



IL MAL DI SCHIENA

SCOPO DEL CONSENSUS

L'individuazione del Mal di Schiena come priorità è dovuta principalmente a considerazioni di tipo epidemiologico in quanto esso rappresenta il disturbo osteo-articolare più diffuso nella popolazione, con conseguente forte impatto economico ed organizzativo in termini di accessi alla medicina generale e domanda di accertamenti di tipo specialistico.

D'altro canto, la disponibilità di numerose prove di efficacia, per lo più concordanti, e l'esistenza di margini di miglioramento in termini di appropriatezza delle indicazioni e di variabilità nel trattamento, hanno reso opportuno il consenso a livello locale sulle principali raccomandazioni nella gestione del Mal di Schiena.

A tal fine è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, multiprofessionale e rappresentativo di tutte le Aziende regionali, coinvolgendo tutte le figure che partecipano alla gestione del Mal di Schiena.

INTRODUZIONE METODOLOGICA

La ricerca della letteratura è stata condotta sui data-base: "National Guideline Clearinghouse", "MEDLINE" e "Sistema Nazionale Linee Guida" per le parole chiave "Low back pain – Mal di schiena", selezionando la pubblicazione di linee guida.

Sono state prese in considerazione le linee guida già disponibili nel Sistema Nazionale Linee Guida "Mal di schiena: raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali aziendali nelle cure primarie" del PNLG Regioni - cui si rimanda per i livelli di prova ed il grado delle raccomandazioni - in quanto corrispondevano ai principali criteri di qualità: gruppo multidisciplinare, revisione sistematica della letteratura, graduazione delle raccomandazioni, anno di pubblicazione.

Le linee guida sono state quindi integrate con le "European guidelines for the management of chronic non specific low back pain" del Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain, per la gestione della lombalgia cronica, e con altre fonti citate in bibliografia per gli aspetti di diagnostica per immagini, trattamento farmacologico e chirurgico, nonché per l'aggiornamento di argomenti specifici.

Le linee guida selezionate sono state adattate alla realtà locale da parte del gruppo di lavoro, integrate ed aggiornate. Un vero e proprio processo di consenso è stato attivato per alcuni argomenti specifici rispetto ai quali non sono disponibili forti evidenze di efficacia e sono tuttora in corso ricerche e sperimentazioni (es. aspetti riabilitativi).

Come per gli altri processi di consenso regionali è prevista l'implementazione del percorso con momenti di formazione e valutazione dell'impatto mediante il monitoraggio di indicatori di verifica quali il numero di accertamenti di diagnostica per immagini (RM in particolare) e di visite specialistiche.

DEFINIZIONE

Il **mal di schiena (MDS) acuto** è rappresentato da dolore, con presenza o meno di limitazione funzionale, avvertito fra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori, con possibile irradiazione posteriore alla coscia ma non oltre il ginocchio

(**lombalgia**). Ha una durata inferiore a 4 settimane.

La **lombosciatalgia** (radicolopatia) è rappresentata da una lombalgia con irradiazione dolorosa al di sotto del ginocchio (interessamento di L5 o S1, in oltre il 90% dei casi);

la **lombocruralgia** (dolore irradiato alla faccia anteriore della coscia) è dovuta a interessamento delle radici lombari più alte, più spesso

L3 e L4. Il dolore all'arto può essere presente anche in assenza di dolore lombare.

Si parla di **MDS subacuto** quando la sintomatologia, anche in forma attenuata, si protrae oltre il mese fino a 3 mesi. Se i sintomi si protraggono oltre 3 mesi si parla di **lombalgia** o di **lombosciatalgia cronica**;

si definisce **ricorrente** quando gli episodi acuti si ripresentano dopo un periodo di benessere.

Più della metà delle persone che hanno avuto un episodio di lombalgia acuta avrà una **recidiva** entro pochi anni e l'approccio a un nuovo episodio lombalgico in un paziente con problemi ricorrenti al rachide lombare è simile a quello di un episodio acuto.

EPIDEMIOLOGIA

Il MDS è il disturbo osteoarticolare più frequente: quasi l'80% della popolazione è destinato

a 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.

Il MDS interessa uomini e donne in ugual misura; insorge più spesso fra i 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.

LE CAUSE DEL MAL DI SCHIENA

Oltre il 95% dei pazienti ha una causa meccanica alla base del dolore lombare.

La lombalgia meccanica può essere definita come dolore secondario a un uso eccessivo o a una abnorme stimolazione di una normale struttura anatomica (muscoli, legamenti, periostio, fasce, faccette articolari, radici nervose spinali) oppure dolore secondario a un trauma o a una deformità di una struttura anatomica (frattura, erniazione del nucleo polposo,

artrosi interapofisaria posteriore). Le cause più comuni sono verosimilmente le lesioni muscolo-legamentose e i processi degenerativi legati all'età nei dischi intervertebrali e nelle faccette articolari. I fattori di rischio comprendono attività fisica pesante, piegamenti frequenti, torsioni, sollevamento, tiro, spinta, lavoro ripetitivo, posture statiche e vibrazioni. I fattori di rischio psico-sociali includono ansia, depressione, insoddisfazione per il lavoro e stress psicologico. In circa l'1% la causa non è meccanica (tumore, infezione, flogosi, aneurisma aortico, eccetera) e nel 2% il dolore è di origine viscerale con irradiazione al rachide lombare o espressione di manifestazione di malattia sistemica: queste cause non meccaniche di MDS devono essere escluse prima possibile.

PERCORSO DIAGNOSTICO DEL PAZIENTE LOMBALGICO: ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO

Di fronte a una persona con lombalgia acuta, **con l'anamnesi e l'esame obiettivo si è, di norma, in grado di formulare il sospetto di cause gravi – red flag –** (tumore, frattura, infezione, sindrome della cauda equina, aneurisma aortico - vedi appendice); o di **escludere un dolore da causa viscerale o sistemica** (massa retroperitoneale, origine renoureterale o uteroannessiale, origine infiammatoria nel quadro delle entesoartriti).

In assenza di questi sospetti, non vi è necessità di esami di diagnostica strumentale o di laboratorio entro le prime 4-6 settimane, in quanto, entro tale periodo, oltre il 90% dei pazienti guarirà spontaneamente, per cui è probabile che si riscontri un miglioramento dopo qualsiasi terapia, anche se inefficace. Sempre con l'anamnesi e l'esame obiettivo si è in grado di determinare se si tratta di una **lombalgia non specifica** – disfunzionale o biomeccanica – (dolore localizzato in vicinanza del rachide con possibile irradiazione alla regione posteriore della coscia, che non scende oltre il ginocchio, riacutizzato da movimenti e posizioni, con presenza o meno di limitazione funzionale) o di una **lombosciatalgia** (dolore lombare irradiato al di sotto del ginocchio, se interessate le radici nervose L5 e S1 – oltre il 90% dei casi – con ricerca di postura antalgica e importante disturbo funzionale). Si parla di **lombocruralgia** per un dolore irradiato all'inguine e alla superficie anteriore della coscia per interessamento radicolare di L3 e L4.

E' raccomandato fare quesiti mirati circa la storia del MDS, per ottenere criteri anamnestici utili per l'approccio clinico. In particolare, dovranno essere presi in considerazione i seguenti fattori:

- età
- impotenza funzionale e ripercussione sull'attività lavorativa
- risposta a precedenti trattamenti
- fattori di rischio fisici, psicosociali e lavorativi
- insorgenza: insidiosa, acuta, post-traumatica
- sede: lombare, glutea, dorso-lombare
- caratteristiche del dolore: urente, trafittivo, gravativo
- irradiazione: radicolare e non radicolare
- orario del dolore: continuo, diurno, notturno
- rapporto postura-dolore: in clino e ortostatismo, seduto
- sintomi neurologici: parestesie, debolezza, ipoestesia, claudicatio, disturbi sfinterici
- rigidità mattutina: se presente per quanto tempo

Con l'esame obiettivo, è possibile ricercare segni in buona parte soggettivi (dipendendo dalla risposta del paziente), **utili nel tentativo di definire la struttura causa del dolore e il meccanismo scatenante, e quindi nel dare consigli comportamentali e di prevenzione secondaria:**

- dolore e/o limitazione funzionale dei movimenti del tronco
- dolore alla palpazione dei processi spinosi, delle articolazioni posteriori, dei legamenti,

dei muscoli

- dismetria degli arti
- alterazioni dell'assetto fisiologico del rachide

Attraverso l'integrazione dei sintomi e dei segni è possibile ipotizzare la causa del MDS.

In presenza di dolore riferito all'arto inferiore dovrà essere eseguito l'esame neurologico, che presenta discrete prove sulla possibilità di diagnosticare il danno radicolare:

- manovra di Lasègue (positiva in presenza di dolore sotto il ginocchio fra 30° e 70°)
omo e controlaterale: la omolaterale presenta sensibilità ma non specificità per ernia del disco, mentre la positività della manovra nell'arto controlaterale è poco sensibile ma, se presente, altamente specifica: se negativa esclude significato chirurgico all'erniazione del disco nella gran parte dei casi
- manovra di Wassermann (Evocazione ed accentuazione del dolore radicolare quando al paziente sdraiato sul letto in posizione prona, si flette lentamente la gamba sulla coscia, positivo in caso di irritazione di L2, L3 ed L4)
- forza della dorsiflessione del piede e dell'alluce, della flessione plantare del piede e dell'estensione del ginocchio; valutazione del trofismo muscolare: un deficit motorio significativo e progressivo richiede una consulenza neurochirurgica e/o una consulenza neurologica
- esame della sensibilità tattile-dolorifica
- ricerca dei riflessi patellari e achillei

FASE ACUTA/SUBACUTA: RACCOMANDAZIONI

Nel caso, di gran lunga più frequente, di lombalgia non specifica, il medico deve rassicurare il paziente facendo comprendere:

- la possibile genesi del mal di schiena di cui soffre, la verosimile causa che lo ha scatenato e gli eventuali fattori di rischio connessi all'impegno lavorativo e/o all'attività ricreativa, ad anomalie strutturali o posturali

- l'alta probabilità di prognosi favorevole legata alla natura benigna del disturbo (il 70%

dei pazienti migliora entro le prime due settimane), ma anche la tendenza a recidive

- che le radiografie non sono raccomandate di routine prima di 4-6 settimane se non per evidenziare fratture in recenti traumi significativi a ogni età o in recenti traumi anche modesti in persone anziane, o con storia di prolungata terapia steroidea o di osteoporosi

- che la Tomografia Computerizzata (TC) e la Risonanza Magnetica (RM) non sono raccomandate prima di 4-6 settimane in assenza di *red flag*

- di rimanere attivi e, se possibile, non lasciare il lavoro

- di mantenersi in attività fisica controllata con ritorno al lavoro, se si è stati costretti a interromperlo, anche se persiste sintomatologia dolorosa, nel caso in cui gli incarichi possano essere modificati e/o alleggeriti

- che attività fisica aerobica che non sovraccarichi la colonna vertebrale può essere iniziata quanto prima

- l'assenza di lavori controllati e randomizzati sulle trazioni, terapie fisiche (massaggio, ultrasuoni, laserterapia, magnetoterapia, TENS), agopuntura, plantari, busti

- che il riposo a letto non è indicato perché non modifica la storia naturale del MDS, può portare a debilitazione e far sentire il paziente «malato» con conseguente necessità di medicalizzazione

Obiettivo principale del programma terapeutico è la demedicalizzazione del MDS acuto, perché si risolve quasi sempre spontaneamente.

- Se il dolore e la limitazione funzionale sono importanti può essere proposto l'uso di farmaci, spiegando bene la loro natura sintomatica nell'alleviare a breve termine soltanto i sintomi: inizialmente, per la buona tollerabilità, può essere proposto l'uso di un analgesico come il paracetamolo al dosaggio di 2-4 grammi ripartiti nelle 24 ore, oppure l'uso di antinfiammatori non-steroidi (FANS) che si sono dimostrati efficaci nel controllare il dolore. Per gli effetti collaterali dei FANS, a livello gastroenterico, cardiovascolare e renale, è consigliato l'uso del più basso dosaggio efficace, con particolare riguardo negli

anziani, specialmente se cardiopatici o ipertesi. Sembra che l'ibuprofen seguito dal diclofenac siano le molecole da valutare come scelta iniziale sulla base del profilo beneficio/rischio.

L'uso dei miorilassanti potrebbe essere riservato alle condizioni di contrattura muscolare paraspinale, ma nell'utilizzo bisogna tenere conto degli effetti collaterali, in particolare sonnolenza, vertigini e nausea; non vi sono benefici nell'uso dei miorilassanti in associazione con FANS rispetto all'uso dei FANS da soli.

Se dopo 2 settimane il dolore persiste invariato, senza progressivo miglioramento dei sintomi, è indicata ulteriore valutazione per:

- accoglienza del disagio funzionale e dell'ansia per la persistenza del dolore riformulando strategie e modalità di comportamento, dopo aver nuovamente escluso la presenza di *red flag* o di cause extraspinali

- cominciare a indagare se esistono le così dette *yellow flag*, cioè fattori psicosociali che possono aumentare il rischio di persistenza della lombalgia e della disabilità con assenza dal lavoro e riduzione della qualità di vita (appendice).

Mentre il riconoscimento delle *red flag* permette un appropriato intervento medico, le *yellow*

flag conducono a una necessaria gestione cognitiva e comportamentale. Già durante le prime valutazioni del paziente possono emergere certe caratteristiche che inducono il sospetto di reazioni non-organiche:

- dolore al coccige senza traumi durante una lombalgia
- dolore in tutto l'arto inferiore
- perdita della sensibilità di tutto l'arto inferiore
- perdita di forza in tutto l'arto inferiore, senza cadute
- dolore sempre costante senza variazioni
- intolleranza e reazioni negative alle cure
- accesso improprio o ripetuto al Pronto Soccorso per MDS

se presenti è indicato effettuare il test di Waddell per evidenziare segni di lombalgia non organica (appendice); se presenti fattori di rischio psicosociali tali da far presupporre la cronicizzazione del MDS e l'eventuale perdita del lavoro viene suggerito un precoce approccio comportamentale tratto dalle linee guida neozelandesi sulla valutazione psicosociale delle *yellow flag* (appendice); entrambe le valutazioni possono essere effettuate sia da parte di personale medico che da terapeuti della riabilitazione

- eventuale aggiustamento posologico del paracetamolo (4 g/die) o del FANS o loro integrazione/sostituzione con oppiacei deboli o tramadolo

- in caso di persistenza del dolore, dopo 4 settimane, il MMG può inviare il paziente a visita fisiatrica (vedi criteri valutazione specialistica), oppure se il contesto organizzativo locale lo consente, può prescrivere una valutazione breve da parte del fisioterapista con attivazione di successivo percorso terapeutico, nell'ambito delle proprie competenze professionali (Anamnesi e valutazione definite brevi: codice Tariffario Regionale 89.01)

Per quanto riguarda la lombosciatalgia, il medico deve informare il paziente che:

- la maggior parte dei pazienti con disfunzione radicolare dovuta a ernia discale recupera entro un mese con guarigione spontanea, quindi il trattamento conservativo non deve essere inferiore alle 4-6 settimane con uso di paracetamolo, eventualmente associato a codeina, FANS, tramadolo, prima di procedere a valutazione specialistica (salvo deficit neurologico progressivo, per esempio piede cadente)

- per quanto riguarda l'uso dei corticosteroidi per via sistemica, non vi sono evidenze di un adeguato rapporto efficacia/rischio

- fino ad un terzo dei pazienti candidati all'intervento chirurgico migliora fino alla guarigione durante l'attesa dell'intervento
- la TC o la RM non sono indicate nelle prime 4-6 settimane, se non in sospetto di *red flag*, deficit neurologici progressivi, sciatica iperalgica o mancata risposta alla terapia o se vi è indicazione all'intervento chirurgico (in questi casi è consigliabile coinvolgere il chirurgo già nella fase di programmazione dello studio diagnostico). L'eventuale reperto radiografico di protrusione del disco (*bulging*) è fenomeno parafisiologico, senza valore clinico in assenza di altre patologie
 - l'EMG e i potenziali evocati sono inappropriati se la valutazione neurologica clinica è evidente
 - il riposo a letto è sconsigliato; se la sciatica è severa, può essere un'opzione per 2-4 giorni, ma deve essere comunque limitato
 - è necessario mantenersi più attivi possibile, con posture corrette (che spesso sono quelle antalgiche), astenendosi da sforzi in flessione anteriore del tronco, come lo stare in piedi fermo a lungo con gli arti superiori proiettati in avanti e sollevare pesi; bisogna evitare di stare seduti a lungo
 - le manipolazioni sono controindicate

ULTERIORI ESAMI E VALUTAZIONE SPECIALISTICA

Il 7-10% dei pazienti con MDS acuto continua a presentare sintomi oltre 6 settimane: nel 90% si tratta di lombalgia mentre nel 10% di sciatica.

In questo caso, si deve tenere conto che:

- una **radiografia del rachide lombare** per il quesito diagnostico specifico può essere consigliata, ma bisogna considerare che molti reperti radiografici sono occasionali e spesso non hanno significato clinico, come riduzione dello spazio discale, lomboarizzazione o sacralizzazione, ernie di Schmorl, calcificazioni discali e scoliosi moderata. La maggiore utilità si incontra nei pz. giovani (< 20: spondilolistesi, spondilite anchilosante) o anziani (> 55). Non c'è razionale nella ripetizione dell'esame se non intercorrono variazioni importanti del quadro clinico.

- la **TC** può trovare indicazione in caso di sospetto clinico di frattura non evidente alla radiografia convenzionale o, se evidente, per caratterizzarne estensione o frammenti;

spondilosi, pseudoartrosi, controindicazione alla RM (*pacemaker*, impianti, claustrofobia, eccetera)

- la **TC** e/o la **RM** possono trovare indicazione in caso di radicolopatia refrattaria
- la **RM** può trovare indicazione nella diagnosi dei "red flag"

- la **velocità di eritrosedimentazione (VES)** e la **proteina C reattiva (PCR)** elevate possono indicare un tumore o una infezione, l'elevazione della VES può essere presente anche nelle spondilite

Criteria per valutazione specialistica

La maggior parte dei pazienti con MDS acuto può essere gestito dal medico di medicina generale. Il ricorso allo specialista (**neurochirurgo**, **ortopedico**, **neuroradiologo**) dovrebbe essere attivato in caso di :

- dolore lombare importante senza ripristino delle normali attività dopo 3 mesi, con ripercussioni sulla qualità di vita
- dolore radicolare che non si risolve dopo 6 settimane
- deficit neurologico (sensitivo e/o motorio) ingravescente
- sindrome della cauda equina (anestesia a sella, ritenzione urinaria: urgenza !)

Inoltre:

il ricorso al **fisiatra** trova indicazione in caso di:

- lombalgia e lombosciatalgia subacuta/cronica che non ha tratto beneficio dai precedenti trattamenti, e/o elevata disabilità*
- lombalgia ricorrente

il ricorso al **reumatologo** trova indicazione in caso di:

- sospetto di prevalente patologia infiammatoria

il ricorso al **neurologo** trova indicazione limitatamente ai casi di:

- dolore cronico irradiato all'arto inferiore atipico, con manovra di Lasègue negativa (sospetto clinico di patologia neurologica infiammatoria o degenerativa)
- nuovi o progressivi deficit neuromotori

*Per disabilità elevata si intende l'impossibilità a svolgere il proprio lavoro e le normali attività della vita quotidiana e professionale nei tre mesi precedenti. Per la valutazione può essere utilizzato il questionario di Roland & Morris et al. 1983 (Difficoltà marcate : R&M > 14, lievi : R&M ≤ 14)

FASE CRONICA: RACCOMANDAZIONI

Se dopo 3 mesi il mal di schiena persiste è raccomandato rivalutare il paziente al fine di escludere una specifica patologia spinale e radicolopatie: nella gran parte dei casi il mal di schiena cronico è non specifico. Anche in questa fase non devono essere richiesti accertamenti di diagnostica per immagini, se non in caso di sospetto di red flag (RM) o di deformità strutturali non precedentemente accertate (radiografie).

Il MDS cronico non rappresenta un'entità o una diagnosi a sé, quanto un sintomo in pazienti con stadi molto diversi di danno, disabilità e cronicità, pertanto in questi casi è raccomandata la valutazione di fattori prognostici (yellow flag). Devono essere presi in considerazione i fattori correlati all'attività lavorativa, lo stress psico-sociale, le aspettative e i sintomi più recenti riferiti dal paziente.

In caso di MDS a bassa disabilità possono essere sufficienti terapie semplici basate sull'evidenza di efficacia: l'**esercizio fisico** riduce il dolore e migliora lo stato funzionale rispetto all'assistenza standard, pertanto deve essere raccomandato; sono consigliati l'approccio cognitivo-comportamentale, nonché brevi interventi educazionali.

È indicata terapia farmacologia orale con FANS per brevi periodi o analgesici (tramadolo anche in associazione con paracetamolo). Possono essere presi in considerazione i miorilassanti e gli antidepressivi triciclici, valutando con attenzione rischi e benefici.

Quando ha fallito il trattamento monodisciplinare è raccomandata la presa in carico da parte di un team multidisciplinare: un **programma multidisciplinare di riabilitazione fisica e psico-sociale** riduce il dolore e migliora lo stato funzionale rispetto a trattamenti non multidisciplinari.

Mancano lavori controllati e randomizzati sulle terapie fisiche (applicazione di calore o ghiaccio, trazioni, laser, ultrasuoni, massaggi, corsetti e TENS).

Nei pazienti operati per ernia del disco lombare non è opportuno limitare l'attività fisica, anche per facilitare la precoce ripresa dell'attività lavorativa se non associata a rischio professionale di ernia del disco.

Dopo il primo intervento chirurgico per ernia del disco lombare va effettuato un programma intensivo di riabilitazione da iniziare precocemente dopo l'intervento.

APPENDICE

Red flag

Condizioni patologiche gravi (*red flag*) responsabili del quadro lombalgico: tumore, frattura, infezione, sindrome della cauda equina, aneurisma aortico.

- Sospetto di **tumore**:

- anamnesi positiva per tumori
- perdita di peso
- assenza di miglioramento con la terapia dopo 4-6 settimane
- età sopra 50/60 anni e sotto 18/20 anni
- dolore ingravescente, continuo anche a riposo e con persistenza notturna

Se i primi 4 fattori di rischio sono assenti, gli studi suggeriscono che il tumore può essere escluso con una sensibilità del 100%

- Sospetto di **frattura**:

- traumi maggiori a tutte le età o traumi minori, anche semplice caduta, negli anziani o in affetti da grave osteoporosi (per esempio uso di prolungata terapia steroidea)
- dolore da carico, che si attenua in clinostatismo e si accentua nelle variazioni di posizione

- Sospetto di **infezione**:

- febbre
- recenti infezioni batteriche
- tossicodipendenza (uso di droghe per via endovenosa)
- terapie immunosoppressive
- HIV
- dolore che persiste a riposo
- area geografica di provenienza in relazione a specifiche infezioni
- sospetto di patologia infiammatoria del rachide e del bacino (art. sacro iliache)

- Sospetto di **sindrome della cauda equina**:

- sciatica uni o bilaterale con deficit sensitivi e motori (claudicatio neurologica)
- ritenzione urinaria
- incontinenza fecale
- anestesia a sella

Se non c'è ritenzione urinaria, la probabilità che si tratti di una sindrome della cauda è di 1/10.000

- Sospetto di **aneurisma aorta addominale**:

- età oltre 60 anni
- dolore notturno e a riposo
- vasculopatia aterosclerotica in altre sedi
- massa pulsante addominale

Yellow flag

Condizioni psicosociali di rischio di disabilità cronica e perdita del lavoro (*yellow flag*) nel paziente lombalgico

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?”.

Test di Waddel

Il test di Waddel è utile per identificare fattori psicosociali nel dolore e nella disabilità protratti.

E' composto 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 Lasègue, 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 non reca alcun dolore indicando come la positività del Lasègue da supino 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 le 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 è 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 prominente 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 a 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 Waddel:

_ si esegue dopo aver escluso cause organiche

_ è positivo solo se più di tre sezioni sono presenti perché è facile in molte persone trovare positive una o due sezioni

_ non è valutabile in pazienti anziani

_ non è un test medico-legale per evidenziare simulatori

_ 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.

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 6° 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 avversivo, 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 angosciata 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.

LA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI*
Linee guida nazionali di riferimento

COLONNA LOMBARRE

Problema clinico	indagine	raccomandazione	commento
Dolore lombare cronico senza segni di infezione o neoplasia	RX	Non indicata di routine C	Le alterazioni degenerative sono comuni e non specifiche. La maggiore utilità si incontra nei pz. giovani (< 20, spondilolistesi, spondilite anchilosante) o anziani (> 55)
	RM MN (scinti ossea) TAC	Indagini specialistiche C	Indagini di prima istanza se i sintomo persistono, se sono gravi o se non è facile l'inquadramento clinico. I reperti dell'esame RM vanno interpretati con cautela in quanto molte alterazioni sono rilevabili anche in pz asintomatici
Dolori lombari associati a: 1) insorgenza < 20 o > 55, 2) disturbi sfinteriali o della deambulazione, 3) anestesia della regione perineale, 4) perdita grave e progressiva della funzione motrice, 5) esteso deficit neurologico, 6) precedente patologia neoplastica, 7) continuo stato di malessere, 8) HIV, 9) calo ponderale, 10) tossicodipendenza, 11) uso di cortisonici, 12) deformazioni corporee, 13) dolore di origine non meccanica	RM	Indicata B	Indagine migliore. Il ricorso all'imaging non deve ritardare la consulenza medica specialistica. MN ampiamente utilizzata in caso di interessamento osseo o nel sospetto di infezione (una RX negativa può falsamente rassicurare)
Dolore lombare acuto Ernia discale, sciatica	RX	Non indicata di routine C	Un dolore acuto è solitamente dovuto a condizioni non sempre diagnosticabili con esame RX ad eccezione del collasso osteoporotico. RX normali possono essere falsamente rassicuranti
	RM TAC	Indagini specialistiche B	La dimostrazione di un'ernia discale richiede RM o TAC e deve essere presa in considerazione solo dopo che un trattamento conservativo si è rivelato inefficace. La RM è in genere preferibile. La correlazione clinico-radiologica è importante in quanto un numero di ernie del disco sono sintomatiche.

*Tratto da "La diagnostica per immagini" Linee guida nazionali di riferimento ASSR Istituto Superiore di Sanità 2004

GLOSSARIO BREVE

Poiché non vi è ancora sufficiente chiarezza né piena condivisione sulla definizione di alcuni tipi di trattamento, proponiamo di seguito la traduzione di una sintesi tratta dalle Linee Guida Europee citate in bibliografia.

Terapia dell'esercizio – Definizione della procedura

L'esercizio fisico con finalità terapeutica è definibile come qualunque programma di attività motoria nel quale durante la sessione terapeutica è richiesta l'esecuzione di movimenti dinamici volontari, oppure contrazioni muscolari di tipo isometrico, di singole parti o di tutto il corpo. Gli esercizi possono essere svolti in condizioni di "carico" o "scarico", e devono essere finalizzati al trattamento del dolore lombare. L'esercizio deve essere supervisionato o assegnato con specifiche chiare. (Van Tuder et al 2003).

Terapia Manuale –

Manipolazione della spine dorsale - Definizione della procedura

La manipolazione vertebrale è definita come una pressione veloce (thrust) sull'articolazione tale da imprimere un movimento passivo che supera il fisiologico arco di movimento.

La mobilizzazione vertebrale richiede movimenti lenti, passivi, entro o ai limiti dell'arco di movimento (Brox et al 1999, Koes et al 1996). La maggioranza degli studi non opera una chiara distinzione tra questi due approcci perché, nella pratica clinica, queste due tecniche fanno parte delle tecniche di "manipolazione vertebrale" a cui si fa riferimento in terapia manuale (Harvey et al 2003). Per una discussione sulle differenze tra tecniche della manipolazione e mobilizzazione spinale vedere (CMAJ Oct 2004).

Back schools e brevi interventi educativi / consigli per promuovere il self-care

Back School- Definizione della procedura

La back school può essere definita come un approccio composto di una parte educativa e di un programma di addestramento, incluso l'esercizio, nel quale tutte le lezioni sono tenute a un gruppo di pazienti da un terapeuta o da un medico specialista (van Tulder et al 2004).

La Back School di origine svedese, presentata nel 1980, comprendeva quattro sessioni di 45 minuti (Forsell 1980). I contenuti di una sessione includevano informazioni sull'anatomia e funzioni della schiena, discussioni sulla meccanica vertebrale e sull'affaticamento nelle diverse posizioni e l'insegnamento della posizione semi-Fowler.

I contenuti delle back school attuali sono cambiati e variano molto tra scuola e scuola.

Una valutazione della singola back school deve quindi tenere in considerazione il contenuto del programma.

Gli interventi Educativi Brevi per promuovere il self-care – Definizione della procedura

Gli Interventi Educativi Brevi (distinti dalle back school) comprendono interventi che prevedono un contatto minimo con professionisti sanitari (di solito una o due sessioni) la frequenza di gruppi di auto-aiuto, la fornitura di materiale educativo, e l'uso di internet nonché discussioni di gruppo via e-mail. Gli interventi sono finalizzati a sostenere l'autogestione e ridurre il vissuto di preoccupazione intorno alla malattia.

In alcuni studi ci si riferisce a questo approccio usando il termine "mobilizzazione", per indicare il tentativo di incoraggiare il paziente a diventare più attivo.

Non va confuso con il significato che il termine "mobilizzazione" ha all'interno della terapia manuale.

Approccio Cognitivo-Comportamentale – Definizione della procedura

L'approccio cognitivo-comportamentale comprende procedure finalizzate principalmente ad ottenere cambiamenti cognitivi e del comportamento.

Anche nelle back school e negli approcci multidisciplinari possono essere compresi aspetti di lavoro sulle componenti psicologiche, ma sono trattati in sessioni a parte.

L'approccio cognitivo-comportamentale viene comunemente usato nel trattamento del dolore cronico ad alta disabilità.

Il principale assunto di questo approccio è che il dolore e la disabilità non sono determinati solo da condizioni anatomiche, se presenti, ma anche da fattori psicologici e sociali (l'indole del paziente e le sue credenze, il livello di stress e lo sviluppo del comportamento da malato) (Waddell 1987).

Di conseguenza, il principale obiettivo del trattamento del dolore lombare cronico ad alta disabilità non è la rimozione di una patologia organica sottostante, ma la riduzione della disabilità attraverso la modificazione di alcune condizioni ambientali e dei processi cognitivi. In generale si possono distinguere tre approcci di tipo cognitivo- comportamentale: **operante, cognitivo e rispondente** (Turk e Flor 1984) (Vlaeyen et al 1995). Ciascuno focalizza la propria azione sulla modificazione di uno dei tre sistemi di risposta che caratterizzano le esperienze emotive: il comportamento, la sfera cognitiva e la reattività psicologica.

I trattamenti operanti sono basati sul principio del condizionamento operante di Skinner (Skinner 1953) applicato al dolore da Fordyce (Fordyce 1976) e includono il rinforzo positivo di comportamenti sani e la conseguente diminuzione di attenzione nei confronti di comportamenti da malato, tecniche di gestione del dolore focalizzate alla variabile "tempo" piuttosto che "dolore" e il coinvolgimento del partner.

Il programma di "attività graduale" è un esempio del trattamento operante per il dolore lombare cronico (Lindstron et al 1992a).

Il trattamento cognitivo mira a identificare e modificare le convinzioni del paziente riguardo il dolore e la disabilità. Tali convinzioni (il significato del dolore, le aspettative circa il controllo del dolore) possono essere modificate in modo diretto utilizzando tecniche di riprogrammazione di tipo cognitivo (come la visualizzazione, e le tecniche di diversificazione attenzionale), oppure indirettamente attraverso la modificazione delle idee, convinzioni e sentimenti "disfunzionali" in materia di dolore e disabilità. (Turner e Johnson 1993).

I trattamenti di tipo "rispondente" mirano a modificare il sistema di risposta psicologica in maniera diretta, per esempio attraverso la riduzione della tensione muscolare.

L'approccio prevede di fornire al paziente una spiegazione della relazione tra tensione muscolare e dolore, e insegna al paziente come sostituire la tensione muscolare con una reazione motoria incompatibile con la tensione, ad es il rilassamento. A tal fine vengono usati: l'EMG, biofeedback, il rilassamento progressivo, e il rilassamento applicato (Turk e Flor 1984) (Vlaeyen et al 1995).

Vi è una gran variabilità di approcci nel trattamento di tipo comportamentale usati nel trattamento del dolore lombare cronico, e manca un consenso generale sulla definizione di trattamento operativo e cognitivo. Inoltre spesso il trattamento comportamentale consiste in una combinazione di queste modalità, o è applicato in combinazione ad altre terapie (come i farmaci e l'esercizio).

Sebbene i trattamenti cognitivi e comportamentali possano differenziarsi per obiettivi e metodi, hanno in comune: 1) l'assunto che sentimenti e comportamenti dell'individuo sono influenzati dai suoi pensieri; 2) l'uso di tecniche strutturate per aiutare i pazienti a identificare, tenere sotto controllo e cambiare i pensieri "disfunzionali", i sentimenti e i comportamenti; 3) un'enfasi all'insegnamento di abilità che il paziente può applicare su una molteplicità di problemi. (Turne 1996).

Interventi multidisciplinari – Definizione della procedure

I programmi di trattamento multidisciplinare per il dolore lombare cronico erano inizialmente basati sul modello del condizionamento operante (Fordyce et al 1973). E' sempre inclusa una componente di esercizio, poiché si assume che il dolore lombare cronico sia sempre associato anche a componenti di decondizionamento fisico. Essendo che molti pazienti con dolore lombare cronico riferiscono problemi collegati al tipo di occupazione e sono relativamente giovani (l'età media in gran parte degli studi è 42 anni), c'è l'idea radicata di proporre un lavoro di rinforzo muscolare o "esercizi di condizionamento" nella maggior parte degli studi esaminati.

I contenuti dell'approccio multidisciplinare di solito comprendono una estesa combinazione di componenti fisiche, vocazionali, e del comportamento, nonché l'educazione all'uso dei farmaci. Di solito questi programmi sono proposti per diverse ore alla settimana, qualche volta anche in regime di ricovero. Il contenuto di questi programmi, e il modo in cui sono classificati o descritti cambia molto. Ad esempio, la riabilitazione bio-psicosociale multidisciplinare, i programmi di riabilitazione, i programmi comportamentali, le back school o programmi di rieducazione funzionale (RF) possono tutti includere una o più di queste componenti.

I veri programmi di trattamento multidisciplinare devono includere la componente "medica" (educazione e trattamento farmacologico), "fisica" (esercizio), quella "vocazionale" e relativa al comportamento della persona, e deve essere assicurata la presenza di almeno tre professionisti dell'"health care" con diverse formazioni professionali (medici, fisioterapisti, psicologi).

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia per I Servizi Sanitari Regionali (ASSR). La diagnostica per immagini 2004
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic non specific low back pain. Eur Spine J 2006; S 192-3000.
- American College of Radiology (ACR). Low back pain 2007
- Chou R, Hoyt Huffman L. Medications for Acute and Chronic Low Back Pain: a Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Annals of Internal Medicine 2007; 147:505-514
- Clinical Evidence . Low back pain (acute) 2006
- Clinical Evidence . Low back pain (chronic) 2006
- Piano Nazionale Linee Guida (PNLG). 9 Appropriatelyzza della diagnosi e del trattamento chirurgico dell'ernia del disco lombare sintomatica 2005
- Piano Nazionale Linee Guida Regioni. 1 Mal di schiena: raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali nelle cure primarie 2005
- Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena 2006

RACCOMANDAZIONI

DIAGNOSI

Valutazione clinica:

- Anamnesi ed esame obiettivo sono indicati per la ricerca di patologie spinali e/o neurologiche gravi
- In assenza di segni o sintomi di possibile grave patologia spinale o neurologica non vi è l'indicazione a eseguire nessun tipo di ulteriore approfondimento diagnostico
- Se il dolore persiste è raccomandato effettuare prima possibile una valutazione degli aspetti psicologici e socioeconomici, perché giocano un ruolo importante nella cronicizzazione del mal di schiena e della disabilità, rivestendo un ruolo più importante dei segni e sintomi fisici

Diagnostica per immagini:

- RX, TC ed RM **non sono indicate** in assenza di *red flag* nel primo mese
- RX molto appropriate in caso di trauma, uso di steroidi, osteoporosi, età superiore a 70 anni
- In sospetto di cancro, infezione e sindrome della cauda equina la RM è l'esame più appropriato
- TC ed RM sono indicate dopo 4 settimane in pazienti con sciatalgia e segni di compressione radicolare sufficientemente severi da far considerare la possibilità di un intervento chirurgico

TERAPIA: fase acuta/subacuta

Consigli su attività fisica e comportamento:

- Fornire al paziente informazioni, rassicurazioni circa la buona prognosi e suggerimenti adeguati per ridurre l'ansia
- Raccomandare al paziente di rimanere attivo e continuare l'abituale attività, nei limiti del dolore, mantenendo una postura corretta; il riposo a letto è sconsigliato

Farmaci:

- Il paracetamolo è efficace e deve essere considerato un farmaco di prima scelta nel dolore moderato
- I FANS sono un rimedio sintomatico efficace nella lombalgia acuta, ma possono avere seri effetti collaterali, particolarmente ad alte dosi e negli anziani
- I miorilassanti sono efficaci nel ridurre il dolore, ma gli effetti collaterali possono essere gravi
- Nel dolore intenso e invalidante è indicato l'uso di oppioidi in pazienti selezionati

Terapia chirurgica:

- Dopo un mese di terapia conservativa è raccomandato l'invio del paziente con sciatica al chirurgo quando la sciatica è grave e disabilitante, persiste senza miglioramento o con peggioramento, ci sono prove di compressione radicolare

TERAPIA: fase cronica

Consigli su attività fisica e comportamento:

- Raccomandare al paziente di rimanere attivo e continuare l'abituale attività, nei limiti del dolore, mantenendo una postura corretta; nei pazienti operati per ernia del disco non è opportuno limitare l'attività fisica

Farmaci:

- È indicata la terapia farmacologia orale con FANS o analgesici (tramadolo anche in associazione con paracetamolo)
- Gli antidepressivi riducono il dolore ma non migliorano la funzionalità

Trattamenti conservativi:

- La terapia cognitivo-comportamentale, l'esercizio fisico, brevi interventi educazionali, ed un programma multidisciplinare di riabilitazione bio-psico-sociale riducono il dolore e migliorano lo stato funzionale

GRUPPO DI LAVORO

- AGENZIA REGIONALE DELLA SANITÀ

Teresa Padovan, Giorgio Simon

- ASS1 TRIESTINA

Roberta Oretti, Melania Salina, Rita Stafutti, Andrea Ussai

- ASS2 ISONTINA

Marzia Maurencig, Massimo Pellizon, Stefano Visintin

-ASS 3 ALTRO FRIULI

Pier Tommaso Basadonna, Carlo Sergio Maiorana, Lorenzo Somma, Luigina Zanier

-ASS4 MEDIO FRIULI

Tamara Boschi, Paolo Di Benedetto, Stefano Pertoldi, Rosetta Ziraldo

-ASS 5 BASSA FRIULANA

Manuela Bidin, Renato Bolzon, Monica Colpi, Bruno Ledri

- ASS 6 FRIULI OCCIDENTALE

Vilma Colonnello, Vincenzo Rucco, Sergio Scappaticcio, Giorgio Sirotti

- AOU TRIESTE

Massimo Maurencig, Lorenzo Pagnan, Chiara Santin, Maja Ukmar

- AOU UDINE

Elsa Biasizzo, Araldo Causero, Paolo Del Fabro, Maria Pia Tarvis

- AO PORDENONE

Stefania Cametti, Lorenzo Fedele, Laura Olimperi

- IRCCS BURLO

Daniela Dibello, Giuseppe Gazzola, Roberto Sfreddo

- CEFORMED

Olivia Giannini, Carmelo Macauda

- UNIVERSITA' TRIESTE – CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

Roberto Marcovich, Antonella Monticco