

## **MAL DI SCHIENA**

### **LINEE GUIDA DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE E RACCOMANDAZIONI PER LA COSTRUZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI**

*REVISIONE 2013/14*

#### **PRESENTAZIONE**

Sono trascorsi quasi 10 anni dalla pubblicazione delle Linee Guida sul mal di schiena da parte del gruppo di lavoro della Regione Toscana. Sono state pubblicate sul Piano Nazionale per le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2005; sono state frutto di valutazione da parte del personale sanitario regionale che a qualsiasi titolo presta opera di assistenza a persone col mal di schiena; sono state sottoposte ad aggiornamento nel 2009; sono state oggetto di implementazione nel 2009. Nel 2013 il gruppo di lavoro ha avuto mandato dal Consiglio Sanitario Regionale di redigere un ulteriore aggiornamento.

Il gruppo di lavoro originario, superstito da fisiologiche defezioni, ha valutato la presenza di condizioni per un nuovo aggiornamento. Le novità non derivano tanto da nuovi eclatanti dati di letteratura, per cui l'impianto originario dell'approccio al mal di schiena acuto è rimasto quasi lo stesso, ma dalla necessità di ampliare il progetto originario, coinvolgendo anche il mal di schiena persistente e quello cronico.

La vera novità sulla gestione del mal di schiena pubblicata in questi anni in Italia sono "I Percorsi Diagnostico Terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena", del Ministero della Salute, con la partecipazione ed il coordinamento di rappresentanti del gruppo di lavoro toscano. Tale pubblicazione riveste notevole importanza, perché prodotta, condivisa e certificata dalle Società scientifiche dei professionisti del settore e dai rappresentanti dei cittadini. Per questo motivo, i PDTA ministeriali sono stati scelti dal gruppo di lavoro come blocco di partenza per le raccomandazioni su questo aggiornamento.

La presenza nel gruppo di una collega, specializzanda in Medicina Generale, ha permesso un revisione dei dati di letteratura degli ultimi anni, partendo dall'autorevole banca dati del GSS (Gruppo di Studio della Scoliosi), che intercetta i più importanti lavori internazionali sulla gestione del mal di schiena. Per aggiornare prove di efficacia e forza delle raccomandazioni abbiamo preso in esame, oltre la citata bibliografia, Revisioni Sistematiche come:

- Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena, a cura di Stefano Giovannoni, Silvia Minozzi, Stefano Negrini. Pacini Editore Pisa. 2006
- La lombalgia cronica, monografia di aggiornamento 3/2010, Gruppo Studio Scoliosi
- Evidence review aps Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain. Chou R, Huffman LH. American Pain Society, Publisher, Glenview IL,
- ICSI, Institute for Clinical System Improvement, Adult acute and subacute low back pain, 15° ed, gennaio 2012

Abbiamo mantenuto lo stesso *grading* della forza delle raccomandazioni dei PDT ministeriali.

- **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 (prove da più Studi Controllati Randomizzati (RCT) e o da Revisioni Sistematiche (SR) di RCT) o di tipo II (prove da un solo RCT). Abbiamo indicato con **A\*** quelle 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, per il gruppo di lavoro.
- **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

Nel progetto di portare avanti un approfondimento sul mal di schiena persistente e cronico, dove spesso alla base sono presenti fattori più psicosociali che biologici, il gruppo di lavoro si è arricchito della presenza di tre psicologi, in rappresentanza delle aree vaste regionali nel tentativo di rendere maggiormente operative le riflessioni sui percorsi di cura.

Accogliendo la necessità di rendere le Linee Guida più leggibili, l'impianto attuale è reso più snello e schematico.

## **IMPLEMENTAZIONE 2009 : LO STUDIO FIRENZE-PRATO**

Nel 2009 è stata valutata l'implementazione delle Linee Guida toscane redatte nel 2005, sotto forma di Studio Pilota, finalizzato sia a valutare il grado di penetrazione delle raccomandazioni nella pratica corrente, sia a definire gli standard assistenziali ottenibili con l'adeguamento a ciascuna di queste. Il contenuto della Linea Guida era stato condensato in nove raccomandazioni:

1. nei casi di Lombalgia acuta, al fine di escludere patologie gravi (fratture, tumori, infezioni, aneurisma aortico), forme sistemiche e di origine viscerale, in una prima fase sono sufficienti un' accurata anamnesi ed un esame obiettivo completo
2. se anamnesi ed esame obiettivo non pongono il sospetto di cause gravi o sistemiche non c'è indicazione per prescrivere esami di diagnostica strumentale

3. se è presente dolore all'arto inferiore che oltrepassa il ginocchio posteriormente (sciatalgia) o interessa l'inguine e la faccia anteriore della coscia (cruralgia), deve essere eseguito esame neurologico per rilevare la presenza di impegno radicolare
4. la diagnostica RNM o TC è da prendersi in considerazione dopo 4-6 settimane di evoluzione non favorevole
5. prima di 4-6 settimane la diagnostica strumentale (RMN, preferibilmente, o TAC) è prevista solo in presenza di sciatica iperalgica o deficit motorio improvviso o progressivo
6. la diagnostica Rx diretta è indicata solo nel sospetto di lesione traumatica
7. ai soggetti con lombalgia acuta occorre consigliare di restare attivi, di non mantenersi a riposo a letto, di non rimanere seduti a lungo e di effettuare attività motoria a basso impatto, come nuotare o camminare e, se possibile, di non lasciare il lavoro
8. per il dolore lombare con o senza irradiazione, Paracetamolo e FANS sono farmaci di prima scelta; i Miorilassanti sono farmaci di seconda scelta; i Cortisonici hanno utilità solo in caso di compressione radicolare e devono essere utilizzati per un breve periodo di tempo
9. la terapia con mezzi fisici non è consigliata

Lo studio ha coinvolto un campione di medici di Medicina Generale della ASL di Firenze e della ASL di Prato che, per due mesi, si sono strettamente attenuti alle nove raccomandazioni delle LG. Con gli indicatori di aderenza, applicando le indicazioni delle LG toscane nella pratica clinica, si è potuto rilevare che:

- in oltre il 92% dei casi l'esame clinico consente di escludere malattie gravi
- in più del 67% dei casi la sintomatologia è limitata al dolore lombare
- segni clinici di interessamento radicolare sono presenti in meno del 19% dei casi
- nel 73% dei casi la sintomatologia si risolve in meno di 6 settimane
- una causa traumatica è ipotizzabile in meno del 15% dei casi
- la radiografia della colonna lombare si è resa necessaria nel 23,5% dei casi
- le indagini TAC o RNM possono essere necessarie nel 12,5% dei casi
- il riposo è consigliato in non più del 15% dei casi
- la prescrizione media è di meno di 1 farmaco a visita
- le cure fisiche sono consigliate in meno del 7% dei casi

I risultati ottenuti sono stati estremamente interessanti ed hanno messo in luce un'alta percentuale di adesione alle raccomandazioni contenute nelle LG regionali.

## **L'ASSISTENZA AL PAZIENTE CON MAL DI SCHIENA NELLA REGIONE TOSCANA, RICERCA 2013/14**

L'implementazione 2009 con lo Studio Firenze-Prato ha evidenziato la possibilità di applicazione delle raccomandazioni scaturite dalle LG toscane nella pratica clinica, ne ha confermato il valore, l'uso appropriato della diagnostica strumentale e la riduzione del

rischio clinico. Ma, prima di elaborare l'aggiornamento 2013/14, il gruppo di lavoro ha ritenuto utile avere dati sull'attuale assistenza al paziente con mal di schiena nella Regione Toscana, per rilevare criticità, bisogni organizzativi e bisogni formativi degli operatori. Per queste motivazioni è stato deciso di avviare un progetto di ricerca con l'ARS (Agenzia Regionale di Sanità), con l'obiettivo di produrre informazioni sull'epidemiologia e sul percorso diagnostico-terapeutico effettuato in occasione di mal di schiena da parte di un campione rappresentativo di cittadini toscani e valutare gli eventuali scostamenti da quanto raccomandato dalle LG regionali.

L'analisi dei dati evidenzia aspetti interessanti:

- l'autogestione del mal di schiena, in accordo con dati di letteratura internazionale; in linea con l'obiettivo di demedicalizzare portato avanti dalle linee guida regionali. Infatti emerge che un cittadino su due non richiede intervento medico durante l'episodio di mal di schiena, probabile segno di buona capacità di gestire una condizione dolorosa ricorrente (anche con l'autosomministrazione di farmaci per quasi il 20% dei casi) e, a volte, con aspetti temporaneamente invalidanti
- l'elevata la prescrizione di radiografie e diagnostica pesante. Se appropriata in coloro che presentano sciatica che non recede dopo 4-6 settimane, per supporto ad eventuale decisione chirurgica, spesso non è giustificabile nella quasi totalità di casi di lombalgia non specifica
- le persone che decidono di andare dal medico di famiglia sono persone più anziane e con dolore importante e tre su quattro hanno accesso entro una settimana
- l'alto ricorso (oltre il 77%) all'ortopedico, fra quel 18% che si sono recati a visita specialistica. Questo non trova accordo con le linee guida nazionali e internazionali, che non richiedono accesso al chirurgo nella lombalgia non specifica; probabilmente è frutto di abitudini consolidate nel tempo, nella cultura italiana e nel modello organizzativo sanitario
- in accordo con le linee guida, la prescrizione dei farmaci da parte del medico di famiglia per controllare il dolore, anche se troppo sbilanciata nell'uso di FANS in confronto agli analgesici, meglio tollerati e appropriati da un punto di vista fisiopatologico, in molte condizioni
- il ricorso a trattamenti riabilitativi: se non c'è risoluzione della sintomatologia in poche settimane, ci sembra appropriato quel 17% di persone che accedono a trattamenti fisioterapici riabilitativi, con l'aumentare dell'età e la severità della condizione dolorosa e disabilitante.

Con queste linee guida intendiamo rivisitare le raccomandazioni per la gestione del mal di schiena acuto e per l'impostazione ed il trattamento del mal di schiena persistente, che spesso evolve in cronicità con notevole dispendio di energie da parte del cittadino e del Servizio Sanitario. I dati di letteratura ci dicono che alla base della cronicizzazione esistono fattori psicologici e sociali: la loro individuazione e la loro gestione fanno parte del trattamento del lombalgico cronico. Per tale motivo, è auspicabile la formazione di personale con competenze precise psicologiche e riabilitative per la presa in carico di queste persone, anche all'interno di percorsi pluridisciplinari.

Il gruppo di lavoro si è riunito dall'Aprile 2013 a fine ottobre 2014, con cadenza quasi mensile, salvo i mesi di luglio e agosto.

### **Gruppo di lavoro Linee Guida mal di schiena, Regione Toscana**

Stefano Giovannoni, medico di medicina generale. Coordinatore, estensore

Giancarlo Guizzardi, neurochirurgo

Guido Barneschi, ortopedico

Alessandro Mannoni, reumatologo

Renato DeStefano, reumatologo

Annalisa Suman, psicoterapeuta

Pietro Martellucci, psicoterapeuta

Ciro Conversano, psicoterapeuta

Antonio Lenzini, fisioterapista

Giulia Poggesi, medico di Medicina Generale

Alfio Cantini, neurologo

Paolo Francesconi, epidemiologo

Aldo Morelli, fisiatra, ritirato

Adriano Amadei, rappresentante dei cittadini, mai stato presente

Gennaio 2015

## MAL DI SCHIENA

### LINEE GUIDA DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE E RACCOMANDAZIONI PER LA COSTRUZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI

REVISIONE 2013/14

#### APPROCCIO AL PROBLEMA MAL DI SCHIENA

L'interventismo della medicina moderna porta inevitabilmente a processi di medicalizzazione che amplificano l'importanza delle malattie, con strategie diagnostiche tecnologiche sofisticate che non si accompagnano, però, ad un reale miglioramento della loro storia naturale. Le aspettative di Salute che possono derivare da questo processo spesso sono frastornanti e inconcludenti, ben diverse da un progetto di Salute creato attraverso la consapevolezza del possibile e del praticabile con responsabilizzazione attiva del cittadino alle scelte. In questo processo, il ruolo del medico è quello di fornire strumenti e spunti di riflessione per individuare limiti e porsi obiettivi realistici di Salute.

Il mal di schiena è un importante problema di salute dell'uomo moderno; è una condizione che, da una certa età in poi, accompagna l'essere umano e che richiede attenzione ad una costante attività motoria e ad uno stile di vita sano. Gli attacchi acuti sono quasi sempre autolimitanti e si risolvono mediamente entro un mese, hanno 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; ci troviamo così di fronte al frequente errore della medicina moderna, quello di medicalizzare il problema con esami, visite, consulti, trattamenti e terapie di dubbia efficacia. L'approccio corretto si fonda, invece, anche secondo le moderne linee guida, 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. Prendersi cura, quindi, ma demedicalizzare quanto possibile e prima possibile e adoperarsi per evitare la cronicità, evento che avviene molto spesso più per motivi bio-psico-sociali, che fisici in senso stretto. Approccio, quindi, centrato sul paziente (*patient oriented*) con la sua storia ed il suo vissuto di malattia (*illness*) con obiettivi precisi :

- 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
- responsabilizzare e non accettare deleghe

Le azioni fondamentali nell'assistenza al paziente con **mal di schiena acuto** sono quindi imperniate nella comunicazione e nel "far comprendere":

- 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
- 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
- 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
- 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
- sconsigliare il riposo a letto
- consigliare di praticare comunque attività fisica

Le azioni da intraprendere nell'assistenza al paziente con **mal di schiena persistente** sono rivolte al riconoscimento di quei fattori di rischio psico-sociale che sono alla base del processo di cronicizzazione: analizzarli, farli emergere e far comprendere come possano rivelarsi ostacoli al processo di guarigione è fondamentale per la gestione del trattamento, che implica il coinvolgimento di professionisti con competenze psico-relazionali precise. Il trattamento dovrà essere rivolto alla disabilità, sulla paura da evitamento che comporta una netta riduzione dell'attività motoria fino ad implicazioni serie sulla qualità di vita.

**MAL DI SCHIENA**  
**LINEE GUIDA DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE E RACCOMANDAZIONI PER LA**  
**COSTRUZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI**

*REVISIONE 2013/14*

**PRENDERSI CURA DEL PAZIENTE CON MAL DI SCHIENA ACUTO**

---

***“Obiettivo principale del trattamento del mal di schiena è prendersi cura del paziente riducendo la medicalizzazione e responsabilizzando il paziente sul suo percorso di cura”***

---

***“E’ raccomandato raccogliere sintomi e segni per la valutazione del paziente con mal di schiena al fine di instaurare una significativa relazione, per dare consigli comportamentali e di prevenzione secondaria”***

---

L’approccio clinico alla persona con mal di schiena si è dimostrato il più efficace ed efficiente per prestare assistenza ad una condizione destinata quasi sempre a risolversi nel giro di pochi giorni o, al massimo, di qualche settimana. Condizione, quindi, e non malattia, strettamente collegata al genere umano, alla sua evoluzione ed alla sua postura bipede. Il rischio principale è la medicalizzazione eccessiva, nella ricerca di cause organiche improbabili con test di *imaging* sempre più sofisticati, costosi e spesso inutili. In sintesi, l’assistenza alla persona con mal di schiena nelle Cure Primarie, avendo come riferimento la popolazione generale, si può riassumere nelle seguenti otto azioni :

1. Escludere cause gravi
2. Raccogliere l’anamnesi e fare l’esame obiettivo
3. Comunicare che la diagnostica per immagini non è utile, enfatizzandone effetti tossici
4. Fornire al paziente informazioni e rassicurazioni
5. Comunicare l’alta probabilità di prognosi favorevole, ma anche la elevata possibilità di recidive
6. Valutare e tenere sotto controllo la sintomatologia dolorosa
7. Raccomandare di rimanere attivi e, se possibile, non abbandonare l’attività lavorativa
8. Sconsigliare il riposo a letto e favorire comunque l’attività fisica

Nella quasi totalità dei casi il percorso assistenziale nasce nel Territorio ed è avviato dal medico di Medicina Generale.

## **DEFINIZIONI**

Il **mal di schiena (MDS)** è una condizione tipica del genere umano con un picco di incidenza fra 30 e 50 anni, caratterizzata da **episodi acuti destinati a recidivare** e periodi più o meno lunghi di remissione.

La **lombalgia non specifica** è costituita 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; può limitare lo svolgimento della normale attività quotidiana, e determinare anche assenza dal lavoro. Se la sintomatologia si risolve entro un mese, come accade in più del 90% dei casi, la lombalgia non specifica è definita **acuta**. Se la sintomatologia persiste fino a tre mesi si tratta invece di lombalgia **subacuta**, oltre i tre mesi siamo di fronte ad una lombalgia **cronica**.

La **lombosciatalgia** è una sintomatologia dolorosa con irradiazione posteriore al di sotto del ginocchio; nella **lombocruralgia** il dolore è riferito alla faccia anteriore della coscia. In entrambi i casi il dolore all'arto può essere presente anche in assenza di dolore lombare. Come per la lombalgia non specifica, si definiscono **acuti** i quadri che si risolvono entro un mese, **subacuti** se si prolungano fino a tre mesi e **cronici** se superano i tre mesi.

## **EZIOLOGIA**

---

***In oltre il 95% dei casi di mal di schiena, con l'anamnesi, l'esame obiettivo e la diagnostica strumentale non si è in grado di definire la struttura da cui origina il dolore (lombalgia non specifica)***

---

Alla base del MDS sono ipotizzabili cause meccaniche, verosimilmente rappresentate da sovraccarico funzionale, lesioni muscolo-legamentose e processi degenerativi dei dischi intervertebrali, delle faccette articolari e delle spinose, anche se non riusciamo a definire con certezza l'origine del dolore, nemmeno con la diagnostica strumentale più sofisticata. Nell'1% dei casi, sono riconoscibili cause gravi come fratture e tumori. In un ulteriore 2 % riconosciamo cause viscerali-sistemiche come l'aneurisma dell'aorta e malattie gastrointestinali.

### **CAUSE GRAVI SPINALI (1%)**

- fratture
- tumori
- infezioni
- spondiloartriti
- sindrome della cauda

### **CAUSE VISCERALI – SISTEMICHE (2%)**

- affezioni degli organi pelvici (prostatite, endometriosi, flogosi pelvica cronica, ecc)
- malattie renali (nefrolitiasi, pielonefriti, ascessi, ecc)
- malattie gastrointestinali
- pancreatiti e colecistopatie
- aneurisma dell'aorta
- malattie cardiache e polmonari
- gravidanza

## **AVVIO DEL PERCORSO ASSISTENZIALE**

---

***Anamnesi ed esame obiettivo sono strumenti efficaci per sospettare cause gravi e cause sistemiche; in assenza di segni di allarme (“bandiere o semafori rossi”) sono inutili gli esami strumentali e di laboratorio entro le prime 4-6 settimane, perché la maggioranza dei pazienti guarirà entro tale periodo, indipendentemente dai trattamenti effettuati***

---

Anche se nella maggior parte dei casi siamo di fronte ad una lombalgia non specifica, con prognosi favorevole, il percorso assistenziale deve sempre prevedere l'iniziale esclusione di cause gravi e/o sistemiche e/o viscerali. I dati clinici che accrescono il sospetto che esista una seria patologia sono definiti bandiere o semafori rossi.

*Cause gravi di mal di schiena specifico e criteri clinici di sospetto (semafori rossi)*

- **Tumore.** L'anamnesi è più utile rispetto all'esame obiettivo per sospettare la presenza di un tumore. Si stima che un tumore possa presentarsi con una lombalgia nello 0.7% dei casi. La maggior parte sono metastasi di tumori della mammella, del polmone o della prostata. I criteri di sospetto sono:  
**storia personale di tumore, età superiore a 50 anni, perdita di peso, nessun miglioramento dopo un mese di trattamento**, dolore ingravescente, continuo, a riposo e notturno (se sono assenti i primi 4 criteri, può essere escluso un tumore con una sensibilità del 100%, anche se con specificità molto bassa. Il riscontro più specifico rispetto agli altri per ipotizzare la probabilità che vi sia un tumore è senz'altro aver sofferto in precedenza di tumore. La maggior parte delle persone con mal di schiena da causa tumorale ha dolore di notte, anche se la maggior parte dei pazienti che lo riferiscono hanno una lombalgia non tumorale.
- **Frattura.** Con l'invecchiamento della popolazione, aumenta la prevalenza di fratture da fragilità, come causa di lombalgia specifica. I criteri di sospetto sono:  
**età avanzata, uso cronico di steroidi, storia di trauma anche a bassa energia**, come la semplice caduta da posizione eretta o seduta (molte fratture osteoporotiche si presentano anche in assenza di traumatismo), sesso femminile, dolore che si accentua col carico, evidenza di osteoporomalacia, precedenti fratture da compressione.
- **Sindrome della cauda equina.** La sindrome della cauda è la causa neurologica più grave e rappresenta un'emergenza, più spesso chirurgica e più raramente medica, come l'infezione. E' rara (0.04% dei casi di lombalgia) ed è causata da grosse ernie centrali o da tumori vertebrali. La sintomatologia è rappresentata da **ritenzione urinaria** (pressoché sempre presente, indispensabile per il sospetto diagnostico); anestesia a sella (presente nell'80% dei casi); riduzione del tono dello sfintere anale; dolore perineale e agli arti inferiori, debolezza e disestesie.
- **Infezione**  
Causa molto rara di lombalgia (0.01% dei casi di lombalgia) ed una incidenza che aumenta con l'età. I criteri di sospetto sono :  
**febbre**, sintomo ad alta predittività ma non sempre presente; **recenti infezioni; tossicodipendenza per uso di droghe endovenose**, sieropositività per HIV, **terapia immunosoppressiva**; dolore anche a riposo, ben localizzato, notturno.

- **Lombalgia infiammatoria**

Anche se non è una lombalgia acuta, classicamente viene riportata nelle cause gravi da escludere.

Deve essere sospettata nella lombalgia persistente di un giovane con spiccata rigidità mattutina. I criteri di sospetto sono:

**età inferiore a 40 anni**, con sensibilità del 100% e quindi utile per l'esclusione, **inizio subdolo con durata superiore a tre mesi, presenza di rigidità mattutina, dolore notturno/mattutino che migliora col movimento**. Altri segni di sospetto sono la sensibilità ai farmaci antiinfiammatori; la storia di entesiti e/o mono-oligoartriti specialmente localizzate agli arti inferiori; la storia di uveite anteriore ricorrente; la presenza o familiarità per spondiloartriti, la colite ulcerosa o il morbo di Crohn, la psoriasi.

**N.B.**

- Salvo evidenze consolidate non è consigliabile fondare il giudizio clinico su un solo semaforo rosso

*Accertamenti consigliati nel sospetto di cause gravi*

Le moderne tecniche di *imaging* possono fornire dettagli sempre più raffinati che spesso, però, non sono per niente in correlazione con la sintomatologia del paziente e portano ad una cascata di ulteriori esami e trattamenti, il più delle volte assolutamente inutili.

- **Tumore.** In caso di sospetto, gli esami standard sono la velocità di eritrosedimentazione (VES) e la radiografia del rachide, che ha elevata specificità ma bassa sensibilità. Per questo motivo è stata suggerita la RM, dotata di alta sensibilità e specificità per il tumore. Tuttavia, per la scarsa prevalenza di tumore, con questa indagine si identifica meno di 1 caso su 1000 esami, salvo quei casi in cui in anamnesi ci sia la presenza di un tumore già diagnosticato. Altre raccomandazioni riguardano l'uso della scintigrafia ossea in caso di lesione litica alla radiografia.
- **Infezione.** La scintigrafia ossea ha buona sensibilità per l'infezione, con specificità modesta, mentre la RM ha ottima sensibilità e specificità, confermandosi esame di elezione.
- **Lombalgia infiammatoria.** Caratteristica è la sacro-ileite, simmetrica in oltre il 90% dei casi di spondilite. La radiografia è altamente specifica, ma poco sensibile e per anni può essere negativa. La TC può evidenziare più precocemente le alterazioni articolari rispetto alla radiografia, ma la RM è la metodica più sensibile e specifica per la sacro-ileite. Necessaria la valutazione reumatologica.
- **Sindrome della cauda equina.** Il sospetto impone una valutazione diagnostica urgente di secondo livello con accesso immediato al pronto soccorso; la RM dovrebbe essere effettuata immediatamente per conferma diagnostica e per pianificare l'intervento chirurgico.
- **Frattura.** La radiografia è esame di prima scelta in sospetto di frattura vertebrale.

*Riassumiamo i criteri di sospetto per cause gravi e sistemiche:*

- ✓ **Storia del paziente**
    - Presenza di pregresso tumore
    - Comportamenti e stili di vita
    - Terapie croniche
    - Decadimento condizioni generali
    - infezioni
  - ✓ **età superiore a 50-60 anni**
  - ✓ **ritenzione urinaria acuta**
  - ✓ **febbre**
  - ✓ **studio del dolore**
    - ingravescenza, presenza notturna, scarse variazioni
    - resistenza alle comuni terapie
    - non correlato a movimento e/o postura
  - ✓ **semeiotica addominale positiva**
- 

In assenza di semafori rossi, anamnesi ed esame obiettivo consentono di identificare i due quadri clinici più comuni:

➤ **lombalgia acuta non specifica**

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

➤ **radicolopatia acuta (sciatalgia /cruralgia)**

La sciatalgia è rappresentata da un dolore irradiato posteriormente al di sotto del ginocchio con o senza dolore lombare (in oltre il 90% dei casi di radicolopatia sono interessate le radici L5 o S1). La cruralgia è un dolore irradiato alla coscia anteriormente per interessamento delle radici di L2,L3 L4

## LOMBALGIA ACUTA NON SPECIFICA

### DIAGNOSI

---

***“Anamnesi ed esame obiettivo sono spesso sufficienti per valutare il paziente con mal di schiena, porre diagnosi e definire il trattamento”***

---

Anche se non riusciamo a definirne la causa, l'approccio clinico alla lombalgia acuta non specifica è fondamentale, oltre che per escludere cause gravi e sistemiche come abbiamo visto, anche per ipotizzarne il meccanismo patogenetico, le cause scatenanti, le condizioni di rischio e quindi dare tutta quella serie di consigli comportamentali utili alla prevenzione delle recidive. Inoltre, la possibilità di riconoscere vari sottotipi di lombalgia, ancorché non codificati, attraverso la storia clinica e l'esame fisico da sicurezza al medico, che meno facilmente ricorrerà ad una diagnostica per immagini, rivela sempre più inutile.

Da non sottovalutare, poi, il potere relazionale della visita nel rapporto medico-paziente, capace di infondere alla persona sofferente quella fiducia e quella consapevolezza *“che il medico abbia capito cosa non va nella sua schiena”*: questo è quello che i pazienti chiedono maggiormente ai medici curanti, prima ancora di togliere il dolore.

### Anamnesi

La valutazione anamnestica tiene conto di :

- **età**
- **studio del dolore :**
  - **sede** : lombare, glutea, dorso/lombare
  - **insorgenza** : insidiosa, acuta, post-traumatica
  - **caratteristiche** : urente, trafittivo, gravativo
  - **irradiazione** : dorsale, fianco, coscia anteriore e posteriore
  - **orario** : continuo, mattutino, serale, notturno
  - **rapporto con la postura** : in clinostatismo, in ortostatismo, in posizione seduta
- **debolezza e riduzioni segmentali di forza**
- **disabilità e ripercussione sull'attività lavorativa**
- **risposta a precedenti trattamenti**
- **fattori di rischio fisici, psicosociali e lavorativi**

### Esame obiettivo

Con l'esame fisico si rileva :

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

## Diagnostica strumentale

La diagnostica strumentale, di solito, non è utile di fronte ad una lombalgia acuta.

Analisi delle evidenze :

- non è utile la radiologia tradizionale ai fini della diagnosi
- non ci sono evidenze per una relazione causale fra reperti radiografici e lombalgia non specifica
- non sono indicate TC e RM ai fini della diagnosi
- non sono utili TC e RM per identificare l'origine del dolore

### **N.B.**

- Non sottovalutare possibili danni da radiazione: **la radiografia del rachide lombare equivale a 65 radiografie del torace**, pari a 1.3 m Sv di dose radioattiva assorbita
- poiché le **alterazioni del rachide sono piuttosto comuni nelle persone sane** (spazio discale ridotto, addensamento delle limitanti, ernie di Schmorl, anomalie vertebrali nel passaggio lombo-sacrale sono diagnosi radiologiche), la diagnostica strumentale identifica alterazioni radiografiche che sono “diagnosi radiologiche”, solo scarsamente associate alla sintomatologia presentata
- la diagnostica per immagini avanzata (TC e RM) identifica con maggiore probabilità rispetto alla radiologia standard alterazioni del rachide in soggetti asintomatici. **L'uso spropositato di diagnostica per immagini avanzata può portare inevitabilmente all'esecuzione di ulteriori inutili esami e interventi**
- **pazienti e curanti sono rassicurati dalla diagnostica per immagini** anche se i referti di solito non influenzano la successiva scelta terapeutica, dimostrando la loro inutilità se non per medicina difensiva..

## TRATTAMENTO

---

***“Obiettivo principale del trattamento è prendersi cura del paziente con mal di schiena senza eccesso di medicalizzazione”***

---

L'assistenza non va prestata al rachide lombare, ma al paziente che soffre di MDS, con la sua famiglia, la sua storia, i suoi problemi di lavoro e tutte le sue paure, anche quelle più irrazionali. L'accoglienza, la lettura della sofferenza con tutte le sue sfaccettature, la spiegazione di possibili cause scatenanti e la comunicazione della prognosi molto spesso favorevole, anche se con la possibilità di ricadute, sono le azioni da compiere per il trattamento della persona con MDS.

L'analisi delle evidenze porta a formulare le seguenti raccomandazioni:

### **Consigli su attività fisica e comportamento**

- rassicurare il paziente
- comunicare l'alta probabilità di prognosi favorevole legata alla natura benigna del disturbo, ma anche l'elevata possibilità di recidive, non indicative di peggioramento, ma con uguale prognosi favorevole, salvo limitate possibilità di cronicizzazione

- raccomandare di rimanere attivi e, se possibile, non lasciare il lavoro
- sconsigliare il riposo a letto

### Terapia farmacologica

- il paracetamolo, da solo o in associazione ad oppioidi deboli, è efficace e, per i minori effetti collaterali rispetto ai FANS, è da considerare farmaco di prima scelta ; si raccomanda di non superare i 3 grammi al dì
- farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) sono rimedio sintomatico efficace, anche se sono possibili seri effetti collaterali (renali, cardiovascolari e gastrointestinali) specialmente negli anziani
- non ci sono differenze fra i vari FANS nell'efficacia
- miorilassanti ad azione centrale non sono da considerare farmaci di prima scelta per la dipendenza, il rischio di cadute e la sonnolenza
- i miorilassanti possono essere farmaci di seconda scelta, ma non apportano effetto addizionale rispetto ai FANS
- l'uso di antiepilettici non è indicato
- la terapia steroidea non è consigliata

### Terapie fisiche

- trazioni e corsetti non sono utili
- terapie fisiche (TENS, massaggi, ultrasuoni, diatermia a onde corte) non sono utili
- non ci sono esercizi specifici per la lombalgia acuta
- l'applicazione di calore locale è utile
- l'efficacia delle *back school* è limitata all'ambito lavorativo
- manipolazioni dopo 2-3 settimane 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

### Valutazione specialistica

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

## RADICOLOPATIA ACUTA (SCIATALGIA /CRURALGIA)

### DIAGNOSI

---

***“L'esame neurologico è raccomandato per valutare la radicolopatia”***

---

Il test più noto per la diagnosi di ernia del disco intervertebrale è il test del sollevamento della gamba estesa (SLR), chiamato erroneamente test di Lasègue, che prevede invece l'estensione del ginocchio flesso ad anca flessa: il risultato è comunque lo stesso. Il test è positivo quando alla massima tensione della radice nervosa (fra 35 e 70° di elevazione dell'arto) si riproduce il dolore dermatomero all'arto. Le modifiche del test per aumentarne la specificità, come la dorsi- flessione del piede o la flessione del collo, si sono rilevate di scarsa utilità.

Il test svela l'irritazione delle radici lombari inferiori che rendono ragione di oltre il 90% delle ernie discali lombari; è negativo nelle ernie discali lombari superiori (cruralgia), dove possiamo trovare la positività del test di stiramento del nervo femorale (test di Wasserman), anche se con affidabilità più modesta.

L'analisi delle evidenze porta a formulare le seguenti raccomandazioni:

- l'associazione di segni e sintomi congruenti migliora sensibilità e specificità dell'esame neurologico
- il segno del sollevamento della gamba estesa (SLR test) omolaterale è più sensibile e meno specifico, quello controlaterale più specifico e meno sensibile per ernia del disco
- la distribuzione dermatomerica del dolore è sintomo sensibile
- negli anziani il SLR test può essere normale, anche in presenza di una compressione radicolare
- *steppage* (piede cadente) per danno motorio completo L4, L5 esige valutazione chirurgica urgente

La valutazione neurologica si basa sul rilevamento dei segni di interessamento radicolare:

- **L3** Wasserman positivo, ROT patellare ridotto/assente, riduzione forza estensione ginocchio
- **L4** Wasserman/Lasègue positivi, ROT patellare ridotto/assente, riduzione forza estensione ginocchio, alterazione sensibilità piede (interno)
- **L5** Lasègue positivo, ROT patellare e achilleo presenti, riduzione forza flessione dorsale alluce e dita, alterazione sensibilità piede (dorso)
- **S1** Lasègue positivo, ROT patellare presente, ROT achilleo ridotto/assente, riduzione forza flessione plantare piede/alluce, alterazione sensibilità piede (esterno)

### Diagnostica strumentale

- l'esame elettromiografico (EMG) può essere indicato (poco sensibile, molto specifico) se la diagnosi clinica neurologica di sofferenza radicolare è incerta
- la sensibilità dell'esame elettromiografico è estremamente bassa in senso predittivo (danno assonale della radice) nelle prime quattro settimane
- la TC e la RM non sono raccomandate in assenza di sciatica iperalgica o deficit motorio improvviso o progressivo nelle prime 4-6 settimane
- TC e RM raccomandate, dopo 4-6 settimane, in presenza di sintomi e segni di impegno radicolare tali da prospettare l'intervento chirurgico
- La RM precoce nella lombalgia acuta non ha fornito benefici nel trattamento e l'impatto dei risultati sui pazienti può essere negativo
- RM è l'esame di prima scelta per ricercare un conflitto disco-radicolare, in alternativa la TC

### **N.B.**

- **I risultati degli esami strumentali devono essere correlati al dato clinico e spiegati al paziente**

- La diagnosi per immagini di ernia del disco è patologicamente significativa solo se accompagnata dal dato clinico
- La **TC lombare equivale a 255 radiografie del torace**, pari a 5.1 mSv di dose radioattiva assorbita

### **Valutazione specialistica**

- il ricorso alla valutazione specialistica neurofisiopatologica è indicato solo in caso di dolore persistente e/o atipico all'arto inferiore, es. con SLR test negativo, o in caso di nuovi o progressivi deficit neuromotori

## **TRATTAMENTO**

L'analisi delle evidenze porta a formulare le seguenti raccomandazioni di trattamento:

### **Consigli su attività fisica e comportamento**

- la maggior parte dei pazienti con disfunzione radicolare dovuta ad ernia discale recupera entro un mese con guarigione spontanea, quindi non è consigliato l'invio al chirurgo prima di un mese di terapia
- il riposo a letto è sconsigliato, salvo pochi giorni per sciatica severa
- è consigliabile continuare l'abituale attività anche lavorativa, nei limiti consentiti dal dolore

### **Terapia farmacologica**

- steroidi per via sistemica possono essere utili per brevi periodi
- paracetamolo e FANS sono utili per ridurre la sintomatologia dolorosa (vedi lombalgia non specifica)
- gli oppioidi possono essere utilizzati da soli o in associazione quando FANS o paracetamolo non controllano il dolore
- l'uso di antiepilettici non ha indicazione

### **N.B.**

Se non vi sono risultati con trattamento farmacologico per via sistemica, le infiltrazioni di steroidi epidurali possono ridurre a breve termine il dolore radicolare

### **Terapie fisiche**

- trazioni e corsetti non sono utili
- terapie fisiche (TENS, massaggi, ultrasuoni, diatermia a onde corte) non sono utili

### **Terapia chirurgica**

- dopo un mese di terapia conservativa è indicato l'invio al chirurgo quando la radicolopatia è grave e disabilitante, continua senza miglioramento o con peggioramento; ci sono prove cliniche di una compressione radicolare
- prima di un mese di terapia conservativa è raccomandato l'invio al chirurgo solo se c'è peggioramento neurologico, se il dolore è grave e resistente a qualunque trattamento conservativo o per comparsa di un semaforo rosso
- nei pazienti con ernia del disco e radicolopatia la discectomia è indicata se non c'è miglioramento con la terapia conservativa

- la scelta fra microdiscectomia e discectomia dipende dall'esperienza del chirurgo e dalle risorse disponibili
- c'è insufficiente evidenza sull'utilità dell'ozonoterapia intradiscale
- c'è insufficiente evidenza sull'utilità della discectomia percutanea e della discectomia laser
- programmi intensivi di esercizi, iniziati 4-6 settimane dopo l'intervento, riducono i tempi della ripresa funzionale e del ritorno al lavoro
- non c'è ragione per limitare l'attività fisica a distanza dell'intervento chirurgico

**MAL DI SCHIENA**  
**LINEE GUIDA DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE E RACCOMANDAZIONI PER LA**  
**COSTRUZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI**

*REVISIONE 2013/14*

**MAL DI SCHIENA ACUTO PERSISTENTE**

***Studi di popolazione evidenziano che la maggior parte degli episodi di lombalgia è di lieve entità e non disabilitante, tanto che non viene richiesto nemmeno l'intervento medico. Anche negli episodi acuti con ricorso alle cure sanitarie il quadro clinico si risolve nel giro di due/tre settimane, nonostante le recidive siano abituali.***

***Dopo le due settimane, in totale assenza di miglioramento della sintomatologia algo-disfunzionale nonostante i trattamenti prescritti, oltre alla ri-valutazione della condizione medica è consigliabile iniziare a prendere in considerazione fattori psicologici, sociali e ambientali che possano influire sul passaggio da un quadro acuto ad uno cronico ed invalidante.***

*Le azioni consigliate sono le seguenti :*

- Ascoltare e accogliere il disagio per la persistenza del dolore
- Valutare se vi è stata adesione ai consigli forniti ed al trattamento prescritto
- Escludere di nuovo la presenza di cause viscerali e spinali gravi
- Rivalutare il paziente con anamnesi ed esame obiettivo e ricercare fattori di rischio connessi all'attività lavorativa e/o ricreativa

Se si possono escludere *bandiere rosse*, se non vi è stata sufficiente attenzione ai consigli e al trattamento proposti, è opportuno:

- riformulare strategie e modalità di comportamento
- modificare il trattamento sintomatico che non si è rilevato efficace
  - ✓ eventuale sostituzione e/o adeguamento posologico del paracetamolo e/o del FANS e/o di altri analgesici, anche oppiacei
  - ✓ eventuale prescrizione di miorilassanti
- valutare l'opportunità di un breve trattamento fisioterapico, specialmente in presenza di significativa riduzione funzionale e limitazione dolorosa
- iniziare ad indagare se siamo in presenza di fattori psicologici, sociali e ambientali di rischio di disabilità e cronicizzazione della lombalgia (*yellow flag*, bandiere gialle). In loro assenza, i pazienti possono avere rassicurazione di guarigione; al contrario, la loro presenza condiziona la frequenza del follow up e l'intensità di cura
- ricercare eventuale sintomatologia specifica neurologica che potrebbe indirizzare verso quadri specifici di lombalgia cronica

***Un dolore lombare che persiste senza alcun miglioramento per più di due settimane sembra essere il fattore più importante in grado di predire il rischio di non migliorare la disabilità durante i successivi due mesi***

## MAL DI SCHIENA ASPECIFICO SUBACUTO E CRONICO

---

***I fattori di rischio psicologici, sociali e ambientali sono associati a disabilità e assenza dal lavoro, favorendo il passaggio da una condizione dolorosa acuta ad una cronicizzazione della sintomatologia, mentre i reperti obiettivi, clinici o radiologici, non si associano obbligatoriamente ad una prognosi sfavorevole***

---

Molte revisioni sistematiche hanno cercato di sintetizzare l'evidenza relativamente ai fattori prognostici per il mal di schiena, per riuscire ad identificare gruppi di persone a maggior rischio di prognosi sfavorevole e quindi di cronicizzazione. **Ci sono sufficienti prove di evidenza che stress psicologici, depressione, alterazioni funzionali, insoddisfazione sul lavoro, evitamento da paura del dolore, richieste di indennizzo e somatizzazioni sono associati a prognosi peggiore, mentre i rilievi obiettivi che emergono dall'esame fisico sono raramente correlabili con la prognosi e sono più deboli predittori di prognosi sfavorevole, rispetto ai fattori psicosociali.**

**Le informazioni sui fattori prognostici che ostacolano la guarigione possono essere utilizzate per personalizzare il trattamento**, tramite questionari come *l'Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (OMPSQ)* o il *Roland-Morris Disability Questionnaire, specific for low back pain* che dividono i pazienti in base all'entità del rischio, basso o alto. Per questi ultimi la strategia terapeutica per neutralizzare/ridurre le bandiere gialle si dovrebbe basare sull'identificazione di obiettivi realistici di trattamento che prevedano più il recupero funzionale che la riduzione del dolore, il rientro nell'ambito lavorativo e sociale, l'autogestione e l'autocontrollo del disagio emotivo.

Molti anni fa', Kendall introdusse il concetto di *yellow flag* per richiamare l'attenzione sui fattori psicologici di rischio verso una cronicizzazione delle disabilità che impediscono ai pazienti di evolvere verso la prognosi più benevola rispetto alla propria situazione. **Queste "bandiere", anche se non rappresentano sintomi o diagnosi, forniscono potenti indicazioni su soggetti che inaspettatamente non guariscono come dovrebbero e che, quindi, necessitano di ulteriori approfondimenti, in assenza di segni e sintomi di lombalgia subacuta/cronica specifica.** Oggi le *yellow flag* sono state suddivise in sottocategorie per distinguere i fattori individuali (*yellow flag* propriamente dette) , da quelli legati all'ambiente di lavoro (*blue flag*) o al contesto sociale e familiare (*black flag*).

Noi preferiamo parlare sempre e comunque di *yellow flag*.

### **Caratteristiche psicologiche associate alla persona:**

- ✓ convinzioni che il mal di schiena sia di per sé dannoso o potenzialmente invalidante;
- ✓ comportamenti di paura al movimento con riduzione o evitamento dei livelli di attività abituali;
- ✓ abbassamento del tono dell'umore e conseguente ritiro sociale;
- ✓ alte aspettative verso trattamenti "passivi" rispetto alla partecipazione attiva nella gestione del dolore e degli aiuti che si ricevono;
- ✓ appartenenza a famiglie di tipo iperprotettivo;

**Percezioni associate al lavoro:**

- ✓ basso livello di soddisfazione
- ✓ bassa aspettativa di ritorno al lavoro
- ✓ scarsa motivazione nello svolgimento di attività lavorative
- ✓ problematiche sul lavoro

**Caratteristiche del contesto lavorativo, fattori di rischio nell'ambiente su cui il soggetto non esercita alcun controllo:**

- ✓ perdita parziale/totale del lavoro
- ✓ problemi economici
- ✓ esclusione sociale
- ✓ cattivo clima aziendale (rapporti con colleghi, rapporti con il datore di lavoro, mobbing)

La valutazione psicologica del paziente deve inoltre escludere l'eventuale presenza di quelle che recentemente sono state denominate *orange flag*, cioè tutte quelle reazioni psicologiche che rispondono ai criteri di una vera e propria psicopatologia (disturbi di personalità). Se presenti, le *orange flag* richiedono un intervento psichiatrico e/o psicoterapeutico specifico.

Se presenti fattori di rischio di cronicizzazione, valutare anche se sono presenti caratteristiche anamnestiche e aspetti che inducono il sospetto di **reazioni non organiche (funzionali)** quali:

- coccigodinia associata alla lombalgia senza storia traumi
- dolore in "tutto" l'arto inferiore senza riferimenti metameric
- perdita di sensibilità in "tutto" l'arto inferiore, senza storia cadute
- perdita di forza in "tutto" l'arto inferiore
- dolore sempre costante, senza variazioni
- intolleranza e reazioni negative alle cure
- accesso al Pronto Soccorso per lombalgia: può esprimere il disagio del paziente

Se presenti bandiere gialle e vi è il sospetto di reazioni funzionali, è indicata l'effettuazione del test di Waddell.

Il test di Waddell è utile per identificare **segni di lombalgia non-organica** dovuti a fattori psicosociali nel dolore e nella disabilità protratti, perché il tentativo di riprodurre il dolore durante la visita analizza più una risposta comportamentale che il riflesso di un problema organico.

Comportamenti e sintomi non organici non significano che il paziente ha dolore psicogeno. Infatti nella maggior parte dei casi il dolore ha un'origine organica e la manifestazione comportamentale è soltanto uno degli aspetti del quadro clinico.

Il test di Waddell non è un test medico-legale e quando è positivo non significa necessariamente che il paziente sia un simulatore. Una valutazione positiva porta ad un necessario approfondimento e ad un possibile programma di trattamento con strumenti, strategie e figure professionali diverse dal solito approccio medico. Questo tipo di valutazione può non essere applicabile in pazienti ultrasessantenni poiché il comportamento di fronte a dolore/disabilità può essere diverso.

**Il test è composto da 5 sezioni per un totale di 8 test, se almeno 3 risultano positivi c'è alta probabilità di patologia non organica.**

- **Test distrazionali:** l'obiettivo del test è distrarre il paziente per vedere se una manovra trovata positiva risulta poi negativa se il paziente è distratto.
  - Tipica la negatività della manovra di **Lasègue da seduto** dopo la positività della stessa a paziente supino.
  - In posizione prona il paziente **non riesce ad estendere la colonna lombare** spingendo con le braccia, ma riesce a stare sui gomiti anche con la flessione passiva delle ginocchia (estensione lombare quasi completa).
- **Test simulati:** l'obiettivo di questi test è dare l'impressione che si stia eseguendo una manovra semeiologica mentre in realtà non è così.
  - **Carico assiale:** dolore riferito in sede lombare durante la pressione sulle spalle in ortostatismo, applicando una forza lieve di 1-2 kg.
  - **Rotazione simulata:** paziente in piedi con le mani appoggiate lateralmente sul bacino e quelle del medico sopra per stabilizzarle; quindi muovere passivamente il tronco del paziente in modo che spalle e bacino ruotino insieme rimanendo sullo stesso piano senza alcuna rotazione della colonna. Se il paziente riferisce dolore siamo di fronte ad una risposta di tipo comportamentale. In caso di radicolopatia, con questa manovra si potrebbe avere trazione sulle radici con comparsa della sintomatologia radicolare.
- **Test della dolorabilità:** le aree dolorabili di solito sono circoscritte; nei pazienti con presentazione non organica invece **la dolorabilità è diffusa** e senza organizzazione neurologica. Si divide in superficiale e non anatomica:
  - **Superficiale:** gran parte della cute è dolorabile al leggero pizzicamento superficiale e l'area è troppo vasta per essere di distribuzione metamERICA
  - **Non anatomica:** dolorabilità alla pressione sulle prominenze ossee dal coccige all'occipite
- **Test delle alterazioni distrettuali :**
  - **Alterazioni della forza muscolare:** applicando una resistenza contro la forza del paziente, il muscolo cede non progressivamente ma completamente in modo improvviso; oppure il cedimento non avviene con resistenza costante ma a scatti. Inoltre il deficit di forza interessa diversi miotomeri senza plausibile spiegazione anatomica. Se il paziente non è sottoposto a valutazione non presenta alcun deficit muscolare nelle comuni attività quotidiane.
  - **Alterazioni della Sensibilità:** i disturbi sensitivi sono presenti nelle aree in cui vi è anche deficit di forza muscolare e non corrispondono ad un dermatomero ma hanno tipica distribuzione "circonferenziale" o "a calzino".
- **Test dell'iperattività:** durante la visita il paziente è teso, impaurito, presenta sudorazione e tremore, è **iperreattivo alle posture e mobilizzazioni** praticate dal medico.

## TRATTAMENTO

---

***Mentre riconoscere bandiere rosse permette un appropriato intervento medico, le bandiere gialle possono condurre ad interventi riabilitativi/educazionali da parte di personale sanitario esperto e ad interventi multidisciplinari con approccio cognitivo comportamentale***

---

Il mal di schiena che persiste oltre 1-3 mesi, comincia ad essere a reale rischio di cronicizzazione, e gli interventi di trattamento devono essere mirati e graduati al rischio bio-psico-sociale. Deve essere considerato l'impatto della disabilità sulle condizioni di salute e la qualità di vita e l'attenzione deve essere spostata dal "dolore" alla "funzione" e conseguentemente dalle terapie antalgiche/sintomatiche a trattamenti riabilitativi e/o cognitivo/comportamentali multidisciplinari, anche complessi.

Le *Evidence Review* sono caute nel tracciare conclusioni circa l'efficacia dei trattamenti delle *yellow flag* a causa della loro multiformità, andando da brevi interventi svolti nelle cure primarie anche solo per il trattamento del comportamento da evitamento a interventi intensivi, cognitivo comportamentali, multidisciplinari.

Le problematiche psicosociali individuate nel paziente fanno comunque parte del quadro clinico della lombalgia quanto un problema fisico e devono essere trattate come si tratta un problema biologico, pena il mancato raggiungimento degli obiettivi di trattamento.

La terapia della lombalgia cronica viene differenziata in base alla disabilità del paziente in lieve o grave. In caso di disabilità lieve è possibile un approccio non specialistico, a livello di Cure Primarie, 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 la disabilità è elevata o di recente insorgenza con il paziente fortemente motivato a risolverla, mentre è sconsigliato se la disabilità è lieve e se il paziente non è in grado di affrontare un trattamento complesso dal punto di vista cognitivo o psicologico o motivazionale

### **APPROCCIO AL TRATTAMENTO DELLA DISABILITÀ LIEVE**

In accordo con le "I Percorsi Diagnostico Terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena" del Ministero della Salute, 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. Riprendiamo dai Percorsi Assistenziali le seguenti raccomandazioni che il medico di Medicina Generale dovrà fornire al paziente:

Strumenti di gestione :

#### ➤ **Spiegazioni**

- Non ci sono patologie gravi
- Sarà difficile eliminare completamente il dolore, ma può essere ridotto
- Si può vivere meglio e ridurre la disabilità
- Il dolore deve essere affrontato e non subito
- Le condizioni di stress devono essere lette, affrontate ed elaborate
- La condizione fisica deve essere recuperata
- Il lavoro non è un nemico

- L'esercizio fisico è importante ed utile
- **Interventi su attività quotidiane e lavoro**
  - Continuare/riprendere gradualmente
  - Eventualmente modificare/alleggerire la mansione lavorativa
  - Controllare le posture
  - Ridurre lo stress da lavoro
- **Interventi sull'attività fisica**
  - Iniziarla gradualmente
  - Mantenerla con costanza
  - Effettuarla almeno 2 ore alla settimana
- **Invio al medico esperto di patologie vertebrali o al centro multidisciplinare**
  - Rivalutazione diagnostica completa
  - Valutazione condizione fisica (biologica)
  - Valutazione comportamentale (psicologica)
  - Valutazione della disabilità (bio-psico-sociale)

### **ATTIVITÀ FISICA E FATTORI FISICI**

Nella manifestazione comportamentale l'intensità del dolore è correlata a strutture psicologiche come il **catastrofismo** : l'educazione rivolta alla genesi del dolore sembra essere efficace nel modificare le convinzioni e nel migliorare le *performance*. Le "convinzioni catastrofiste" descrivono pensieri relativi allo scenario in assoluto peggiore; portano il paziente ad evitare le attività di cui ha timore o ad evitare il dolore (evitamento da paura) passando dalla lombalgia acuta alla disabilità. Il lombalgico è portato a ridurre i suoi livelli di attività in risposta allo sviluppo della lombalgia stessa. La "sindrome da decondizionamento" che ne deriva descrive i cambiamenti fisici a livello di forza, mobilità, resistenza e coordinazione, che possono essere provocati dalla riduzione dell'attività fisica e si ipotizza possa contribuire alla permanenza del dolore.

**Revisioni sistematiche non hanno rilevato efficaci gli esercizi fisici nel migliorare dolore e funzione o ridurre le recidive, a meno che non fossero svolti all'interno di un programma educativo personalizzato e controllato.**

Gli interventi che hanno usato gli approcci cognitivo comportamentali (CC) per occuparsi del catastrofismo e dei comportamenti di evitamento da paura hanno dimostrato benefici significativi nella riduzione della disabilità.

**I modelli di dolore basati su degenerazione del disco, postura, lesione, peso e asimmetria degli arti inferiori non dispongono di evidenze a sostegno di una correlazione fra questi fattori e la lombalgia cronica non specifica.** L'effettuazione dell'esame radiografico, infatti, non reca alcun vantaggio in termini di *outcome* sul dolore e sulla disabilità nella lombalgia cronica, salvo modesta soddisfazione per il paziente.

### **RECUPERO FUNZIONALE AD IMPRONTA COMPORTAMENTALE**

Un trattamento attualmente considerato efficace per affrontare una lombalgia subacuta/cronica è un programma di recupero funzionale ad impronta cognitivo

comportamentale. Sono interventi educativi, singoli o in piccoli gruppi, articolati in più sessioni, al fine di incoraggiare il ritorno alle normali attività e ridurre la sensazione di disabilità.

Il medico di medicina generale e professionisti della riabilitazione espressamente formati rappresentano le figure di base di questo team. E' un programma di esercizi specifici con lo scopo di contrastare il dolore, migliorare il funzionamento del rachide e recuperare la forma fisica. Nello stesso tempo il terapista imposta un percorso educativo/comportamentale nel tentativo di risolvere i dubbi e i problemi correlati, ridurre l'evitamento da paura per contrastare la conseguente "sindrome da disuso" e stimolare la fiducia nella ripresa delle attività insegnando a gestire e non a subire il dolore. **Sembra che il predittore più importante per il ritorno al lavoro dopo un periodo di lombalgia protratto nel tempo non sia il dolore in quanto tale ma la paura dello stesso e quella di creare danni.**

Il chirurgo vertebrale, il terapista occupazionale, il trainer, lo psicoterapeuta, possono essere coinvolti nel processo terapeutico nel caso si evidenziasse la necessità della loro presenza.

### **APPROCCIO COGNITIVO COMPORTAMENTALE (CC)**

I modelli CC possono essere utili per modificare comportamenti e fattori di rischio correlati alla salute, mediante un'azione mirata alle convinzioni e alle strategie di reazione positiva. Secondo questo modello, il modo in cui una persona pensa ai suoi problemi produce emozioni, e quindi sensazioni fisiche, che a loro volta determinano specifici comportamenti, che alimentano involontariamente pensieri e convinzioni, creando effetto di mantenimento e di circolo vizioso.

Gli approcci CC comprendono una serie di interventi volti a modificare il comportamento direttamente, con l'utilizzo di modelli di apprendimento, e indirettamente, modificando le convinzioni.

I principali fattori di rischio modificabili, psicologici e comportamentali, hanno un effetto di mediazione sui livelli di attività, tanto che catastrofismo, reazioni passive, evitamento da paura e depressione possono portare a livelli di attività ridotti oppure a un'attività eccessiva per alcuni pazienti affetti da lombalgia; cambiamenti dei livelli di attività appunto coinvolti nello sviluppo della lombalgia cronica. Di conseguenza, come nell'ambito dell'inglese *Back Skills Training (BeST)*, pacchetto personalizzato di terapia CC, gli obiettivi di un intervento si dovranno incentrare su:

- aumento dei livelli di attività
- gestione dei periodi di attività eccessiva
- risoluzione nello specifico del problema costituito dal catastrofismo e dall'evitamento da paura
- miglioramento delle capacità di reazione

Il *BeST* si è dimostrato efficace per gestire la lombalgia subacuta e cronica nell'assistenza sanitaria di base, con benefici non solo a breve termine, ma anche mantenuti a 12 mesi, ipotizzando che questi benefici si traducano in un vantaggio sanitario sostanziale a livello di popolazione. Il costo di questa terapia era inferiore alla metà di quello di tutte le terapie concorrenti.

I cambiamenti nell'evitamento dell'attività a causa della paura e la consapevolezza delle proprie capacità per gestire il dolore erano coerenti con le ipotesi che i concetti psicologici siano dei mediatori importanti per i miglioramenti a lungo termine nella disabilità dovuta al dolore. Lo scopo principale del programma *BeST* era di sfidare le

credenze e modificare una gamma di comportamenti. Oltre il 95% del tempo di sorveglianza delle terapie era dedicato agli obiettivi psicologici.

*vedi BOX : Strumenti di gestione del paziente con yellow flag*

## **ALTRI TRATTAMENTI**

**Su queste terapie non esistono prove di efficacia o sono contrastanti in riferimento alla qualità degli studi (in senso positivo o negativo) nel mal di schiena cronico:**

- Antidepressivi (soltanto i triciclici si sono dimostrati efficaci, nessuna evidenza per duloxetina e venlafaxina)
- Paracetamolo e FANS (effetti modesti)
- Miorilassanti (effetti non determinabili)
- Corticosteroidi (nessuna evidenza)
- Oppioidi (effetti modesti)
- Tramadolo (effetti modesti)
- Cure termali
- Manipolazioni spinali
- Massaggi (Vedi appendice Medicine Complementari)
- Denervazione delle faccette articolari
- Fasce ed ortesi (supporti lombari)
- Gabapentin
- 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

**Su queste terapie esistono prove di non efficacia nel mal di schiena cronico :**

- Allettamento
- Infiltrazioni intradiscali
- Proloterapia (iniezioni di sostanze proliferanti per rinforzare il tessuto connettivo)

**Per agopuntura, omeopatia, terapia manuale e fitoterapia vedi appendice Medicine Complementari (CAM)**

## CAUSE DI LOMBALGIA CRONICA SPECIFICA

Nei casi di cronicizzazione del mal di schiena così detto *non specifico* le cause psico-sociali sono preponderanti, ma l'attenzione ai sintomi e ai segni clinici è in grado di far porre sospetto di cause meccaniche specifiche di cronicizzazione, come stenosi spinale, schiacciamenti vertebrali osteoporotici, gravi cifosi e scoliosi, importanti processi degenerativi delle faccette, radicolopatie da erniazioni discali, instabilità, ecc. In caso di sospetto di radicolopatia o di stenosi del canale vertebrale, la risonanza magnetica del rachide lombare è la prima scelta; nel sospetto di instabilità la radiografia in ortostasi con prove dinamiche in iperflessione e iperestensione può riconoscere una spondilolistesi responsabile del quadro clinico.

### SPONDILOLISTESI ED INSTABILITA'

Il termine spondilolistesi indica la condizione in cui una vertebra scivola in avanti rispetto alla vertebra adiacente. Ne esistono differenti tipologie: congenite, traumatiche e degenerative.

Questo scivolamento, in genere progressivo, rimane silente fino al momento in cui non si produce una "instabilità" vera e propria per cui lo scivolamento stesso, silente a riposo, si accentua sotto carico determinando una riduzione dei diametri del canale e dei forami di coniugazione con conseguente compressione sulle strutture nervose con dolore ed eventuali deficit radicolari ingravescenti.

Dare una definizione esatta di instabilità è praticamente impossibile, ma ciò che ci appare utile è comprendere come essa rappresenti la perdita della capacità della colonna vertebrale di mantenere e recuperare sotto carico i suoi normali rapporti, con conseguente necessità di correzione chirurgica con interventi di stabilizzazione delle due vertebre ipermobili con viti, barre e osso per favorirne il blocco. In fase precoce, può essere utile terapia riabilitativa per ritardare la progressione dello scivolamento.

### STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE LOMBARE

La stenosi spinale è una condizione dovuta al restringimento del canale vertebrale. Essa si determina con l'invecchiamento per una molteplicità di variazioni delle strutture:

- i legamenti vertebrali diventano più duri e spessi
- le ossa e le articolazioni (spesso colpite da osteoartrosi) possono allargarsi e sviluppare osteofiti
- i dischi possono protrudere o collassare
- le vertebre possono scivolare dalla loro sede

Tale patologia può insorgere a volte in età anche meno avanzata, 50 anni, in quei soggetti che hanno le premesse congenite per una stenosi del canale, come ipertrofia dei ligamenti gialli, brevità dei peduncoli, ecc.

Il trattamento è chirurgico (decompressione ad uno o più livelli delle strutture nervose mediante tecniche microchirurgiche di asportazione ossea), riservato ai pazienti con sintomatologia ingravescente caratterizzata da progressiva riduzione dell'autonomia di marcia.

La sintomatologia è rappresentata da parestesie e debolezza agli arti inferiori e dalla *claudicatio neurologica*, insorgenza di dolore diffuso, non radicolare, agli arti inferiori, con Lasègue negativo, che si accentua con l'ortostatismo e la deambulazione e si riduce da seduto o con la flessione anteriore del tronco. Il dato obiettivo con maggiore sensibilità è proprio la mancanza di dolore con la flessione del tronco, tanto che l'assenza di questo dato riduce la probabilità di stenosi spinale della metà.

La TC e la RM hanno buona sensibilità e specificità nella diagnosi di stenosi vertebrale, mentre la radiografia è di utilità limitata. Dirimente per la decisione chirurgica, oltre la diagnostica per immagini e la clinica, la positività dell'esame elettromiografico degli arti inferiori.

Da ricordare che la stenosi vertebrale anatomica è abbastanza comune (fino a quasi il 30%) negli anziani asintomatici.

## **MAL DI SCHIENA**

### **LINEE GUIDA DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE E RACCOMANDAZIONI PER LA COSTRUZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI**

*REVISIONE 2013/14*

#### **STRUMENTI DI GESTIONE DEL PAZIENTE CON YELLOW FLAG**

##### **COMUNICAZIONE**

- Rassicurare il paziente circa il proprio dolore: pur essendo cronico non è una patologia mortale e non vi è rischio di rimanere immobilizzati.
- Offrire al paziente la possibilità di esporre i propri pensieri e sentimenti relativi alla percezione del dolore, offrendo un ascolto attivo.
- Sostenere la necessità di recupero delle attività quotidiane e lavorative.
- Richiamare all'importanza di assumere un differente stile di vita, enfatizzando il ruolo dell'attività fisica.
- Spiegare come il dolore può essere ridotto suggerendo tecniche e/o comportamenti atti ad un maggior controllo del dolore (ad esempio tecniche di rilassamento corporeo, di allungamento)
- Spiegare come il dolore possa essere gestito e non subito fornendo spiegazioni plausibili sui sintomi;
- Essere capaci davanti alle domande del paziente di saper rispondere anche "non so" (es. *non so dirle in quanto tempo potrà diminuire il dolore.*)
- Mantenere un atteggiamento di comprensione emotiva che favorisca la partecipazione attiva del paziente.

##### **DOMANDE DA PORRE AL PAZIENTE CON MAL DI SCHIENA CRONICO**

- Pensi di sapere cosa causi o abbia causato il tuo mal di schiena?
- Come stai affrontando questo tipo di situazione?
- In che modo pensi che io possa aiutarti?
- Ritieni di volere e/o poter modificare i comportamenti dello stile di vita non salutari per la tua schiena?
- Credi che esistano fattori di stress nella vita quotidiana che influenzano il tuo mal di schiena?
- Come il tuo datore di lavoro/colleghi/famiglia reagiscono alle conseguenze del tuo mal di schiena?
- Pensi di poter rientrare al lavoro? Se sì, entro quanto tempo?
- Stai facendo qualcosa per risolvere il dolore alla tua schiena?

##### **INTERVENTI SU ATTIVITÀ QUOTIDIANE E LAVORO**

- Valutare con il paziente il tipo di sostegno offerto da familiari/amici/colleghi nello svolgimento dei compiti della vita quotidiana.
- Valutare come alcuni tratti psicologici della personalità del paziente, ad esempio l'alessitimia, influenzino l'insorgenza ed il mantenimento del mal di schiena.
- Valutare se vi sono *stressors* specifici relativi all'ambiente lavorativo, compresa la sindrome di *burnout* o condotte di *mobbing* (vedi *blue flag*).

- Valutare se vi sono possibilità di cambiamenti (temporanei o definitivi) circa la mansione lavorativa svolta.
- Riconoscere con il paziente le aspettative positive relative del rientro al lavoro.

### **INTERVENTI SULL'ATTIVITÀ FISICA**

- Pianificazione di programma di attività fisica (inizio graduale, mantenimento costante, numero di ore settimanali)
- Incoraggiare l'auto gestione dell' attività fisica
- Suggestire di registrare i miglioramenti dopo l'inizio della attività fisica (uso di un diario su cui segnare le attività svolte, il tempo minimo di movimento al giorno, obiettivi raggiunti).
- Programmare con il paziente un obiettivo da raggiungere entro un periodo di tempo prefissato.

### **TERAPIA MULTIDISCIPLINARE**

#### **Selezione del paziente** (*vedi aspetti psicologici delle yellow flag*)

- Unire tecniche cognitive e comportamentali per la gestione del mal di schiena cronico è risultato lo strumento più efficace che non solo aiuta il paziente a superare le proprie paure, ma anche a fornire delle strategie alternative per poter fronteggiare il dolore anche nel futuro.
- I vantaggi di tale approccio riguardano il recupero della funzionalità fisica, il rientro nel mondo lavorativo, una maggiore partecipazione alla vita familiare, una riduzione dell'uso di medicine specifiche per il mal di schiena e per il dolore cronico, un ripristino delle attività quotidiane.
- Ai pazienti che lavorano insieme ad una equipe di specialisti del dolore, viene mostrato come analizzare e conseguentemente modificare i propri pensieri, ampliare le proprie capacità di *problem solving*, assumere un atteggiamento maggiormente assertivo, ridurre i fattori di stress apprendendo metodiche di rilassamento.
- L'esposizione graduale agli esercizi aiuta a superare la paura al movimento, così da poter raggiungere gli obiettivi prefissati.

# **CAM (Complementary and Alternative Medicine)**

## **Agopuntura, fitoterapia, omeopatia, terapie manuali e mal di schiena Evidenze in letteratura internazionale**

Il mal di schiena è una delle cause più comuni per le quali i pazienti si rivolgono alle CAM (Complementary and Alternative Medicine), in particolare agopuntura, fitoterapia, omeopatia e terapie manuali, le medicine complementari più diffuse (National Health Interview Survey 2007).

Anche un successivo report dell'Agenzia statunitense per la salute e la ricerca di qualità (AHRQ, 2010), facendo riferimento ad oltre 100 pubblicazioni, conferma questi dati. Fra le varie opzioni le manipolazioni vertebrali e la chiropratica sono, soprattutto negli Stati Uniti, le terapie complementari utilizzate più spesso, seguite dal massaggio e dall'agopuntura. Un numero più limitato di pubblicazioni ha valutato inoltre le percentuali di utilizzo delle CAM nel trattamento delle diverse aree del rachide rilevando che venivano impiegate soprattutto per trattare il dolore in regione lombare. Una rassegna sistematica del 2014 ha aggiornato questi dati e riscontrato che le CAM più usate sono terapie manuali, agopuntura e massaggio.

Agopuntura e MTC, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale sono una risorsa del Sistema Sanitario Regionale toscano dagli anni '90 e fanno parte dei livelli essenziali di assistenza integrativi regionali. Dal 2009 un rappresentante delle Medicine Complementari partecipa al Consiglio Sanitario Regionale per l'integrazione delle medicine complementari nel SSR e dal 2011 alla Commissione per la lotta al dolore dello stesso Consiglio.

### **Agopuntura**

L'agopuntura è citata in diverse Linee guida internazionali per la lombalgia; ad esempio le Linee guida congiunte dell'American College of Physicians e dell'American Pain Society (Chou e Huffman 2007) raccomandano l'agopuntura per la lombalgia subacuta o cronica, affermando che può rappresentare un'opzione terapeutica aggiuntiva quando il dolore non risponde a interventi di self-care. Anche le Linee guida della British Geriatric Society (Abdulla et al. 2013), del NICE – Istituto nazionale per la salute e l'eccellenza clinica inglese (2009), dell'American Society of Anesthesiologist e American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine (2010) citano l'agopuntura fra i possibili trattamenti non farmacologici per la lombalgia.

Nel 2014 la Commissione per la lotta al dolore del Consiglio sanitario regionale ha approvato il documento "Agopuntura e medicina tradizionale cinese nel Servizio Sanitario Regionale toscano: linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie". In questo documento il trattamento con agopuntura del dolore lombare è stato valutato con un grading 1A (forte raccomandazione, evidenza di qualità alta) concludendo che si "ritiene opportuno che le Aziende Sanitarie offrano prestazioni di agopuntura e medicina cinese nei trattamenti terapeutici correnti del SSR".

Nella letteratura internazionale la maggior parte delle evidenze si hanno per la lombalgia subacuta o cronica non specifica. Numerose review, review sistematiche e metanalisi considerano l'agopuntura efficace sul dolore e sulla limitazione nelle attività quotidiane, in particolare nel breve termine (Cochrane di Furlan et al. 2005, Yuan et al. 2008, Rubinstein et al. 2010, Trigkilidas 2010, Hopton e MacPherson 2010, Furlan et al. 2012).

Nella rassegna di Ernst e Lee (2010, 30 review sistematiche) si afferma che vi è un consensus sull'efficacia dell'agopuntura nell'osteoartrosi con risultati chiaramente positivi per la lombalgia. La metanalisi di Vickers et al. (2012, aggiornamento 2014) sul dolore cronico in più sedi, fra cui la schiena (17.920 pazienti, 29 RCT di alta qualità), conclude che l'agopuntura è superiore sia all'agopuntura sham sia al gruppo di controllo senza agopuntura per ogni tipo di dolore ( $p < 0.001$ ), in particolare per il dolore a schiena e collo. La review sistematica e metanalisi (25 RCT) di Lam et al. (2013) riporta l'efficacia di agopuntura ed elettroagopuntura nel ridurre il dolore lombosacrale cronico non specifico e migliorare la limitazione funzionale nelle attività quotidiane, non solo al termine del trattamento ma anche al follow up a lungo termine (52 e 104 settimane).

La review di Lee et al. (2013) sull'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della lombalgia acuta o subacuta non specifica (sintomi presenti non oltre le 12 settimane, 11 RCT) suggerisce che la tecnica è più efficace dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) in termini di miglioramento globale dei sintomi, ma non di effetto analgesico. Rispetto all'agopuntura sham, il trattamento vero è stato più efficace sul dolore acuto ma non su funzionalità e dolore subacuto. Il trattamento combinato agopuntura più terapia farmacologica è

risultato più efficace dei soli farmaci sul dolore e sul miglioramento globale e funzionale, con effetti avversi lievi e rari e in numero minore rispetto ai FANS.

Anche l'auricoloterapia si può utilizzare con efficacia nel mal di schiena (Suen 2008, Yeh et al. 2014), così come diverse tecniche di massaggio, soprattutto in associazione agli esercizi fisici e a interventi educativi di autocura (Cochrane di Furlan et al. 2008). Nello specifico, Furlan et al. riportano che il massaggio tradizionale cinese è risultato più efficace del massaggio classico, ma questo dato deve essere confermato. Le Linee guida per la pratica clinica dell'Ottawa Panel (Brosseau 2012) affermano che il massaggio, inclusa la riflessologia, in associazione a esercizi terapeutici e interventi educativi, può migliorare i sintomi della lombalgia cronica e subacuta e ridurre la disabilità a fine del trattamento e nel breve termine.

### **Fitoterapia**

Numerose erbe medicinali sono tradizionalmente raccomandate nei pazienti con dolori osteoarticolari in genere e con il mal di schiena. Sono utilizzate come antinfiammatori e antidolorifici, per uso orale, in forma di decotti o di estratti, ma anche per uso esterno a scopo decontratturante. Le più comuni sono: Artiglio del Diavolo (*Harpagophytum procumbens*), Salice (*Salix alba*), Boswellia (*Boswellia serrata*), Partenio (*Tanacetum parthenium*) e Zenzero (*Zingiber officinale*), generalmente in forma di tisane, decotti o estratti in capsule o compresse a uso orale. Ad uso esterno i fitoterapici più usati sono gli oli essenziali di Rosmarino (*Rosmarinus officinalis*) e Lavanda (*Lavandula vera*), di Canfora (*Cinnamomum camphora*) e Consolida (*Symphytum officinale*).

La letteratura scientifica mostra alcune revisioni sistematiche della Cochrane Collaboration, periodicamente aggiornate. La più recente (2014) riguarda l'analisi dell'efficacia delle erbe medicinali nel mal di schiena e include gli studi randomizzati e controllati (RCT) sull'impiego di piante medicinali in qualsiasi forma, in adulti affetti da mal di schiena acuto, subacuto, cronico e non specifico. La revisione (14 RCT, 2050 partecipanti) ha riguardato le principali piante utilizzate (*Solidago chilensis* M., *Capsicum frutescens* crema, *Harpagophytum procumbens*, *Salix alba*, *Symphytum officinale*, olio essenziale di lavanda) confermando che per una terapia sintomatica nel trattamento a breve termine del mal di schiena, il fitoterapico di prima scelta è *Harpagophytum procumbens* in estratto secco, quanto basta a fornire 50-110 mg/die di arpagoside.

Due studi (315 partecipanti, prove di qualità bassa) mostrano che questa pianta è più efficace del placebo, con riduzione a breve termine del dolore e possibile riduzione dell'uso di FANS. Un altro studio ha dimostrato l'equivalenza di *H. procumbens* rispetto a 12,5 mg al giorno di rofecoxib (88 partecipanti, qualità molto bassa). La pianta può essere utilizzata anche nei soggetti con allergie a FANS e salicilati. Anche l'Arpagofito, come i farmaci di sintesi, può dare fenomeni di intolleranza gastrica e interazioni con FANS (Firenzuoli, 2008).

Per quanto riguarda l'uso esterno, *Capsicum frutescens* crema presenta probabilmente risultati più favorevoli rispetto al placebo in persone con mal di schiena cronico (RCT, 755 partecipanti, prove di qualità moderata) mentre non è chiaro se sia più efficace nel mal di schiena acuto. L'olio essenziale di lavanda applicato con digitopressione può ridurre l'intensità soggettiva del dolore e migliorare la flessione laterale della colonna vertebrale rispetto all'assenza di trattamento (1 RTC, 61 partecipanti, qualità bassa). Nei trial inclusi non sono stati osservati eventi avversi significativi.

### **Omeopatia**

Gli studi pubblicati in letteratura sull'effettività/efficacia dell'omeopatia nel dolore lombare non sono molto numerosi (Stam 2001; Gmünder 2002; Witt 2009).

Uno dei più significativi e recenti è lo studio randomizzato in doppio cieco di Beer (2012), condotto su 248 pazienti (età 18 - 75 anni): 221 hanno iniziato la terapia e 192 sono stati seguiti nel tempo (103 verum vs. 89 placebo). Hanno completato lo studio 137 pazienti (72 verum vs. 65 placebo), che hanno ricevuto 10 gocce di un complesso omeopatico (verum o placebo) per 105 giorni, in aggiunta a un trattamento naturopatico.

La valutazione è stata fatta con l'Hannover Functional Ability Questionnaire score: il risultato è stato statisticamente significativo a favore del trattamento omeopatico (verum: 9.4 vs. placebo: 4.1; p = 0.029). Il trattamento è stato ben tollerato presentando una scarsa incidenza di eventi avversi in entrambi i gruppi di pazienti. Le conclusioni degli autori sono che il trattamento omeopatico può migliorare il dolore lombare cronico.

### **Terapie manuali**

Le terapie manuali includono diverse tecniche: le manipolazioni vertebrali, le mobilizzazioni vertebrali e il massaggio. Secondo l'American College of Physicians e l'American Pain Society (Chou et al. 2007), con il

termine manipolazioni vertebrali (MV) si intendono “terapie manuali in cui il carico è applicato sul rachide usando metodi a leva corta o lunga e spinte molto veloci, applicate su un'articolazione o un insieme di articolazioni vertebrali per portarla al di là del suo range ristretto di movimento”; per mobilizzazioni vertebrali si intendono invece “mobilizzazioni a bassa velocità, movimenti passivi condotti all'interno o al limite del gioco dell'articolazione”, spesso impiegate insieme alle manipolazioni vertebrali. Mobilizzazioni e massaggio possono essere eseguiti da diverse figure di terapisti, mentre le manipolazioni vertebrali (MV) richiedono l'intervento di un chiropratico o di un osteopata, oppure di un medico o di un fisioterapista che abbia seguito una formazione specifica in queste tecniche (NCCIH).

La National Health Interview Survey (NHIS) del 2007 riporta che negli Stati Uniti circa l'8% degli adulti (più di 18 milioni) e quasi il 3% dei bambini (oltre 2 milioni) avevano ricevuto un trattamento di chiropratica o di osteopatia nell'ultimo anno, con una spesa di circa 3.9 miliardi di dollari.

Nei paesi anglosassoni questi trattamenti sono largamente diffusi e dotati di uno standard relativamente omogeneo e qualitativamente accettabile. In Italia il trattamento manipolativo non è altrettanto ben codificato anche perché le figure di osteopata e di chiropratico non sono riconosciute come professioni sanitarie. In alcuni contesti viene praticata la medicina manuale *manu medica* secondo Maigne.

Diversi studi hanno mostrato che le terapie manuali sono una delle opzioni in grado di offrire un sollievo lieve-moderato nel dolore lombare.

L'American College of Physicians e l'American Pain Society hanno pubblicato congiuntamente le “Linee guida su diagnosi e trattamento della lombalgia” (Chou et al. 2007). Per la forma acuta l'unica opzione efficace, dopo fallimento della terapia farmacologica, è la manipolazione vertebrale; nella forma cronica questa è considerata utile in associazione ad altri trattamenti.

Le Linee guida del Nice - Istituto nazionale per la salute e l'eccellenza clinica inglese (2009) indicano che si può prendere in considerazione per il mal di schiena anche la terapia manuale, incluse le manipolazioni vertebrali, fino a un massimo di 9 sedute per un periodo fino a 12 settimane.

Anche i Percorsi Diagnostico Terapeutici Italiani (2006) consigliano le manipolazioni vertebrali nella lombalgia, sia nella fase acuta sia in quelle subacute e croniche, effettuate da personale adeguatamente formato.

Un report dell'Agenzia per la salute e la ricerca di qualità (AHRQ, Furlan et al. 2010) ha osservato che le terapie complementari, tra cui le MV, si possono aggiungere ai trattamenti convenzionali e che la MV è più efficace del placebo nel ridurre l'intensità del dolore lombo-sacrale immediatamente dopo la fine del trattamento e nel breve termine. Inoltre gli autori aggiungono che i risultati degli studi che hanno confrontato le manipolazioni vertebrali con massaggio, farmaci o fisioterapia erano o a favore delle manipolazioni oppure non mostravano una differenza significativa fra le due tipologie di trattamento.

Una rassegna sistematica (Tsertsvadze et al. 2014) ha valutato il rapporto costi/benefici delle terapie manuali (manipolazioni vertebrali osteopatiche, manipolazioni di fisioterapia, tecniche di mobilizzazione e manipolazioni di chiropratica) nei disturbi muscolo-scheletrici riscontrando vantaggi di tipo economico delle terapie manipolative rispetto ad altri interventi. Tuttavia è necessario confermare questi risultati con altri studi e migliorare la qualità metodologica.

La review Cochrane del 2011 di Rubinstein et al. (26 studi clinici, 6.070 partecipanti) sul dolore lombare cronico ha esaminato l'efficacia di manipolazioni e mobilizzazioni vertebrali versus altri interventi comunemente prescritti (terapia farmacologica standard, esercizi o fisioterapia) ma non ha riscontrato una differenza clinicamente rilevante fra queste terapie nel ridurre il dolore e migliorare la funzionalità. Quando le terapie manuali sono confrontate con il placebo o con trattamenti inerti (quali diatermia o ultrasuoni con apparecchio spento), i dati sull'efficacia a breve termine su dolore e funzionalità risultano meno chiari a causa della bassa qualità degli studi.

La review Cochrane del 2012 di Rubinstein et al. (20 RCT, 2.674 partecipanti) sul dolore lombo-sacrale acuto ha riscontrato che la terapia manipolativa vertebrale (definita come qualsiasi terapia manuale diretta sul rachide che include manipolazioni e mobilizzazioni vertebrali, chiropratica, osteopatia e medicina manuale) non è più efficace di interventi inerti (quali diatermia o ultrasuoni con apparecchio spento), o terapia sham o quando è aggiunta ad altri interventi (quali terapia farmacologica abitualmente prescritta dai medici di medicina generale, esercizi, terapie fisiche, fisioterapia, massaggio). Questa valutazione è però limitata dal numero ridotto degli studi. Secondo gli autori, la decisione di utilizzare questo trattamento deve basarsi su costi, preferenze di pazienti e sanitari e sicurezza rispetto ad altre terapie; si suggerisce di realizzare RCT che includano una valutazione economica.

In uno studio finanziato dal NCCIH (National Centre for Complementary and Integrative Health) sugli effetti a lungo termine della chiropratica in oltre 600 persone con dolore lombare la chiropratica con MV è risultata

efficace quanto le terapie convenzionali fino a un massimo di 18 mesi; tuttavia meno del 20% dei partecipanti allo studio era libero dal dolore a 18 mesi, indipendentemente dal trattamento utilizzato.

Secondo lo studio di Schneider et al. (2014) una delle manipolazioni di chiropratica più comuni (*manual-thrust manipulation*) riduce il dolore lombare acuto o subacuto a breve termine più delle terapie correnti o della manipolazione tecnicamente assistita.

Nonostante il rischio di reazioni avverse importanti conseguenti al trattamento manipolativo vertebrale sia raro (<0,01%), si devono tenere presenti le controindicazioni assolute (lombalgia infiammatoria acuta, frattura recente, rottura legamentosa e instabilità, infezioni, aneurisma, mielopatia acuta, sindrome della cauda equina) e relative (spondilolistesi, ipermobilità articolare, osteoporomalacia, tumore osseo, anticoagulanti. Non rappresentano controindicazioni: scoliosi, lombalgia infiammatoria subacuta, trauma recente a carico dei tessuti molli. Non altrettanto rara è l'insorgenza di lievi disturbi di breve durata, soprattutto dopo la prima seduta. Pertanto, la terapia manuale è considerata un trattamento sicuro se effettuata da personale qualificato (NICE 2009).

Anche il NCCIH considera le terapie manipolative un trattamento generalmente sicuro per il mal di schiena purché affidate a un professionista qualificato. Gli effetti indesiderati sono di lieve entità e si esauriscono nell'arco di 1 - 2 giorni; le complicanze gravi sono molto rare (NCCIH).

## Conclusioni

In via generale esiste un discreto riscontro nella letteratura internazionale sull'utilità di integrare le CAM nei trattamenti convenzionali per la gestione del dolore lombare cronico, anche se sono necessarie ulteriori ricerche di qualità. Le prove di efficacia più consistenti riguardano l'agopuntura, soprattutto nella lombalgia subacuta e cronica, dove essa riduce il dolore e migliora la funzionalità nel breve termine, ma anche nelle forme acute. Le terapie manuali nella maggior parte dei casi si sono rivelate efficaci quanto altri interventi abitualmente utilizzati di comprovata efficacia (terapia farmacologica, esercizi, fisioterapia) e quindi possono essere considerate un'opzione cui far riferimento. Per la fitoterapia la prima scelta è l'*Harpagophytum procumbens* (Artiglio del Diavolo) in estratto secco, anche se per questo tipo di trattamenti occorre fare attenzione a eventuali interazioni farmacologiche con altre terapie. Per quanto riguarda l'omeopatia la scarsità degli studi rende necessario implementare ulteriormente la ricerca.

Oltre all'efficacia dei trattamenti, nella scelta del percorso terapeutico migliore per il paziente, soprattutto in quello fragile in trattamento polifarmacologico, occorre considerare anche costi, preferenze di pazienti e sanitari e soprattutto sicurezza per scarsità di effetti avversi: per queste motivazioni le tecniche presentate (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, terapie manuali) possono rappresentare una valida opzione terapeutica.

## Bibliografia

- A cura di Giovannoni S, Minozzi S, Negrini S. Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena. Pacini Editore Medicina. 2006.
- Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson L, Schofield P; British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013 Mar;42 Suppl 1:i1-57.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology*. 2010 Apr;112(4):810-33.
- Asher GN, Motsinger-Reif AA, Jonas DE, Viera AJ Quality of reporting on randomised controlled trials of auriculotherapy for pain. *Acupunct Med*. 2011 Jun;29(2):122-6.
- Beer AM, Fey S, Zimmer M, Teske W, Schremmer D, Wiebelitz KR. [Effectiveness and safety of a homeopathic drug combination in the treatment of chronic low back pain. A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial]. *MMW Fortschr Med*. 2012 Jun 28;154 Suppl 2:48-57. [Article in German]
- Brosseau L, Wells GA, Poitras S, Tugwell P, Casimiro L, Novikov M, Loew L, Sredic D, Clément S, Gravelle A, Kresic D, Hua K, Lakic A, Ménard G, Sabourin S, Bolduc MA, Ratté I, McEwan J, Furlan AD, Gross A, Dagenais S, Dryden T, Muckenheim R, Côté R, Paré V, Rouhani A, Léonard G, Finestone HM, Laferrrière L, Haines-Wangda A, Russell-Doreleyers M, De Angelis G, Cohoon C. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines on therapeutic massage for low back pain. *J Body Mov Ther*. 2012 Oct;16(4):424-55.

- Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Non pharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):492-504.
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Shekelle P, Owens DK. Diagnosis and treatment of LBP: A joint clinical practice guidelines from the American College of physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007 oct 2;147:478-491.
- Ernst E, Lee MS. Acupuncture for rheumatic conditions: an overview of systematic reviews. *Rheumatology (Oxford).* 2010 Oct;49(10):1957-61.
- Firenzuoli F. Fitoterapia. Masson Elsevier, Milano, 2009.
- Firenzuoli F. Interazioni tra erbe, alimenti e farmaci. Tecniche Nuove, Milano, 2009.
- Furlan A, Yazdi F, Tsertsvadze A. *Complementary and Alternative Therapies for Back Pain II.* Evidence Report/Technology Assessment, no. 194. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010. AHRQ publication no.10(11)–E007.
- Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8;(4):CD001929.
- Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD001351.
- Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A, Gross A, Van Tulder M, Santaguida L, Gagnier J, Ammendolia C, Dryden T, Doucette S, Skidmore B, Daniel R, Ostermann T, Tsouros S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Efficacy, Cost-Effectiveness, and Safety of Selected Complementary and Alternative Medicine for Neck and Low-Back Pain. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012;2012:953139.
- Gmünder R, Kissling R. The Efficacy of homeopathy in the treatment of chronic low back pain compared to standardized physiotherapy. *Z Orthop Ihre Grenzgeb.* 2002 Sep-Oct;140(5):503-8.
- Hopton A, MacPherson H. Acupuncture for chronic pain: is acupuncture more than an effective placebo? A systematic review of pooled data from meta-analyses. *Pain Pract.* 2010 Mar-Apr;10(2):94-102.
- <https://nccih.nih.gov/health/pain/spinemanipulation.htm>
- Lam M, Galvin R, Curry P. Effectiveness of acupuncture for non specific chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976).* 2013 Nov 15;38(24):2124-38
- Lee JH, Choi TY, Lee MS, Lee H, Shin BC, Lee H. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. *Clin J Pain.* 2013 Feb;29(2):172-85.
- Mac Pherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L , Taixiang W, White A, Moher D. Revised Standards for reporting interventions in clinical trials of acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement. *Journal of Alternative and Complementary medicine* 2010; 16 (10): ST1- 14.
- Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology (Oxford).* 2009 May;48(5):520-7.
- NICE clinical guideline 88 Low back pain Early management of persistent non-specific low back pain; 2009, [guidance.nice.org.uk/cg88](http://guidance.nice.org.uk/cg88).
- Oltean H, Robbins C, van Tulder MW, Berman BM, Bombardier C, Gagnier JJ. Herbal medicine for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Dec 23;12:CD004504.
- Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Sep 12;9:CD008880.
- Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011;(2):CD008112.
- Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR, Koes BW, van Tulder MW. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J.* 2010 Aug;19(8):1213-28.
- Schneider M, Haas M, Glick R, Stevans J, Landsittel D. Comparison of spinal manipulation methods and usual medical care for acute and subacute low back pain: a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2015 Feb 15;40(4):209-17.

- Stam C, Bonnet MS, van Haselen RA. The efficacy and safety of a homeopathic gel in the treatment of acute low back pain: a multi-centre, randomised, double-blind comparative clinical trial. *Br Homeopath J*. 2001 Jan;90(1):21-8.
- Suen LK, Wong EM Longitudinal changes in the disability level of the elders with low back pain after auriculotherapy. *Complement Ther Med*. 2008 Feb;16(1):28-35.
- Trigkilidas D. Acupuncture therapy for chronic lower back pain: a systematic review. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010 Oct;92(7):595-8.
- Tsertsvadze A, Clar C, Court R, Clarke A, Mistry H, Sutcliffe P. Cost-effectiveness of manual therapy for the management of musculoskeletal conditions: a systematic review and narrative synthesis of evidence from randomized controlled trials. *J Manipulative Physiol Ther*. 2014 Jul-Aug;37(6):343-62.
- Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, Witt CM, Linde K; Acupuncture Trialists' Collaboration. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2012 Oct 22;172(19):1444-53.
- Vickers AJ, Linde K. Acupuncture for chronic pain. *JAMA* 2014;311(9):955.
- Witt CM, Lütke R, Baur R, Willich SN. Homeopathic treatment of patients with chronic low back pain: A prospective observational study with 2 years' follow-up. *Clin J Pain*. 2009 May;25(4):334-9.
- Yeh CH, Chiang YC, Hoffman SL, Liang Z, Klem ML, Tam WW, Chien LC, Suen LK. Efficacy of auricular therapy for pain management: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:934670.
- Yuan J, Purepong N, Kerr DP, Park J, Bradbury I, McDonough S. Effectiveness of acupuncture for low back pain: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 Nov 1;33(23):E887-900.

## MAL DI SCHIENA

### LINEE GUIDA DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE E RACCOMANDAZIONI PER LA COSTRUZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI

REVISIONE 2013/14

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI PER APPROFONDIRE

Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C, et al. Non specific low back pain. *Lancet*, 2012; 379:482-91

Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1979

Bortz WM. The disuse syndrome, *West J. Med*; 141 (1984) 691-694

Carnes D, Mars T, Mullinger B, Froud R, Underwood MR (2010). Adverse events and manual therapy: A systematic review. *Manual therapy* 15: 355-63.

Chou R, Huffman LH, EVIDENCE REVIEW APS Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Low Back Pain, Evidence Review, American Pain Society. Publisher Glenview, IL

Delitto A, Steven ZG, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, Denninger TR, Godges JJ. Low back pain, Clinical practice Guideline Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop sports Phys Ther* 2012; 42(4):A1-A57.doi:10.2519/jospt.2012.0301

Fritz JM, Childs JD, Wainner RS, Flynn TW. Primary Care Referral of Patients With Low Back Pain to Physical Therapy. *Impact on Future Health Care Utilization and Costs*. *SPINE* Volume 37, Number 25, pp 2114–2121, 2012, Lippincott Williams & Wilkins

Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MGC, et al. Low Back Pain: Influence of Early MR Imaging or CT on Treatment and Outcome - Multicenter Randomized Trial. *Radiology*. 2004;231(2):343-351

Hansen Z, Daykin A, Lamb SE. Un programma cognitivo-comportamentale per la gestione della lombalgia nella medicina di base: una descrizione e una giustificazione dell'intervento utilizzato nell'ambito del Back Skills Training Trial (BeST) (Coventry, UK). *Physiotherapy* 2010;96:87-94

Hayden JA, Dunn KM, Van der Windt DA, Shaw WS. Qual è la prognosi del mal di schiena? Best practice Research Clinical Rheumatology 2010 Aprile; 24 (2): 167-179

Henschke N et al. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database Sys Rev*. 2013 feb 28;2

Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, Myers C, Noonan MP, Owens J, Saeger L, Schweim K, Shteyman G, Walker N. Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain. Updated November 2013.

I.C.S.I. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult acute and subacute low back pain Fifteenth edition, January 2012. [www.icsi.org](http://www.icsi.org)

Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs. radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289(21):2810-2818

Kendall N, et al. In "Tackling musculoskeletal problems: a guide for clinic and workplace – identifying obstacles using psychosocial flags framework. University of Huddersfield repository, 2009

Kendall N, Linton S, Main CJ. Guide to assessing psychological yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long term disability and work loss. Accident rehabilitation and Compensation Insurance on New Zeland and the Nationa Health Committee,. Wellington, New Zeland.1997

Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Withers EJ, Griffiths FE, Szczepura A, et al. Design considerations in a clinical trial of a cognitive behavioural intervention fort he management of low back pain in primary care: Back Skills Training Trial. *BMC Muscoloskel Dis* 2007; 8:14

Last AR, Hulbert K.Chronic Low Back Pain:Evaluation and Management. *American Family Physician*. June 15, 2009. Volume 79, Number 12

Linee Guida SIOT. Mal di schiena: banca dati comparativa tra Linee Guida e analisi critica delle raccomandazioni. Gruppo di Lavoro Linee Guida SIOT ([lineeguidasiot@siot.it](mailto:lineeguidasiot@siot.it)). *GIOT* giugno 2011;37:113-130

McCuish WJ1, Bearne LM. Do inpatient multidisciplinary rehabilitation programmes improve health status in people with long-term musculoskeletal conditions? A service evaluation. *Journal Musculoskeletal Care*. 2014 Dec;12(4):244-50

Menezes Costa C; Maher CG,Hancock MJ, McAuley JH, Herbert RD, Costa LO. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ*. 2012 Aug 7;184(11):E613-24. Doi:1503/cmaj.111271.Epub 2012 May 14

Mercy guidelines (Mercy Center Consensus Conference) Burlingham CA, USA, 1992

Padua R, Padua L, Ceccarelli E, Romanini E, Zanolì G, Bondi R, Campi A. Italian version of the Roland Morris Disability Questionnaire, specific for low back pain: cross-cultural adaptation and validation. *Eur Spine J* 2002; 11: 126-9

Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena, a cura di Stefano Giovannoni, Silvia Minozzi, Stefano Negrini. Pacini Editore Pisa. 2006

Petit A, Roche-Leboucher G, Bontoux L, Dubus V, Ronzi Y, Roquelaure Y, Richard I. Effectiveness of three treatment strategies on occupational limitations and quality of life for patients with non-specific chronic low back pain: Is a multidisciplinary approach the key feature to success: study protocol for a randomized controlled trial. *Misculoskeletal Disorders* 2014, 15:132

Reme SE, Hagen EM, Eriksen HR. Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009 Nov 13;10:139)

Rodriguez-Blanco T, et al. . Study protocol of effectiveness of a biopsychosocial multidisciplinary intervention in the evolution of non-specific sub-acute low back pain in the working population: cluster randomised trial BMC Health Serv Res. 2010 Jan 12;10:12

Romano M. La lombalgia subacuta aspecifica; GSS - GIORNATA DI AGGIORNAMENTO, Lombalgia e Sciatica nei primi 6 mesi: dalla diagnosi alla riabilitazione e prevenzione. Milano, 6 novembre 2010

Shubha V. et al. Application of "less is more" to low-back pain. Arch Intern Med. 2012;():1-5. doi:10.1001/archinternmed.2012.1838

Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelf WJJ, De Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. Editorial Group: Cochrane Back Group. Published Online: 12 SEP 2012. Assessed as up-to-date: 4 MAR 2012

Souter A. Back pain, Oxford university press 2012

Storheim K, Brox JI, Holm I, Bø K. Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute lowback pain: a 12-month follow-up study J Rehabil Med. 2005 Nov;37(6):365-71

Vlaeyen JWS, De Jong J, Geilen M, Heuts P, Van Breukelen G. The treatment of fear of movement (re)injury in chronic low back pain: further evidence on the effectiveness of exposure in vivo. Clin. J Pain, 2002;18:251-61

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

Waddel G. The back pain revolution. Oxford: Churchill Livingstone; 2004

Williams CM et al. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013 jan 31;1