando un arto superiore ad un piano. Non ruotate il tronco durante lo sforzo.

QUALCHE CONSIGLIO

Prevenite i problemi conoscendo i limiti della vostra forza. Se fate un lavoro che vi richiede di sollevare pesi in continuità, verificate se vi è utile una fascia addominale di sostegno.

Restare in piedi

COME FARE

In piedi la lordosi tende ad aumentare, quindi cercate di ridurla portando in

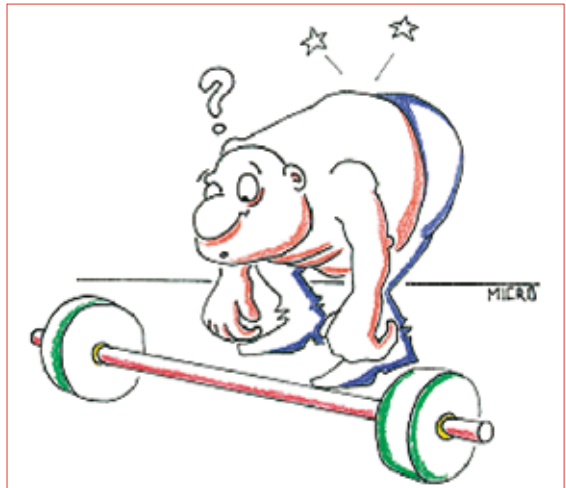


zioni. Adottate la posizione delle schermidore con un affondo, piegando in avanti (a volte può essere necessario farlo di lato) una gamba e mantenendo l'altra tesa.

Sollevare dei pesi

COME FARE

Piegate le gambe, portate bene indietro il bacino, mantenete la schiena diritta ed il peso il più vicino possibile al corpo lungo tutto il suo percorso; per pesi leggeri si può sollevare un arto teso indietro con un movimento a bilanciere tra



dentro la pancia e piegando un po' le ginocchia, anche alternate, o appoggiando un piede su un ripiano; muovetevi il più possibile, alternando così il tipo di sforzi che la schiena deve sopportare.

QUALCHE CONSIGLIO

Muovetevi appena possibile. Cercate degli appoggi, che permetteranno di scaricare il peso. Allargate la base di appoggio distanziando i piedi. Posate un piede su un appoggio, cambiando spesso il piede di sostegno. Se dovete svolgere qualche compito particolare (per esempio stirare o disegnare), mantenete alla giusta altezza il piano di lavoro.

Dormire**COME FARE**

La posizione ideale a letto non esiste: in tutte le posizioni si può trovare quella meno dolorosa per sé intervenendo tramite uno o più cuscini posizionati sotto le gambe, sotto la pancia, sotto la schiena o sotto la testa.

QUALCHE CONSIGLIO

Usate un materasso adatto a voi, che solo voi potete trovare: sono vietati solo quelli sfondati o troppo rigidi. La rete deve sostenere il corpo e non essere sfondata. Evitate di restare a letto troppo a lungo.

**Rilassatevi****COME FARE**

Cercate per quanto possibile di ridurre gli stress. Usate tecniche di rilassamento.

QUALCHE CONSIGLIO

Evitate le tensioni inutili imparando a scaricarle nel modo migliore.

Dimagrite

Il sovrappeso e l'addome prominente sono possibili concause del mal di schiena ed in ogni caso costituiscono un elemento aggravante i dolori.

**Non fumate**

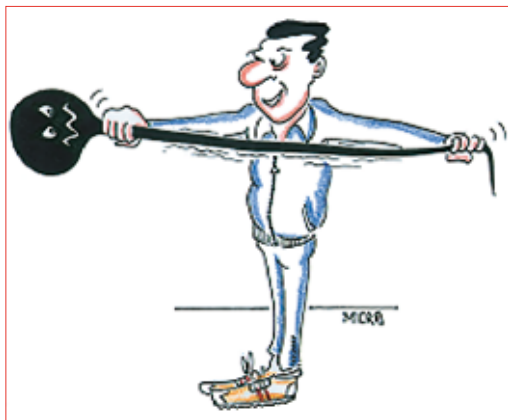
Da qualche anno i ricercatori hanno dimostrato che fumare fa male alla schiena, probabilmente perché riduce l'ossigenazione delle strutture più delicate della colonna. Il fumo quindi, oltre a far male ai polmoni, al cuore, all'apparato intestinale..., aumenta anche il mal di schiena.



L'ATTIVITÀ FISICA

Farla

Mantenersi in forma con dell'attività fisica e della ginnastica regolare è fondamentale per tutti. Anche se il lavoro vi richiede molti sforzi, in realtà non allenate il fisico ma lo usurate, perché le attività lavorative sono ripetitive: l'attività fisica, più varia ed allenante (e divertente), è comunque necessaria. Essere in forma, muoversi aumentando gradualmente le proprie capacità di compiere degli sforzi, evitare nella vita quotidiana di sedersi sempre e comunque, fare qualche volta in più le scale, andare a lavorare in bicicletta o a piedi se possibile. Quando c'è il dolore: scegliete un'attività fisica più tranquilla come camminare, nuotare o andare in bicicletta per tratti anche lunghi; quando si sta bene: fare qualunque tipo di attività fisica e ginnastica purché ci si eserciti progressivamente e costantemente, meglio se ben guidati e controllati.



Come farla

L'attività fisica funziona solo se viene effettuata regolarmente, almeno due volte alla settimana. Qualche fastidio, soprattutto iniziale, è inevitabile: passa presto ed i benefici che si ottengono li ripagano ampiamente. L'attività ideale non esiste. Scegliete quindi qualcosa che vi piace e che potete fare senza troppe difficoltà per le vostre necessità familiari e professionali: è la migliore garanzia che non smetterete. Fate quindi dell'attività fisica con continuità e, se non avete dolore mentre la fate, non date retta a chi vi ha detto che l'attività che avete scelto fa male alla schiena.

I vantaggi

Migliora le condizioni dei muscoli che governano i movimenti della colonna, rendendoli più forti, elastici e pronti a reagire. Rinforza le ossa, ci mantiene elastici, ci fa sentire bene e sani, ci rimette in forma. Stimola la produzione delle endorfine, delle morfine formate dal nostro corpo: dei veri e propri antidolorifici ed euforizzanti estremamente efficaci. È uno dei modi più utili per scaricare le tensioni.

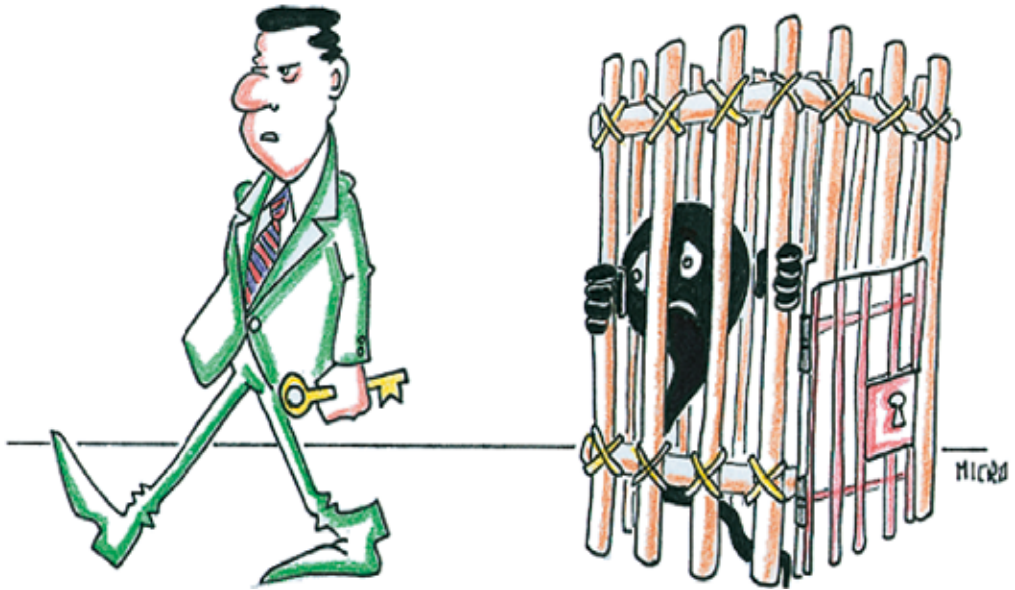


GLI ULTIMI CONSIGLI

- Non fidatevi solo dei farmaci: non risolvono il problema, leniscono solo il dolore.
- Non restate a casa: vi concentrerete ancor di più sui vostri dolori e così aumenteranno.
- Non smettete di fare le cose che vi piacciono, in particolare se il dolore non aumenta: questo vale anche per lo sport e le attività del tempo libero.
- Non preoccupatevi, non state diventando invalidi: mai nessuno lo è diventato per un semplice mal di schiena e con la visita medica sono già stati esclusi altri disturbi.
- Non intristitevi nei giorni peggiori: il dolore normalmente ha un'intensità variabile ma, come è già stato detto, anche se momentaneamente aumenta non significa che la situazione sia peggiore.
- Non date retta alle "storie dell'orrore" degli altri: non sono reali.
- Mantenetevi in forma: camminare, nuotare, andare in bici, fare ginnastica, ballare vi farà sentire meglio per molti motivi. Vi accorgete di poterlo fare senza che il dolore aumenti particolarmente, vi gioverà psicologicamente, migliorerà la possibilità di riparazione dei tessuti, aumenterà le endorfine (una morfina autoprodotta dal corpo per ridurre il dolore).
- Cominciate gradualmente e fate qualcosa in più ogni giorno: vedrete i miglioramenti.
- Continuate a lavorare o riprendete appena possibile, chiedendo incarichi meno pesanti per qualche giorno: il mal di schiena non vi rende invalidi, richiede solo di limitarsi un po'; continuare a lavorare inoltre è una medicina infallibile per la nostra mente.
- Siate pazienti: è normale per chi soffre di mal di schiena avere ogni tanto dei dolori o essere bloccati per un breve periodo di tempo.
- Vivete il più normalmente possibile: questo non vuol dire fare gli eroi; significa invece dosare le proprie forze, avere momenti di riposo, permettendo al corpo di recuperare nel modo migliore possibile: con il movimento.
- Mantenetevi le attività quotidiane: evitate solo i veri sforzi.



SOLO NOI POSSIAMO ORGANIZZARCI PER GESTIRE AL MEGLIO IL NOSTRO PROBLEMA



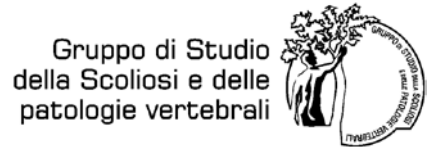
SOLUZIONE DEL TEST a pagina 100

Anni di ricerche hanno dimostrato che, per tutte le patologie umane, ma per il mal di schiena in particolare, quanto soffriamo dipende enormemente dal nostro stato d' animo. Quindi, se avete dato una delle risposte che seguono, allora la temperatura del vostro termometro si deve alzare di mezzo grado. 1V, 2F, 3F, 4V, 5V.

GSS: AGGIORNAMENTO TECNICO E SCIENTIFICO SULLE PATOLOGIE VERTEBRALI

Nel 1978 è stato fondato il **Gruppo di Studio della Scoliosi e delle patologie vertebrali**, associazione no-profit che, nella sua struttura *interdisciplinare*, promuove lo studio e l'aggiornamento sulla scoliosi e sulle patologie vertebrali, con prevalente interesse alla *prevenzione*, alla *riabilitazione* e al *trattamento non chirurgico*. Il GSS ha l'obiettivo di creare cultura e informazione corretta e tempestiva, distribuendo materiale qualificato e aggiornato sui *dati della ricerca* e sullo *stato dell'arte*, indispensabili per accrescere le competenze e promuovere lo sviluppo professionale. L'associazione annuale al GSS dà diritto a ricevere i fascicoli di revisione della letteratura mondiale, la monografia annuale, l'accesso ai servizi online, facilitazioni sull'acquisto di testi e sulla partecipazione a corsi e congressi.

www.gss.it - gss@gss.it

**ISICO: LA SCIENZA APPLICATA ALLA RIABILITAZIONE DELLE PATOLOGIE DELLA COLONNA VERTEBRALE**

L'Istituto Scientifico Italiano Colonna (ISICO) vertebrale si propone come un ponte tra il mondo della scienza e il mondo della riabilitazione e dell'industria, rivolgendosi anche alle singole persone con le proprie attività dirette:

- fa *ricerca* in proprio ed in collaborazione con partner nazionali ed internazionali;
- svolge *attività cliniche riabilitative* in Centri e Ambulatori sul territorio nazionale;
- promuove una *rete di strutture in partnership* per svilupparne le competenze cliniche (ISICO Network - www.isico.net);
- fa attività di *formazione* per i singoli operatori e le strutture sul territorio;
- sviluppa con l'*industria* nuove applicazioni pratiche per i problemi quotidiani della colonna vertebrale;
- *divulga le nuove conoscenze* alla popolazione direttamente e tramite i mass-media.

Per ottenere questi risultati ISICO si avvale fortemente delle nuove tecnologie, del lavoro in équipe multidisciplinare e delle metodologie di sviluppo continuo della qualità. L'obiettivo finale è di favorire la crescita di un nuovo modello di Sanità efficace, efficiente ed accettabile, secondo i principi scientifici, gestionali ed etici proposti nella "Carta dei principi di ISICO".

www.isico.it - isico@isico.it



Finito di stampare nel mese di Novembre 2006
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedica.it



