

Mal di schiena:
raccomandazioni per la costruzione di percorsi
assistenziali aziendali nelle cure primarie

**Processo di gestione-assistenza
della persona adulta affetta
da mal di schiena acuto**

LINEA GUIDA

Consiglio Sanitario Regionale

REGIONE
TOSCANA



Autori

Stefano Giovannoni, Medico di medicina generale, Prato (estensore e coordinatore)
Barbara Bini, Infermiere coordinatore, ASL 11, Empoli
Renato De Stefano, Reumatologo, AOU Senese, Siena
Giancarlo Guizzardi, Neurochirurgo, AOU Careggi, Firenze
Antonio Lenzini, Fisioterapista, ASL 10, Firenze
Aldo Morelli, Fisiatra, ASL 10, Firenze
Marco Morelli, Algologo, ASL 10, Firenze
Roberto Pratelli, Ortopedico, Università, Firenze

Regione Toscana - Giunta regionale

Direzione Generale Diritto alla Salute
e Politiche di Solidarietà

Coordinamento «Processo Regionale Linee Guida»

Pierluigi Tosi

Consiglio Sanitario Regionale - Ufficio di Presidenza

Antonio Panti
Andrea Amerini
Mario Barresi
Giancarlo Berni
Gian Franco Gensini
Pierluigi Tosi

**Settore interventi di formazione, comunicazione
e supporto al Governo Clinico regionale**

Alberto Zanobini

Hanno collaborato

Maria Bailo
Scilla Bussotti
Lucia Cappelletti
Giuseppe La Cascia
Giuseppina Agata Stella

PNLG - ISS

Alfonso Mele (responsabile), Elvira Bianco, Luca Carra

Realizzazione redazionale

Anna Satolli (redazione), Giovanna Smiriglia (grafica)
Zadig srl - Via Calzecchi 10, 20133 Milano - www.zadig.it

Stampa

P.O. Produzioni editoriali, grafiche e multimediali
del Centro Stampa Regione Toscana
Tiratura 50.000 copie
Distribuzione gratuita

Finito di stampare nel mese di ottobre 2005

Presentazione

Con il processo Linee guida, la Regione Toscana non ha voluto soltanto rispondere alle esigenze di appropriatezza delle decisioni cliniche bensì accompagnare i professionisti nel loro autonomo percorso di responsabilizzazione sul miglioramento continuo della qualità dei servizi e sulla salvaguardia di elevati standard di assistenza. Si è voluto in sostanza promuovere, all'interno di una strategia complessiva di governo clinico, un sistematico sostegno alla cultura della qualità che si può tradurre anche in un miglior utilizzo delle risorse.

Il processo Linee guida ha visto il coinvolgimento e la collaborazione di tanti operatori del Servizio sanitario regionale perché le linee strategiche del processo prevedevano il loro coinvolgimento, la formazione e la comunicazione. I numeri ad oggi di operatori coinvolti in questo processo sono davvero significativi.

Le scelte metodologiche e procedurali hanno richiesto un grosso impegno organizzativo a tutto il sistema e la regia complessiva è stata del Consiglio sanitario regionale, organismo di consulenza in materia sanitaria della Giunta e del Consiglio regionale. Il processo non è a termine perché, per porsi quale elemento centrale nel miglioramento continuo della qualità dei servizi, è necessario assicurarne lo sviluppo e la messa a regime anche con l'implementazione delle linee guida e la costruzione di una Banca dati di LG aggiornate in tempo reale.

A tutti gli operatori sanitari toscani, che sono considerati la «regia locale» del cambiamento, la risorsa culturale e professionale indispensabile per non chiudere il potenziale innovativo del processo Linee guida nella mera cornice dell'adempimento e della formalità, vanno i miei più sentiti ringraziamenti.

Enrico Rossi
Assessore al Diritto alla Salute
Regione Toscana

Indice

Presentazione	pag.	3
Introduzione	»	7
Definizioni	»	7
Analisi dei bisogni e criticità	»	7
Obiettivo del gruppo di lavoro	»	10
Destinatari della linea guida	»	10
Metodi	»	11
Finanziamenti	»	13
Conflitto d'interesse	»	14
Strategia d'implementazione	»	14
Indicatori di valutazione	»	14
<i>Executive summary</i>	»	15
Le cause del mal di schiena	»	16
Anamnesi ed esame obiettivo	»	16
Ulteriori esami: ospedalizzazione e valutazione specialistica	»	21
Sintesi delle principali prove disponibili	»	25
Livelli di prova e forza delle raccomandazioni	»	26
Diagnosi	»	30
• Valutazione clinica	»	30
• Diagnostica per immagini	»	31
Terapia	»	31
• Consigli su attività fisica e comportamento	»	31
• Farmaci	»	33
• Terapie fisiche	»	33
• Terapia chirurgica	»	34
Appendici	»	35
1. <i>Red flag</i>	»	36
2. Condizioni internistiche associate a MDS	»	37
3. <i>Yellow flag</i>	»	37
4. L'approccio comportamentale per fattori psicosociali	»	40
5. Test di Waddel	»	41
6. Criteri di utilizzo dei FANS	»	43
Bibliografia	»	45

Introduzione

Definizioni

Il **mal di schiena (MDS) acuto** è rappresentato da dolore, con presenza o meno di limitazione funzionale, avvertito fra il margine inferiore dell'arcata costale e le pieghe glutee inferiori, con possibile irradiazione posteriore alla coscia ma non oltre il ginocchio (**lombalgia**). Può causare impossibilità di svolgere la normale attività quotidiana, con possibile assenza dal lavoro. Ha una durata inferiore a un mese, 4 settimane. Si parla di **MDS subacuto** quando la sintomatologia si protrae oltre il mese fino a 3 mesi.

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

Se i sintomi si protraggono oltre 3 mesi si parla di **lombalgia** o di **lombosciatalgia cronica**; si definisce **ricorrente** quando gli episodi acuti si ripresentano dopo un periodo di benessere.

Più della metà delle persone che hanno avuto un episodio di lombalgia acuta avrà una **recidiva** entro pochi anni¹ e l'approccio a un nuovo episodio lombalgico in un paziente con problemi ricorrenti al rachide lombare è simile a quello di un episodio acuto.

Analisi dei bisogni e criticità

Il MDS è il disturbo osteoarticolare più frequente, rappresentando, dopo il comune raffreddore, la più frequente malattia dell'uomo.² Quasi l'80% della popolazione è destinato a un certo punto della vita a presentare una lombalgia. Le osservazioni indicano una prevalenza annuale dei sintomi nel 50% degli adulti in età lavorativa, di cui il 15-20% ricorre a cure mediche.³ Con questa premessa risulta evidente come il MDS possa essere una delle cause più frequenti di accesso diretto al medico di medicina generale (MMG), dal momento che quest'ultimo è quasi sempre il primo sanitario che inizia il percorso assistenziale del paziente lombalgico.⁴ Infatti, il MDS rappresenta il 3,5% degli accessi medici totali al Servizio di medicina generale (3ª causa dopo ipertensione arteriosa e medicina preventiva), poco meno del 20% di tutte le cause osteoarticolari. Questi dati rendono ragione del fatto che ogni giorno un MMG presta assistenza a 2-3 pazienti con MDS.⁵

Il MDS interessa uomini e donne in ugual misura; insorge più spesso fra i 30 e 50 anni di età; comporta altissimi costi individuali e sociali, in termini di indagini diagnostiche e di trattamenti, di riduzione della produttività e di diminuita capacità a svolgere attività quotidiane. Per le persone al di sotto dei 45 anni di età, la lombalgia è la più comune causa di disabilità.³ Nonostante l'economia post-industriale sia sempre meno pesante per il lavoratore, per la maggiore automazione del ciclo produttivo, e la medicina abbia sviluppato moltissimo la capacità di diagnosi e cura, l'inabilità al lavoro causata dal MDS aumenta costantemente.

Oltre il 95% dei pazienti con MDS ha una causa meccanica alla base del dolore, l'1% una causa non meccanica e il 2% una causa viscerale: numerose malattie sistemiche (dalla pancreatite al dolore mestruale, dall'ulcera peptica alle infezioni urinarie) possono accompagnarsi a dolore a sede lombare.^{2, 6}

Molti fattori di rischio per lombalgia sono di origine lavorativa,² come occupazioni che richiedono sforzi di sollevamento ripetuti e posizioni di lavoro non ergonomiche o con manifesto sovraccarico lombare (busto e arti superiori flessi in avanti con tronco ruotato; vibrazione di tutto il corpo). Studi prospettici indicano che variabili psicologiche sono correlate all'insorgenza del MDS acuto, subacuto e cronico, come stress, angoscia, ansia, emozioni, comportamento legato alla percezione del dolore,⁷ meno la depressione che però ritroviamo come *subset* frequente nei pazienti che sviluppano una lombalgia cronica. E' stata dimostrata una relazione fra fattori psicosociali collegati al lavoro (scarsa libertà di decisione, lavoro monotono, eccetera) e frequenza di MDS, ma non è stato ancora stabilito il ruolo che questi fattori possono assumere. Ci sono prove che confermano che un basso sostegno sociale sul posto di lavoro e una bassa soddisfazione sul lavoro rappresentino fattori di rischio per MDS.⁸

L'obesità e il fumo sono spesso associati ad aumento del rischio di lombalgia:⁹ non ci sono forti prove per determinare se esiste una relazione causale fra peso corporeo e MDS,¹⁰ mentre per quanto riguarda il fumo, gli studi epidemiologici mostrano non solo una associazione positiva, ma si spingono anche a fornire interpretazioni causali.¹¹

Le metodiche di diagnostica per immagini dovrebbero rispettare l'analisi del procedimento clinico e molto spesso questo non accade: il loro uso al di fuori di un'ipotesi diagnostica mirata non solo non aggiunge ulteriori dati rispetto all'anamnesi e all'esame obiettivo, ma mette a rischio di trattamento per lesioni occasionalmente evidenziate (come, per esempio, dischi protrusi o addirittura erniati), asintomatiche ed estranee al quadro clinico presentato.¹² In un recente studio di piccole dimensioni, ma ben disegnato, sono stati seguiti per 5 anni individui asintomatici con patologia del disco evidenziata alla risonanza magnetica (RM): nel periodo di osservazione, nessuno ha

mai riportato dolore radicolare e l'incidenza di episodi minori di MDS era sovrapponibile a gruppi non selezionati. Lo studio conferma anche che la RM non è in grado di individuare le persone nelle quali si svilupperà MDS.¹³ Sembra infatti da una meta-analisi di 31 studi descrittivi¹⁴ che spondilolisi, spondilolistesi, spina bifida, vertebre di transizione, spondilosi e malattia di Sheuermann non abbiano alcuna correlazione con i sintomi di una lombalgia comune, e la riduzione d'altezza di uno spazio vertebrale, l'osteofitosi e la sclerosi hanno sì evidenziato una correlazione significativa ma non sufficientemente forte da assicurare una relazione sicuramente causale. Non è da sottovalutare l'induzione di esami strumentali a opera dello stesso paziente, che chiede spesso al medico di effettuare radiografie o diagnostica per immagini più complessa e, se accontentato, manifesta più soddisfazione dell'assistenza ricevuta: una scommessa delle cure primarie è quella di aumentare la soddisfazione del paziente senza ricorrere a esami inutili.¹⁵

Nonostante l'altissimo ricorso alle terapie fisiche, che si traduce in costi assai elevati per l'individuo e la collettività, non si trova alcuna corrispondenza di efficacia nelle prove.

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

Viene definito «MDS non specifico» o «comune» o «generico» la lombalgia di natura muscolo-scheletrica senza interessamento radicolare e senza causa specifica (tumore, infezione, eccetera); questa terminologia, se da un lato riflette la difficoltà e spesso l'impossibilità di definire la causa del MDS, dall'altro può rendere ragione della scarsa attenzione nel ricercare la struttura anatomica che evoca dolore, il meccanismo fisiopatologico che ne condiziona l'alterazione e l'eventuale causa scatenante. Se consideriamo poi che nella grande maggioranza dei casi il MDS è destinato a risolversi sia che i pazienti vengano curati da medici di medicina generale sia da chiropratici, ortopedici o neurochirurghi, possiamo ben capire lo scarso interesse clinico e della ricerca nell'approfondire le cause e quindi la semeiotica della lombalgia. Purtroppo esistono pochi studi sulla combinazione e sequenza ottimali delle procedure diagnostiche che individuino diagnosi specifiche. Questo porta inevitabilmente a lacune formative nella preparazione dei medici di medicina generale, degli internisti e degli specialisti e l'approccio «fatalistico» e «generico» al problema spiega anche l'insoddisfazione di molti pazienti che non si sentono sufficientemente rassicurati sull'evoluzione del loro MDS e non tro-

vano di fronte a sé un medico che dia spiegazioni plausibili sulle possibili cause e le strutture coinvolte nel loro MDS. Spesso i pazienti ricevono dai medici diagnosi assai diverse e contrastanti con un uso di termini non specifici come strappo, distorsione, artrosi: si tratta di una terminologia generica che riflette la carenza di conoscenze sull'eziologia del MDS; ogni teoria viene presentata da uno specialista diverso al fine di promuovere un diverso trattamento.⁴ Anche per questi aspetti si impone una riformulazione di obiettivi di apprendimento e una individuazione di percorsi formativi comuni per tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione del paziente con MDS. Insieme a questo riteniamo doveroso stimolare progetti di ricerca clinica sulle cause e sui meccanismi alla base del mal di schiena e sugli *end point* assistenziali in funzione della qualità di vita del lombalgico.

Anche in assenza, quindi, di dati di letteratura accreditati e di raccomandazioni forti sulla capacità di identificare clinicamente e strumentalmente la struttura interessata nel MDS non specifico (forse nell'85% dei casi), il medico è tenuto ugualmente a «visitare la schiena» del suo paziente come fa per il torace o l'addome.

Precise nozioni di anatomia funzionale possono diventare utili criteri di orientamento per impostare il procedimento riabilitativo e di prevenzione secondaria, e rafforzare la fiducia nella valutazione diagnostica, di modo che, quando l'anamnesi e la visita sono virtualmente sufficienti per escludere la presenza di una patologia grave, si è fiduciosi di aver agito correttamente, evitando esami di diagnostica per immagini in assenza di segni clinici o per una possibile difesa in un contenzioso medico-legale.⁴

Vi è poi il valore relazionale intrinseco della «visita» in quanto tale, intesa come «attenzione al corpo e alla mente» perché il paziente si sente maggiormente preso in considerazione ed è più portato a seguire le prescrizioni e i consigli del medico.

Obiettivo del gruppo di lavoro

Fornire le più importanti raccomandazioni per l'assistenza al paziente adulto con lombalgia acuta, alla luce delle più accreditate linee guida internazionali sulla diagnosi e sul trattamento del mal di schiena, per costruire a livello aziendale il relativo Percorso assistenziale (Delibera regionale Toscana n. 244 del 1.3.2000), tenuto conto delle risorse professionali e strutturali presenti a livello locale.

Destinatari della linea guida

- Medici di medicina generale
- Radiologi e neuroradiologi

- Fisiatri
- Reumatologi
- Neurologi
- Chirurghi ortopedici
- Neurochirurghi
- Fisioterapisti
- Medici del lavoro
- Medici dei servizi di emergenza territoriale e ospedaliera
- Medici di distretto

Metodi

Nella fase di elaborazione della linea guida, il gruppo di lavoro che ha ricevuto il mandato dal Consiglio sanitario regionale si è riunito 6 volte. Il gruppo di lavoro è formato da:

- un medico di medicina generale (estensore e coordinatore)
- un fisiokinesiterapista
- un algologo
- un neurochirurgo
- un reumatologo
- un ortopedico
- un fisiatra
- una caposala

Il gruppo si è riunito dopo 2 anni, nel marzo 2005, per valutare le osservazioni pervenute da parte del personale sanitario coinvolto nella valutazione dell'elaborato prodotto e ne ha preso atto. Dato il tempo intercorso è stata fatta ancora una revisione dei dati di letteratura, che non ha portato a sostanziali revisioni dell'impianto originario della linea guida e dei processi assistenziali.

Erano presenti alla riunione:

- il medico di medicina generale
- il reumatologo
- il fisiokinesiterapista
- la caposala

In merito alla ricerca delle prove sono stati consultati lavori originali, metanalisi e linee guida internazionali sul *low back pain* e, in particolare, abbiamo utilizzato le seguenti fonti:

- ICSI – Institute for Clinical System Improvement, Health Care Guideline, 2001, USA
- NICE – National Institute for Clinical Excellence, GB
- NHS – Centre for Reviews and Dissemination. The University of York, GB
- NGC – National Guideline Clearinghouse, USA
- AHRQ (già AHCPR) – Agency for Healthcare Research and Quality, 1994, USA
- Cochrane Review, GB
- RCGP – Royal College of General Practitioners, 1999, GB
- Clinical Evidence – BMJ 2000, 2002
- ACR – American College of Radiology, 2000, USA
- NZGG – New Zeland Guideline Group, 1997, Nuova Zelanda
- CeVEAS – Centro per la valutazione della efficacia dell’assistenza sanitaria, 2000, Italia
- GSS – Gruppo di studio della scoliosi e delle patologie vertebrali: revisioni dalla letteratura internazionale, Italia
- Negrini S, Sibilla P. Linee guida nel trattamento della lombalgia. Volume 1 1996. GSS – Gruppo di studio della scoliosi e delle patologie vertebrali
- Negrini S, Sibilla P. Linee guida nel trattamento della lombalgia. Volume 2 1997. GSS – Gruppo di studio della scoliosi e delle patologie vertebrali
- ANAES – Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé, 2000, Francia
- ASR ER– Agenzia sanitaria regione Emilia Romagna, 2000, Italia
- SBU – The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 2000, Svezia

Purtroppo i livelli di prova («probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici») e la forza delle raccomandazioni («probabilità che l’applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione obiettivo cui la raccomandazione è rivolta») delle varie linee guida consultate non usano lo stesso *grading* e questo implica una difficoltà oggettiva nel confrontare i vari elaborati.

Di solito le indicazioni si basano sulla qualità degli studi che le supportano e sulla forza delle raccomandazioni cliniche che ne derivano, ma qualità delle prove e forza delle raccomandazioni sono spesso confuse fra loro o sono una conseguenza dell’altra: raccomandazioni forti solo quelle che derivano da studi di alta qualità. Questo non è sempre vero, perché, oltre alla qualità metodologica dello studio, per rendere forte una raccomandazione devono essere considerati anche il peso assistenziale di quel problema, i costi, l’accettabilità da parte del cittadino e quindi la sua praticabilità, eccetera. Inoltre, dove non c’è l’interesse commerciale dell’industria farmaceutica, i finanziamenti per allestire studi di alta qualità sono assai scarsi, per cui certi

comportamenti di buona pratica clinica non hanno (e forse non avranno mai) l'avallo di studi di alta qualità.

Pensiamo che possano essere formulate raccomandazioni anche in assenza di studi di elevata qualità metodologica, quando questi non sono mai stati svolti o non possono essere praticati. D'altra parte, anche in presenza di studi di alta qualità, la raccomandazione che segue potrà essere parziale o addirittura incerta.

Le prove emerse dall'analisi dei dati di letteratura sono state riportate come forza delle raccomandazioni con il loro *grading* originale (accompagnato dalla opportuna legenda), dove non erano indicate abbiamo riportato i livelli di prova degli studi. Quando non abbiamo trovato diretta titolazione secondo prove, fra tutti i sistemi di gradazione, abbiamo scelto quello adottato dal Programma nazionale per le linee guida (PNLG) che si basa sulla rielaborazione messa a punto dal Centro per la valutazione della efficacia dell'assistenza sanitaria (CeVEAS), perché la forza della raccomandazione non si basa soltanto sul tipo di disegno di studio ma tiene conto anche di altri fattori, come la fattibilità, l'accettabilità e l'economicità dell'intervento.

Alcune affermazioni che riportiamo integralmente nel capitolo «Sintesi delle principali prove disponibili» possono apparire anche in contraddizione, ma devono essere ricercati i messaggi unificanti all'interno dell'intero paragrafo, sforzandosi di capire che a volte la qualità degli studi che supportano le prove si presta a varie interpretazioni e le affermazioni che ne derivano tengono conto della pratica clinico-assistenziale del paese che le ha prodotte.

Non abbiamo scelto come *grading* lo schema del SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network),¹⁶ perché richiede una prolissa valutazione analitica della qualità degli studi, poco adatto per valutare comportamenti. Lo stesso *Manuale metodologico nazionale*¹⁷ definisce rigido lo schema del SIGN, mentre ci sembra condivisibile l'aver aggiunto una pragmatica voce specifica, chiamata *good practice point*, miglior comportamento pratico basato sulla esperienza clinica del gruppo di elaborazione.

Finanziamenti

Il progetto è stato commissionato dal Consiglio sanitario regionale toscano. Nessun membro del gruppo ha ricevuto onorario per il lavoro svolto.

Le problematiche legate al MDS non hanno un legame stretto con l'industria farmaceutica e questo rende ragione del fatto di non aver trovato una letteratura scientifica così vasta come per altri argomenti di maggior profitto per l'industria del farmaco, come l'ipertensione arteriosa o le dislipidemie.

Conflitto d'interesse

Non sono stati rilevati, né sono emersi durante i lavori, affermazioni o proposizioni tali da configurare condizione di conflitto d'interesse nei partecipanti al gruppo di lavoro.

Strategia d'implementazione

Quella decisa dal CSR. Si ritiene utile che le linee guida prodotte siano oggetto di *audit* interprofessionali e progetti formativi di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale.

Dal 2003 il MDS è oggetto dei programmi regionali di Formazione permanente obbligatoria per i medici di medicina generale.

Indicatori di valutazione

Se **tutti** gli attori coinvolti nel percorso assistenziale prendono atto della linea guida, i possibili indicatori di valutazione sono:

- prescrizione di radiografie del rachide
- prescrizione di TC e RM
- prescrizione di EMG
- prescrizione di visite specialistiche
- prescrizione di terapie fisiche
- numero di certificati INPS per mal di schiena e totale/giorni malattia

Executive summary

Le cause del mal di schiena

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

La lombalgia meccanica può essere definita come dolore secondario a un uso eccessivo o a una abnorme stimolazione di una normale struttura anatomica (muscoli, legamenti, periostio, fasce, faccette articolari, radici nervose spinali) oppure dolore secondario a un trauma o a una deformità di una struttura anatomica (frattura, erniazione del nucleo polposo, artrosi interapofisaria posteriore). Le cause più comuni sono verosimilmente le lesioni muscolo-legamentose e i processi degenerativi legati all'età nei dischi intervertebrali e nelle faccette articolari. In circa l'1% la causa non è meccanica (tumore, infezione, flogosi, aneurisma aortico, eccetera) e nel 2% il dolore è di origine viscerale con irradiazione al rachide lombare o espressione di manifestazione di malattia sistemica:⁶ queste cause non meccaniche di mal di schiena (MDS) devono essere escluse prima possibile.

Anamnesi ed esame obiettivo

Di fronte a una persona con lombalgia acuta, con l'anamnesi e l'esame obiettivo si è, di norma, in grado di formulare il sospetto di cause gravi – *red flag* – (tumore, frattura, infezione, sindrome della cauda equina, aneurisma aortico; vedi appendice 1) o di escludere un dolore da causa sistemica (massa retroperitoneale, origine renouretale o uteroannessiale, origine infiammatoria nel quadro delle entesoartriti; vedi appendice 2).

In assenza di questi sospetti, non vi è necessità di esami di diagnostica strumentale o di laboratorio entro le prime 4-6 settimane, in quanto, entro tale periodo, oltre il 90% dei pazienti guarirà spontaneamente, per cui è probabile che si riscontri un miglioramento dopo qualsiasi terapia, anche se inefficace.¹⁸ Sempre con l'anamnesi e l'esame obiettivo si è in grado di determinare se si tratta di una lombalgia non specifica – disfunzionale o biomeccanica – (dolore localizzato in vicinanza del rachide con possibile irradiazione alla regione posteriore della coscia, che non scende oltre il ginocchio, riacutizzato da movimenti e posizioni, con presenza o meno di limitazione funzionale) o di una lombosciatalgia (dolore lombare irradiato al di sotto del ginocchio, se interessate le radici nervose L5 e S1 – oltre il 90% dei casi – con ricerca di postura antalgica e importante disturbo funzionale). Si parla di lombocruralgia per un dolore irradiato all'inguine e alla superficie anteriore della coscia per interessamento radicolare di L3 e L4.

L'anamnesi, molto importante nell'escludere o nell'indurre sospetto di cause gravi o extraspinali, non presenta livelli di prova utili per definire la causa della lombalgia non specifica.

Nonostante questo, e in attesa di ulteriori ricerche sulla causa di lombalgia non specifi-

ca, raccomandiamo di fare attenta lettura e procedere a quesiti mirati circa la storia del MDS, per ottenere criteri anamnestici utili per l'approccio clinico. In particolare, dovranno essere presi in considerazione i seguenti indicatori:¹⁹

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

Le stesse considerazioni fatte per l'anamnesi, le ritroviamo per **l'esame obiettivo, con il quale è possibile ricercare segni in buona parte soggettivi (dipendendo dalla risposta del paziente), non suffragati da raccomandazioni che derivino da studi accreditati, ma utili nel tentativo di definire la struttura causa del dolore e il meccanismo scatenante, e quindi nel dare consigli comportamentali e di prevenzione secondaria:**

- dolore e/o limitazione funzionale alla flessione-estensione del tronco
- dolore alla palpazione dei processi spinosi, delle articolazioni posteriori, dei ligamenti, dei muscoli
- dismetria degli arti
- scoliosi
- iperlordosi lombare

Attraverso l'integrazione dei sintomi e dei segni è possibile ipotizzare la causa del MDS: rimandiamo a specifici progetti formativi l'apprendimento dell'iter diagnostico.

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

- manovra di Lasegue (positiva in presenza di dolore sotto il ginocchio fra 30° e 70°) omo e controlaterale: la omolaterale presenta sensibilità ma non specificità per ernia del disco, mentre la positività della manovra nell'arto controlaterale è poco sensibile ma, se presente, altamente specifica;⁶ se negativa esclude significato chirurgico all'erniazione del disco nella gran parte dei casi

- manovra di Wassermann
- forza della dorsiflessione del piede e dell'alluce, della flessione plantare del piede e dell'estensione del ginocchio; valutazione del trofismo muscolare: un deficit motorio significativo e progressivo richiede una consulenza neurologica e/o una consulenza chirurgica
- esame della sensibilità con ago
- ricerca dei riflessi patellari e achillei

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

- la possibile genesi del mal di schiena di cui soffre, la verosimile causa che lo ha scatenato e gli eventuali fattori di rischio connessi all'impegno lavorativo e/o all'attività ricreativa, ad anomalie strutturali o posturali, ad affaticamento fisico o a eccessivo sforzo mentale
- l'alta probabilità di prognosi favorevole legata alla natura benigna del disturbo (il 70% dei pazienti migliora entro le prime due settimane), ma anche la tendenza a recidive che comunque, a meno che i sintomi non siano molto diversi dal primo episodio, regrediranno anch'esse
- che le radiografie non sono raccomandate di routine prima di 4-6 settimane^{12, 20} se non per evidenziare fratture in recenti traumi significativi a ogni età o in recenti traumi anche modesti in persone anziane con storia di prolungata terapia steroidea o di osteoporosi. Anche se tale esame aumenta la «soddisfazione» e il «benessere psicologico» del paziente,¹⁵ il medico deve mettere in guardia sui danni dovuti alle radiazioni, specialmente in zona genitale
- che la TC e la RM non sono raccomandate prima di 4-6 settimane in assenza di *red flag*
- di rimanere attivi^{20, 21} e, se possibile, non lasciare il lavoro
- di mantenersi in attività fisica controllata con ritorno al lavoro, se si è stati costretti a interromperlo, anche se persiste sintomatologia dolorosa, nel caso in cui gli incarichi possano essere modificati e/o alleggeriti
- che attività aerobica come nuoto, camminare o andare in bicicletta può essere iniziata quanto prima
- la non utilità di trazioni, terapie fisiche (massaggi, ultrasuoni, laserterapia, magnetoterapia, TENS), agopuntura, plantari, busti
- che il riposo a letto non è indicato²² perché non modifica la storia naturale del MDS, può portare a debilitazione e far sentire il paziente «malato» con conseguente necessità di medicalizzazione

Obiettivo principale del programma terapeutico è la demedicalizzazione^{4, 23} del MDS acuto, perché si risolve quasi sempre spontaneamente.

«Tuttavia, dato che ci sono molte probabilità di ricadute, il paziente non va lasciato solo;

dobbiamo insegnargli a farsi carico del suo problema, a fare le scelte giuste; non dobbiamo renderlo ansioso e timoroso, così da spingerlo alla ricerca di una diagnosi e poi della cura immediata, pronto ad accettare qualsiasi rimedio offerto dagli innumerevoli “produttori di terapie” che sono in attesa di aiutarlo! Educare il paziente e dissuaderlo a entrare in questo classico meccanismo è un’impresa molto difficile. La maggior parte dei pazienti che vogliono sentirsi malati sono portati più facilmente a entrare in questo meccanismo. Pertanto devono essere disingannati, ma nello stesso tempo dobbiamo offrire loro “un’ancora di salvezza”: l’intensità del loro disagio e la limitazione momentanea dell’attività devono essere riconosciute, discusse insieme a loro e poste in prospettiva (Hadler)». ²⁴

- Se il dolore e la limitazione funzionale sono importanti può essere proposto l’uso di farmaci, ²² spiegando bene la loro natura sintomatica nell’alleviare a breve termine soltanto i sintomi: inizialmente, per la buona tollerabilità, può essere proposto l’uso di un analgesico come il paracetamolo al dosaggio di 2-4 grammi ripartiti nelle 24 ore, oppure l’uso di antinfiammatori non-steroidi (FANS) che si sono dimostrati efficaci nel controllare il dolore, anche se il ruolo dell’infiammazione nella maggior parte degli episodi di MDS non specifico rimane speculativo. ¹⁸ Per gli effetti collaterali dei FANS, a livello gastroenterico, cardiovascolare e renale, è consigliato l’uso del più basso dosaggio efficace, con particolare riguardo negli anziani, specialmente se cardiopatici o ipertesi. Sembra che l’ibuprofen seguito dal diclofenac siano le molecole meglio tollerate. In appendice 6 le strategie di Greene per ottimizzare il rapporto costi-rendimento dei FANS.

- Anche l’uso di un qualsiasi miorilassante può essere efficace nel ridurre il dolore e aumentare la mobilità dopo una-due settimane, ma il loro utilizzo non deve essere routinario a causa degli effetti collaterali; ²² non vi sono benefici nell’uso dei miorilassanti in associazione con FANS rispetto all’uso dei FANS da soli. ²⁰ L’uso dei miorilassanti dovrebbe essere riservato alle condizioni di spasmo muscolare paraspinale, ma il criterio per individuare lo spasmo rimane poco chiaro. ²⁵

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

- accoglienza del disagio funzionale e dell’ansia per la persistenza del dolore riformulando strategie e modalità di comportamento, dopo aver nuovamente escluso la presenza di *red flag* o di cause extraspinali (appendice 1 e 2)
- cominciare a indagare se esistono le così dette *yellow flag* (bandiere gialle – appendice 3), cioè fattori psicosociali che possono aumentare il rischio di persistenza della lombalgia e della disabilità con assenza dal lavoro e riduzione della qualità di vita. Mentre il riconoscimento delle *red flag* permette un appropriato intervento medico, le *yellow flag* conducono a una necessaria gestione cognitiva e comportamentale. Già durante le

prime valutazioni del paziente possono emergere certe caratteristiche che inducono il sospetto di reazioni non-organiche:²⁶

- dolore al coccige senza traumi durante una lombalgia
- dolore in tutto l'arto inferiore
- perdita della sensibilità di tutto l'arto inferiore
- perdita di forza in tutto l'arto inferiore, senza cadute
- dolore sempre costante senza variazioni
- intolleranza e reazioni negative alle cure
- ricovero d'urgenza in ospedale per MDS

se presenti è indicato effettuare il test di Waddell (appendice 5) per evidenziare segni di lombalgia non organica. Il test si basa sulla considerazione che la visita del lombalgico è incentrata sul tentativo di riprodurre la sintomatologia dolorosa; la risposta del paziente, però, riflette principalmente il comportamento del paziente stesso durante la visita rappresentando più una risposta comportamentale che il riflesso di un problema organico. Il test di Waddell è composto da 5 sezioni: se almeno 3 risultano positive c'è alta probabilità di patologia non organica²⁶

● se presenti fattori di rischio psicosociali tali da far presupporre la cronicizzazione del MDS e l'eventuale perdita del lavoro viene suggerito un precoce approccio comportamentale tratto dalle linee guida neozelandesi²⁷ che riportiamo in versione integrale nell'appendice 4. In sintesi, l'approccio del medico comprenderà domande del tipo:

- si è assentato dal lavoro in passato a causa del MDS?
- che idea si è fatto circa la causa del suo MDS?
- come si aspetta che possa aiutarla?
- come reagisce il datore di lavoro al suo MDS? E i suoi colleghi di lavoro, i suoi familiari?
- cosa sta facendo per far fronte al suo MDS?
- pensa che tornerà al lavoro, quando?
- eventuale aggiustamento posologico del paracetamolo (4 g/die) o del FANS o loro integrazione/sostituzione con oppiacei deboli o tramadolo
- eventuale inquadramento e trattamento fisioterapico se vi è significativa riduzione funzionale e limitazione dolorosa. Questo deve evidenziare benefici terapeutici entro un numero massimo di tre-quattro sedute, altrimenti è inutile continuare; se la risposta è positiva, mediamente non ne sono necessarie più di sei
- eventuale tentativo con manipolazioni, valutando l'efficacia entro le prime tre sedute

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

- la maggior parte dei pazienti con disfunzione radicolare dovuta a ernia discale recupera entro un mese con guarigione spontanea, quindi il trattamento conservativo non

deve essere inferiore alle 4-6 settimane con uso di paracetamolo, FANS, miorilassanti, tramadolo, prima di procedere a valutazione chirurgica (salvo deficit neurologico progressivo, per esempio piede cadente)

- per quanto riguarda l'uso dei corticosteroidi per via sistemica, non vi sono evidenze, ma esiste un razionale d'uso,²⁵ suffragato dal fatto che nei pazienti con radicolopatia è sostanziale la prova della presenza di infiammazione alla radice nervosa¹⁸
- un terzo dei pazienti candidati all'intervento chirurgico migliora fino alla guarigione durante l'attesa dell'intervento
- l'iniezione di corticosteroidi per via peridurale in corrispondenza della radice interessata si è rivelato di una qualche utilità²⁸
- la TC o la RM non sono indicate nelle prime 4-6 settimane, se non in sospetto di *red flag*, deficit neurologici progressivi, sciatica iperalgica o mancata risposta alla terapia o se vi è indicazione all'intervento chirurgico (in questi casi è consigliabile coinvolgere il chirurgo già nella fase di programmazione dello studio diagnostico). L'eventuale reperto radiografico di protrusione del disco (*bulging*) è fenomeno para-fisiologico, senza valore clinico in assenza di altre patologie¹²
- gli interventi di elezione per radicolopatia da ernia del disco sono la discectomia standard e la microdiscectomia. Hanno entrambe efficacia simile, ma la microdiscectomia è preferibile per la migliore *compliance* del paziente dovuta al minor dolore postoperatorio, alla minore durata della degenza e alla più rapida ripresa funzionale
- una riabilitazione intensiva iniziata dopo 4-6 settimane dall'intervento chirurgico per ernia del disco riduce i tempi della ripresa funzionale; non sappiamo ancora se possa iniziare subito dopo l'intervento, senza attendere 4-6 settimane
- l'EMG e i potenziali evocati sono inappropriati se la valutazione neurologica clinica è evidente^{20, 29}
- il riposo a letto è sconsigliato; se la sciatica è severa, può essere un'opzione per 2-4 giorni, ma deve essere comunque limitato³⁰
- deve mantenersi più attivo possibile, con posture corrette (che spesso sono quelle antalgiche), astenendosi da sforzi in flessione anteriore del tronco, come lo stare in piedi fermo a lungo con gli arti superiori proiettati in avanti e sollevare pesi; deve evitare di stare seduto a lungo
- le manipolazioni sono controindicate²⁰

Ulteriori esami: ospedalizzazione e valutazione specialistica

Il 7-10% dei pazienti con MDS acuto continua a presentare sintomi oltre 6 settimane: nel 90% si tratta di lombalgia mentre nel 10% di sciatica.³¹

In questo caso, si deve tenere conto che:

- una radiografia del rachide lombare in AP e LL può essere consigliata, meglio in ortostatismo, ma bisogna considerare che molti reperti radiografici sono occasionali e spesso non hanno significato clinico, come riduzione dello spazio discale, spondilolisi, lombarizzazione o sacralizzazione, ernie di Schmorl, calcificazioni discali e scoliosi moderata.³² Non c'è razionale nella ripetizione dell'esame se non intercorrono variazioni importanti del quadro clinico. Le proiezioni oblique non sono raccomandate per l'alto irraggiamento a fronte di minime informazioni
 - la velocità di eritrosedimentazione elevata può indicare un tumore o una infezione (appendice 1); l'elevazione della VES può essere presente anche nelle spondiliti
 - la RM può trovare indicazione in caso di:³³
 - radicolopatia refrattaria
 - deficit motorio focale
 - mielopatia
 - sospette metastasi
 - tumore
 - osteomielite
 - discite
 - ascessi spinali
 - malformazioni vascolari
 - la TC può trovare indicazione in caso di:³³
 - controllo post-operatorio
 - sospetto clinico di frattura non evidente alla radiografia convenzionale o, se evidente, per caratterizzarne estensione o frammenti
 - *follow up* di frattura
 - controindicazione alla RM (*pacemaker*, impianti, claustrofobia, eccetera)
 - il ricorso all'esame elettromiografico trova indicazione in caso di:²⁰
 - dubbia alterazione radicolare in paziente con dolore all'arto che dura da oltre 4-6 settimane con o senza lombalgia
- NB. Se la diagnosi di radicolopatia è evidente all'esame clinico, l'EMG non è raccomandata.

Criteri di ospedalizzazione per MDS acuto³⁴

Estremamente rare sono le cause che inducono rapida ospedalizzazione del paziente lombalgico e quasi sempre l'accesso in ospedale è diretto o mediato da chi presta assistenza al paziente:

- trauma maggiore alla schiena: caduta da una certa altezza, trauma da schiacciamento alla schiena da parte di un oggetto pesante, rilievo documentato o sospetto di frattura vertebrale acuta, lesione radicolare o midollare
- lesioni neurologiche di sospetta origine acuta o progressiva, senza storia di trauma

- lombalgia senza evidenza di acuto o progressivo danno neurologico, senza storia di trauma (di solito accaduto sul lavoro): in questo caso l'unica motivazione al ricovero potrebbe essere la mancanza di autosufficienza, in assenza di aiuto domiciliare; con ospedalizzazione breve, meno di 24 ore

Criteri per valutazione specialistica³⁵

La maggior parte dei pazienti con MDS acuto può essere gestito dal medico di medicina generale. Il ricorso allo specialista dovrebbe essere attivato in caso di:

- sospetto di sindrome della cauda equina (immediatamente)
- sospetto di seria patologia spinale (preferibilmente entro una settimana)
- deficit neurologico progressivo (preferibilmente entro una settimana)
- dolore radicolare che non si risolve dopo 6 settimane (preferibilmente entro 3 settimane)
- dolore di tipo infiammatorio, tale da far sospettare una spondilite (prima possibile, anche se non celermente)
- dolore lombare senza ripristino delle normali attività dopo 3 mesi, con ripercussioni sulla qualità di vita (prima possibile, anche se non celermente)

In particolare:

- il ricorso al chirurgo (neurochirurgo, ortopedico) trova indicazione in caso di:
 - sciatalgia con manovra di Lasegue positiva da oltre 4-6 settimane
 - sindrome della cauda equina
 - progressivo e severo deficit motorio (per esempio piede cadente, evidente ipotrofia della coscia)
 - deficit neuromotorio persistente oltre 4-6 settimane (non inclusi deficit minori della sensibilità e variazioni dei riflessi)
- il ricorso al neurologo trova indicazione in caso di:
 - dolore cronico irradiato all'arto inferiore atipico, con manovra di Lasegue negativa
 - nuovi o progressivi deficit neuromotori
- il ricorso al fisiatra trova indicazione in caso di:
 - lombalgia e lombosciatalgia cronica
 - lombalgia ricorrente
- il ricorso al reumatologo trova indicazione in caso di:
 - lombalgia infiammatoria (appendice 2)

Sintesi delle principali prove disponibili

Livelli di prova e forza delle raccomandazioni

Riportiamo qui di seguito gli schemi relativi ai livelli di prova e alla forza delle raccomandazioni utilizzati dalle linee guida consultate.

ICSI – Institute for Clinical System Improvement, Health Care Guideline, USA, 2001

Forza delle raccomandazioni

grado I:	prove di efficacia derivanti da studi con disegni forti i cui risultati sono consistenti fra loro e clinicamente rilevanti; studi privi di distorsioni, generalizzabili, con adeguata potenza statistica
grado II:	prove di efficacia derivanti da studi con disegni forti ma i cui risultati non sono consistenti fra loro o gli studi hanno debolezze metodologiche, campioni poco numerosi o risultati scarsamente generalizzabili
grado III:	prove di efficacia derivanti da un numero limitato di studi con disegni deboli
grado IV:	conclusioni basate solo sul parere degli esperti

Livelli di prova

classe A:	RCT
classe B:	studi di coorte
classe C:	studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici; studi descrittivi di popolazione; studi casi-controllo
classe D:	<i>case series e report</i>
classe M:	metanalisi; analisi costo-beneficio e costo-efficacia
classe R:	<i>review</i> ; stato di consenso
classe X:	opinione medica

AHRQ (già AHCPR) – Agency for Healthcare Research and Quality, USA, 1994

classe A:	forte prova basata su ricerche (studi scientifici multipli e di alta qualità)
classe B:	moderata prova basata su ricerche scientifiche (uno studio scientifico di alta qualità o più studi scientifici adeguati)
classe C:	limitata prova basata su ricerche scientifiche (almeno uno studio scientifico adeguato in pazienti con lombalgia)
classe D:	efficacia accettata, ma prova non suffragata da adeguate ricerche scientifiche

ACR – American College of Radiology, USA, 2000**Criteri di appropriatezza**

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 (1 = il meno appropriato, 8 = il più appropriato)

RCGP – Royal College of General Practitioners, GB, 1999

***(A):	risultati consistenti nella maggioranza di più studi con disegno accettabile (RCT con almeno 10 pazienti per gruppo e <i>outcome</i> centrato sul paziente per terapia, studi prospettici di coorte con almeno 100 pazienti e un anno di <i>follow up</i> per valutazione e storia naturale)
** (B):	un singolo studio accettabile o risultati deboli o inconsistenti in più studi accettabili
*(C):	prova scientifica limitata, che non risponde ai criteri di studio accettabile



ANAES – Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Francia, 2000

- A:** prova scientifica definita (metanalisi, RCT con elevata potenza)
- B:** presunzione scientifica (RCT con bassa potenza, CCT, studi di coorte)
- C:** livello di prova debole (studi casi-controllo, studi controllati con distorsioni importanti, studi retrospettivi, serie di casi)
- D:** accordo professionale in assenza di studi

ASR ER – Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna, Italia, 2000

- A:** raccomandazione molto forte, che deriva prevalentemente da SR o RCT
- B:** raccomandazione abbastanza forte, che deriva prevalentemente da CCT o studi osservazionali prospettici
- C:** raccomandazione debole, che deriva prevalentemente da studi osservazionali retrospettivi o da indagini trasversali
- D:** parere degli esperti in assenza di prove di efficacia

SBU – The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Svezia, 2000

- A:** prova scientifica forte: numerosi RCT concordanti e di alta qualità
- B:** prova scientifica moderata: 1 RCT di alta qualità e 1 o più RCT di bassa qualità oppure numerosi studi concordanti di bassa qualità
- C:** prova scientifica limitata: 1 RCT (di alta o bassa qualità) o numerosi studi con risultati discordanti
- D:** assenza di prova scientifica

CeVEAS – Centro per la valutazione della efficacia dell'assistenza sanitaria, Italia, 2000**Forza delle raccomandazioni**

A:	raccomandazioni basate su informazioni scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di livello 1 o 2
B:	si nutrono dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, 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 o l'intervento
D:	l'esecuzione della procedura non è raccomandata
E:	si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

Livelli di prova

1:	informazioni derivate da revisioni sistematiche o metanalisi di studi clinici randomizzati
2:	informazioni derivate da almeno uno studio clinico randomizzato
3:	informazioni derivate da almeno uno studio clinico controllato non randomizzato di buona qualità (con controlli concorrenti o storici o metanalisi)
4:	informazioni derivate da altri tipi di studi controllati di buona qualità (retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi)
5:	informazioni derivate da studi non controllati (serie di casi, studi di correlazione, studi descrittivi, opinioni di esperti, <i>consensus conference</i>, membri di gruppi di lavoro su linee guida)

Diagnosi

Valutazione clinica:

- anamnesi ed esame obiettivo sono indicati per la ricerca di patologie spinali e/o neurologiche gravi (*red flag*): **grado B, C (ANAES); grado B (RCGP); grado B, C (ASR ER)**
- l'età dei pazienti, la durata e la descrizione dei sintomi, l'impatto dei sintomi sull'attività e sul lavoro, e la risposta a precedenti terapie sono importanti nella valutazione del paziente con MDS: **grado B (RCGP)**
- il MDS abitualmente non aumenta con l'età, e diviene meno comune dopo i 50-60 anni, ma negli anziani, quando presente, è più persistente e con maggiori limitazioni funzionali: **grado B (RCGP)**
- anamnesi ed esame obiettivo spesso sono sufficienti per porre diagnosi e definire trattamento: **grado B (SBU)**
- anamnesi ed esame obiettivo fanno parte della *primary care evaluation*: **classe C, R (ICSI)**
- la storia di un trauma in relazione all'età può far sospettare una frattura: **grado C (RCGP)**
- la diagnosi di lombalgia semplice, dolore radicolare, possibile grave patologia spinale si basa su anamnesi ed esame obiettivo: **grado C (RCGP)**
- l'esame neurologico è raccomandato per documentare la presenza di deficit neurologici (riflessi patellari e achillei, forza di flessione dorsale del piede e dell'alluce, presenza di deficit sensitivi): **grado B (ASR ER); grado B (RCGP)**
- in assenza di segni o sintomi di possibile grave patologia spinale o neurologica non vi è l'indicazione a eseguire nessun tipo di ulteriore approfondimento diagnostico: **grado B (ASR ER)**
- il segno del sollevamento della gamba estesa – SLR – è raccomandato nella valutazione della sciatica; negli anziani con stenosi spinale può essere normale: **grado B (RCGP)**
- l'elettromiografia per una radicolopatia manifesta non è consigliata: **grado C (ANAES)**
- l'elettromiografia è considerata inaccettabile come strumento di diagnosi del MDS: **grado E (CeVEAS, 19)**
- dopo un anno circa il 10% dei pazienti avrà ancora sintomi persistenti, ma la maggior parte di loro continuerà le normali occupazioni, **grado B (RCGP)**, sentendosi meglio, meno afflitti e con minor uso di analgesici rispetto a quelli che limitano la loro attività: **grado B (RCGP)**
- se il dolore persiste è raccomandato effettuare prima possibile una valutazione degli aspetti psicologici e socioeconomici, **grado B (RCGP)**, perché giocano un ruolo importante nella cronicizzazione del mal di schiena e della disabilità, **grado A (RCGP)**; rivestendo un ruolo più importante dei segni e sintomi fisici: **grado B (RCGP)**
- nel mal di schiena cronico, i fattori psicosociali influenzano la risposta del paziente al trattamento e alla riabilitazione: **grado A (RCGP)**

Diagnostica per immagini:

- rx standard non indicate di routine in assenza *red flag* nelle prime 4 settimane: **grado B (AHCPR); grado B (ASR ER)**
- rx molto appropriate in caso di trauma, uso di steroidi, osteoporosi, età superiore a 70 anni: **grado 8 (ACR)**
- nel MDS non specifico la diagnostica per immagini è inappropriata: **grado 2 (ACR)**
- rx è raramente di aiuto nella diagnosi, a meno che non si sospetti una frattura o patologie gravi: **grado B (SBU); grado C (AHCPR)**
- la diagnostica per immagini è indicata dopo 4-6 settimane: **classe C, R (ICSI)**
- le proiezioni rx oblique non sono indicate di routine: **grado B (AHCPR); classe C, M (ICSI)**
- non ci sono forti prove per la presenza o assenza di relazione causale fra reperti radiografici e MDS non specifico: **livello IV (CeVEAS, 18)**
- rx, TC e RM non raccomandate in assenza di *red flag* nelle prime 7 settimane, **grado D (ANAES)**, nel primo mese, **grado B (ASR ER)**; l'assenza di evoluzione favorevole condurrà ad accorciare il periodo di attesa: **grado D (ANAES)**
- TC e RM non raccomandate in assenza di sciatica iperalgica (dolore insopportabile e resistente agli oppioidi) o paralizzante (deficit motorio improvviso o progressivo) nelle prime 7 settimane: **grado C (ANAES)**
- RM è l'esame da preferirsi per ricercare un conflitto discoradicolare, dopo almeno 4-8 settimane di evoluzione sfavorevole; in alternativa la TC: **grado C (ANAES)**
- in sospetto di cancro, infezione e sindrome della cauda equina la RM è l'esame più appropriato: **grado 8 (ACR)**
- TC e RM indicate dopo 4 settimane in pazienti con sciatalgia e segni di compressione radicolare sufficientemente severi da far considerare la possibilità dell'intervento chirurgico: **grado B (ASR ER)**
- TC e RM non servono per identificare la sede del dolore, se non si sospetta una specifica patologia: **grado B (SBU)**
- la scintigrafia ossea è moderatamente sensibile per svelare la presenza di tumore, infezione o frattura occulta delle vertebre, ma non per specificare la diagnosi, **grado 5, 4 (ACR)**; il suo uso è molto ridotto in presenza di normali radiogrammi ed esami di laboratorio: **grado 2 (ACR)**, più alto nella patologia tumorale nota

Terapia

Consigli su attività fisica e comportamento:

- fornire al paziente informazioni, rassicurazioni e suggerimenti adeguati per ridurre l'ansia e aumentare la sua soddisfazione: **grado B (RCGP); grado A (ASR ER)**
- informare i pazienti che il loro dolore è potenzialmente ricorrente e qualche volta

potrebbe cronicizzarsi e che, pur in presenza di dolore cronico, la maggior parte delle persone continua a lavorare: **grado I (ICSI)**

- il dolore acuto e l'importante limitazione funzionale durano pochi giorni o, al massimo, poche settimane, ma sintomi più lievi possono persistere anche qualche mese: **grado A (RCGP)**

- la maggior parte dei pazienti avrà periodici MDS, ogni tanto: le ricadute sono normali e non hanno significato di peggioramento del quadro clinico: **grado A (RCGP)**

- raccomandare al paziente di rimanere attivo e continuare l'abituale attività, nei limiti del dolore, mantenendo postura corretta: **grado I (ICSI); grado A (ASR ER); grado A (RCGP); grado B (ANAES)**

- rimanere attivi e aumentare gradualmente l'attività riduce il rischio di cronicizzazione: **grado I (ICSI); grado A (RCGP); grado A (SBU)**

- non stare seduti a lungo: **grado I (ICSI)**

- più a lungo ci si astiene dal lavoro, più basse sono le possibilità di tornarci: **grado A (RCGP)**

- se è possibile, continuare il lavoro o tornare al lavoro quanto prima: **grado C (RCGP)**

- il riposo a letto per più di 4 giorni può portare a debilitazione per cui non è raccomandato nel MDS, **grado B (RCGP)**; la maggior parte dei pazienti non richiede riposo a letto, salvo nei pazienti con sciatica severa in cui il riposo a letto può essere una opzione per 2-4 giorni: **grado I (ICSI)**

- il riposo a letto per 2-7 giorni nel MDS con o senza sciatica è peggiore del placebo o del mantenimento della normale attività, **grado A (RCGP)**; il riposo a letto è dannoso: **grado A (SBU)**

- sconsigliare il riposo a letto sia per la lombalgia che per la lombosciatalgia: **grado B (ANAES)**

- vi sono piccole differenze nello stato funzionale e nella perdita di giorni di lavoro a favore di chi sta attivo rispetto a chi riposa a letto per 2 giorni: **revisione Cochrane, livello 2 (CeVEAS)**

- in pazienti con sciatica non ci sono differenze fra rimanere attivo o riposare a letto per 14 giorni: **revisione Cochrane, livello 2 (CeVEAS)**

- esercizi specifici non sono efficaci per il trattamento della lombalgia acuta: **grado A (RCGP); grado A (ASR ER)**

- consigliare attività motoria a basso impatto (nuoto, camminare) dopo la fase più acuta: **grado B (ASR ER)**

- la terapia comportamentale sembra essere una cura efficace per pazienti con lombalgia cronica, ma ancora non si conosce quale tipo di paziente possa beneficiarne maggiormente e di quale tipo di terapia comportamentale: **revisione Cochrane, livello 1 (CeVEAS)**

Farmaci:

- i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) sono un rimedio sintomatico efficace nella lombalgia acuta; non ci sono differenze fra un FANS e l'altro: **revisione Cochrane, livello 1 (CeVEAS); grado A (RCGP)**
- i FANS possono avere seri effetti collaterali, particolarmente ad alte dosi e negli anziani; l'ibuprofen, seguito dal diclofenac, ha più basso rischio di complicazioni gastroenteriche: **grado A (RCGP)**
- il paracetamolo prescritto a intervalli regolari riduce la lombalgia, nello stesso modo dei FANS: **grado B (RCGP)**
- il paracetamolo con oppioidi deboli può essere efficace alternativa quando FANS o paracetamolo da solo non controllano adeguatamente il dolore; effetti collaterali sono costipazione e sonnolenza: **grado B (RCGP)**
- il paracetamolo è efficace, **grado B (SBU)**; farmaco di prima scelta: **grado A (ASR ER); grado A (RCGP)**
- i FANS sono farmaci di seconda scelta: **grado A (RCGP)**
- i miorilassanti sono efficaci nel ridurre il dolore, **grado A (RCGP)**, senza sostanziali differenze fra una molecola e l'altra, **livello 1 (CeVEAS, 22)**; causano sonnolenza per cui sono da considerare farmaci di seconda scelta: **grado D (ASR ER)**
- i miorilassanti sono efficaci nel ridurre il dolore, la tensione muscolare e aumentare la motilità dopo 1-2 settimane, ma gli effetti collaterali, specie dipendenza, **grado B (RCGP)** e rischio di cadute negli anziani, possono essere gravi: **revisione Cochrane, livello 1 (CeVEAS)**
- non ci sono giustificazioni di efficacia per usare oppioidi maggiori: **grado B (RCGP)**
- se non vi sono risultati con il trattamento conservativo, le infiltrazioni di steroidi epidurali possono ridurre a breve termine il dolore radicolare, **grado B (RCGP)**, ma vi sono poche prove che siano efficaci per il mal di schiena senza radicolopatia: **grado C (RCGP)**
- non vi sono prove di efficacia per le infiltrazioni delle faccette nella lombalgia acuta: **grado C (RCGP)**
- le infiltrazioni nei trigger e nei legamenti non sono raccomandate nella lombalgia acuta: **grado C (RCGP)**
- gli steroidi per via sistemica possono essere utili per brevi periodi nelle forme con interessamento radicolare: **grado D (ASR ER)**

Terapie fisiche:

- la manipolazione è efficace a breve termine, **grado B (ANAES); grado B (SBU)** e può essere un'opzione terapeutica per migliorare il singolo episodio, **grado A (ASR ER)**, entro le prime 6 settimane per i pazienti che non migliorano con il trattamento farmacologico, **grado A (RCGP)**. Le manipolazioni non sono indicate nella lombosciatalgia: **grado B (ANAES)**
- vi è limitata prova sugli effetti delle *back school*: **grado C (SBU)**
- TENS e terapie fisiche non sono efficaci e non sono raccomandate: **grado A (ASR ER)**

- non c'è prova circa l'efficacia di trattamenti con mezzi fisici (massaggi, caldo, freddo, diatermia a onde corte, ultrasuoni): **grado D (SBU)**
- non c'è prova circa l'efficacia dell'agopuntura: **grado D (ASR ER); grado D (SBU)**
- trazioni e corsetti non sono raccomandati: **grado D (ASR ER)**
- le solette possono essere efficaci per pazienti con lombalgia acuta che stanno in piedi per periodi prolungati, ma non vi sono prove che diano beneficio a lungo termine: **grado C (RCGP)**
- il rialzo non è raccomandato per il trattamento della lombalgia acuta con asimmetria di lunghezza degli arti inferiori minore di 2 cm: **grado C (RCGP)**

Terapia chirurgica:

- dopo un mese di terapia conservativa, è raccomandato l'invio del paziente con sciatica al chirurgo quando la sciatica è grave e disabilitante, persiste senza miglioramento o con peggioramento, ci sono prove cliniche di una compressione radicolare: **grado B (AHRQ)**
- la discectomia standard e la microdiscectomia hanno efficacia simile e sono indicate nei pazienti con ernia del disco e radicolopatia: **grado B (AHRQ)**
- i pazienti con lombalgia semplice senza segni di radicolopatia né di *red flag* non hanno bisogno di consulenza chirurgica: **grado D (AHRQ)**
- la chemionucleolisi è più efficace del placebo ed è meno invasiva, ma meno efficace, della discectomia chirurgica, che produce una remissione dell'attacco acuto più rapida rispetto al trattamento conservativo in pazienti selezionati affetti da sciatica da ernia del disco lombare; effetti positivi o negativi sulla storia naturale della patologia discale non sono chiari: **revisione Cochrane, livello 1 (CeVEAS)**
- non ci sono prove che, passato il primo periodo dopo l'intervento, gli operati per ernia del disco debbano ridurre la loro attività. Ci sono forti prove che programmi intensivi di esercizi, iniziati 4-6 settimane dopo l'intervento, riducano i tempi della ripresa funzionale e del ritorno al lavoro e non c'è prova che determinino un re-intervento; non ci sono studi che prendano in considerazione se il programma di riabilitazione attiva debba cominciare immediatamente dopo l'intervento o 4-6 settimane dopo: **revisione Cochrane, livello 1 (CeVEAS)**

Appendici

Appendice 1

Red flag

Condizioni patologiche gravi (*red flag*) responsabili del quadro lombalgico: tumore, frattura, infezione, stenosi midollare/sindrome della cauda equina, aneurisma aortico.⁴

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

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

- Sospetto di frattura:
 - traumi maggiori a tutte le età o traumi minori, anche semplice caduta, negli anziani o in affetti da grave osteoporosi (per esempio uso di prolungata terapia steroidea)
 - dolore da carico, che si attenua in clinostatismo e si accentua nelle variazioni di posizione
- Sospetto di infezione:
 - febbre
 - recenti infezioni batteriche
 - tossicodipendenza (uso di droghe per via endovenosa)
 - terapie immunosoppressive
 - HIV
 - dolore che persiste a riposo
 - area geografica di provenienza in relazione a specifiche infezioni
- Sospetto di stenosi midollare/sindrome della cauda equina:
 - sciatica uni o bilaterale con deficit sensitivi e motori (claudicatio neurologica)
 - ritenzione urinaria
 - incontinenza fecale
 - anestesia a sella

Se non c'è ritenzione urinaria, la probabilità che si tratti di una sindrome della cauda è di 1/10.000³⁵

- Sospetto di aneurisma aorta addominale:
 - età oltre 60 anni
 - dolore notturno e a riposo
 - vasculopatia aterosclerotica in altre sedi
 - massa pulsante addominale

Appendice 2

Condizioni internistiche associate a MDS

Condizioni patologiche internistiche o extrarachidee che possono dare dolore a livello lombare (patologie addominali e pelviche).

- Sospetto di massa retroperitoneale; dolore a profilo reno-ureterale; dolore utero-annessiale:
 - dolore crampiforme, compressivo o lacerante
 - dolore non influenzato dalla postura e dai movimenti
 - sensibilità ai farmaci antispastici
- Sospetto di lombalgia infiammatoria idiopatica (entesoartrite):
 - esordio del dolore <45 anni
 - andamento subdolo
 - durata superiore a 3 mesi
 - prevalenza notturno-mattutina
 - rigidità mattutina e all'inizio del movimento
 - miglioramento con il movimento
 - elevata sensibilità ai FANS
 - storia di entesiti persistenti, ricorrenti e multiple
 - presenza di mono-oligoartrite localizzata agli arti inferiori
 - storia familiare o presenza di psoriasi, colite ulcerosa, morbo di Crohn, uveiti anteriori acute ricorrenti, spondiloartriti nei consanguinei

Appendice 3

Yellow flag

Condizioni psicosociali di rischio di disabilità cronica e perdita del lavoro (*yellow flag*) nel paziente lombalgico.^{27, 36}

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

Riportiamo la valutazione clinica tratta dalle linee guida neozelandesi sul mal di schiena, perché ci sembrano proponibili anche nella nostra realtà, nonostante abitudini, contesti, atteggiamenti socio-culturali e ambientali sicuramente diversi. Questi capitoli (Atteggiamenti e credenze sul mal di schiena, Comportamenti, Meccanismi di compensazione, Emozioni, Famiglia e Lavoro) sono stati usati per convenienza nel tentativo di rendere il lavoro più facile. All'interno di ogni categoria i fattori più importanti sono riportati per primi.

Atteggiamenti e credenze sul mal di schiena:

- credere che il dolore sia nocivo o inabilitante con conseguente comportamento di timore-evitamento: cautela e paura del movimento, per esempio

- credere che il dolore debba scomparire completamente prima di tentare di tornare al lavoro o alle normali attività
- aspettarsi aumento del dolore con l'attività o il lavoro
- atteggiamento catastrofico, pensando il peggio, sopravvalutando i sintomi corporei
- credere che il dolore sia incontrollabile
- atteggiamento passivo verso la riabilitazione

Comportamenti:

- riposo protratto
- livello di attività ridotto con significativo abbandono delle attività del vivere quotidiano
- irregolare partecipazione e scarsa *compliance* per l'attività fisica
- sfuggire la normale attività e cambiamento progressivo dello stile di vita, allontanandosi dalle attività produttive
- riferire di dolore di intensità estremamente alta, per esempio, superiore a 10 nella scala dell'Analogo visivo, tarata da 0 a 10
- eccessivo bisogno di aiuti e presidi
- qualità del sonno ridotta dall'inizio del dolore alla schiena
- alto consumo di alcool o altre sostanze (anche come automedicazione), con un aumento dall'inizio del dolore alla schiena
- fumare

Meccanismi di compensazione:

- mancanza di incentivi finanziari per tornare al lavoro
- contenziosi economici
- storia di rivendicazioni per altri infortuni o problemi di dolore
- storia di protratta astensione dal lavoro dovuta a malattie o altri problemi di dolore (per esempio più di 12 settimane)
- storia di precedente dolore alla schiena con rivendicazioni e assenze dal lavoro
- precedente incompetente gestione diagnostica e terapeutica (per esempio assenza di interesse, percezione di essere trattato in modo punitivo)
- disabilità dichiarata dai medici, non seguita da interventi tesi a migliorare la funzione
- storia di diagnosi o spiegazioni contrastanti sul dolore alla schiena, con conseguente confusione
- linguaggio teso alla drammatizzazione e alla paura (per esempio timore di «finire su una sedia a rotelle»)
- drammatizzazione del mal di schiena da parte dei sanitari che tende a produrre dipendenza dai trattamenti e persistenza di trattamenti passivi
- alto numero di visite mediche nell'ultimo anno (a parte l'episodio attuale di dolore alla schiena)

- aspettativa di interventi tecnologici, per esempio, richieste di trattamento come se il corpo fosse una macchina
- mancanza di soddisfazione per trattamenti precedenti
- consiglio di ritirarsi dal lavoro

Emozioni:

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

Famiglia:

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

Lavoro:

- storia di lavoro manuale, specie:
 - pescatori
 - agricoltori
 - muratori e carpentieri
 - infermieri
 - autisti
 - manovali
- storia del lavoro, comprese le variazioni delle mansioni, gli sforzi, il malcontento, i rapporti difficili con i colleghi o i dirigenti, la mancanza di un lavoro che piace
- credere che il lavoro sia nocivo; che farà danni o sarà pericoloso
- ambiente di lavoro sfavorevole e mal tollerabile
- basso livello d'istruzione e stato socioeconomico
- occupazione che richiede requisiti biomeccanici significativi, come sollevare e maneggiare articoli pesanti o vibranti, stare seduto o in piedi a lungo, guidare, mantenere posizioni coatte continue, sostenere elevati ritmi di lavoro senza pause

- occupazione che richiede lavoro a turno o a ore poco accettabili socialmente
- esperienza negativa di gestione del mal di schiena sul posto di lavoro (per esempio assenza di un sistema di segnalazione, scoraggiamento al rapporto, risposta punitiva dei soprintendenti e dei responsabili)
- assenza di interesse del datore di lavoro

NB. Si ricorda che la domanda chiave da considerare nella conduzione di questa valutazione clinica è: «Cosa può essere fatto per aiutare questa persona ad avvertire meno afflizione e inabilità?».

Appendice 4

L'approccio comportamentale per fattori psicosociali

Anche per l'approccio comportamentale riportiamo l'elaborazione presente nelle linee guida neozelandesi sul mal di schiena.²⁷

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

1. Fornire un'aspettativa positiva per il ritorno al lavoro e alla normale attività. Fare in modo che il datore di lavoro manifesti interesse. Se il problema persiste oltre 2-4 settimane, fornire spiegazioni realistiche su cosa potrebbe accadere (per esempio la perdita del lavoro, dovendo ricominciare da capo, la necessità di cominciare la riattivazione con una idoneità ridotta, eccetera).
2. Essere preciso nel programmare regolari controlli. Nel condurre questi controlli, spostare l'attenzione dal sintomo (dolore) alla funzione (livello di attività). Invece di chiedere «quanto ti fa male?», chiedere «cosa hai potuto fare?». Mantenere interesse nei miglioramenti, non importa se piccoli. Se un altro sanitario è coinvolto nel trattamento o nella gestione, precisare obiettivi e tempi dei controlli. I rinvii sono da evitare.
3. Mantenere il paziente attivo e sul lavoro, se possibile, anche per una piccola parte del giorno. Ciò contribuirà a mantenere l'abitudine al lavoro e le relazioni lavorative. Considerare richieste ragionevoli per funzioni specifiche e modifiche sul posto di lavoro. Dopo 4-6 settimane, se il miglioramento è limitato, rivedere gli obiettivi professionali, la soddisfazione sul lavoro, tutti gli ostacoli per rinviare il ritorno al lavoro, compresi i problemi psicosociali. Una volta che le barriere per rinviare il lavoro sono state identificate, queste necessitano di essere precisate e gestite in modo appropriato. Il malcontento e l'afflizione sul lavoro non possono essere trattati con modalità organizzative.
4. Riconoscere le difficoltà per le attività della vita quotidiana, ma evitare di porre il presupposto che ogni attività e qualsiasi lavoro debba essere evitato.
5. Mantenere cooperazione positiva fra l'individuo, il datore di lavoro, i sistemi di compensazione e i sanitari coinvolti. Incoraggiare la collaborazione dove possibile. Involontarie incomprensioni possono essere dannose per il trattamento.
6. Fare uno sforzo concordato per comunicare che più si rimane fuori dal lavoro più si riduce la

probabilità di un ritorno al lavoro. Infatti, i periodi più lunghi di assenza dal lavoro riducono la probabilità di ritornare al lavoro. Alla 6ª settimana, fare il punto della situazione considerando l'attitudine vocazionale, modifiche della mansione, eccetera.

7. Stare allerta per la presenza di credenze personali per cui si dovrebbe rimanere fuori dal lavoro fino a quando il trattamento non abbia dato guarigione completa; vigilare sulle aspettative di rimedi tecnologici.

8. Promuovere l'*auto-management*, la responsabilizzazione. Consigliare lo sviluppo di *self-efficacy* per riprendere il lavoro. Informare che sviluppare *self-efficacy* dipenderà dagli incoraggiamenti e dai *feedback* ai diversi trattamenti. Se la ripresa richiede soltanto l'abilità di adottare una nuova postura, allora è improbabile essere influenzato da incoraggiamenti e *feedback*. Tuttavia, se il recupero richiede la necessità di superare un impulso avversivo, quale timore di movimento (kinesiofobia), allora saranno utilizzati prontamente sia incoraggiamenti che *feedback*.

9. Essere preparato per chiedere una seconda opinione, se questo non provoca un lungo e inabilitante ritardo. Usare questa opzione specialmente se può contribuire a chiarire l'utilità di un'ulteriore definizione diagnostica. Essere preparato a dire «io non lo so» piuttosto che fornire elaborate spiegazioni basate su speculazioni.

10. Nella raccolta dei sintomi evitare di farsi disorientare dallo stato emozionale. La gente angosciata cerca più aiuto ed è portata più facilmente a ricevere cure mediche continue. Focalizzare l'attenzione esclusivamente sul controllo dei sintomi è probabile che non sia utile se non ci si occupa dello stato emozionale.

11. Evitare di suggerire (persino involontariamente) di svolgere o portare il lavoro a casa per controllare il mal di schiena. Questo messaggio, in effetti, permette al dolore di diventare il rinforzo per l'attività: produrre una sindrome da disattivazione con tutte le conseguenze negative. Il lavoro autonomo implica quasi sempre il lavoro più duro.

12. Incoraggiare le persone ad accettare, fin dall'inizio, che il dolore può essere controllato e gestito in modo da potere effettuare una normale vita attiva e di lavoro. Fornire incoraggiamento per tutti i «buoni» comportamenti – comprese le modalità alternative di effettuare mansioni, mettendo a punto abilità sostitutive.

13. Se le barriere per tornare al lavoro sono identificate e il problema è troppo complesso da gestire, si suggerisce l'invio a un team multidisciplinare.

Appendice 5

Test di Waddel

Il test di Waddel è utile per identificare fattori psicosociali nel dolore e nella disabilità protratti.²² E' composto da 5 sezioni, se almeno 3 risultano positive c'è alta probabilità di patologia non organica.

1. Test distrazionali. L'obiettivo del test è distrarre il paziente per vedere se una manovra trovata positiva risulta negativa se il paziente è distratto. La manovra più utilizzata è quella di Lasegue, la

più conosciuta anche dai pazienti, specie se affetti da lombalgia cronica e quindi con storia di molte visite. Il paziente può evocare dolore durante il classico sollevamento della gamba in posizione supina, mentre in posizione seduta a gambe di fuori l'occasionale sollevamento della gamba non reca alcun dolore indicando come la positività del Lasague da supino sia stato un segno non organico. Salvo rari casi, il paziente non deve essere giudicato un simulatore: è possibile che in altre occasioni abbia accusato molto dolore durante il test e adesso si protegga pensando di anticipare la comparsa del sintomo.

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

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

- **carico assiale:** test positivo quando il paziente in piedi avverte lombalgia se viene applicata con le mani del medico una spinta di circa 1-2 kg sulla testa o sulle spalle. In nessun caso, infatti, tale spinta può accentuare sintomi lombalgici e la risposta positiva evoca significato non organico, ma funzionale;
- **rotazione:** a paziente in piedi si ruota passivamente il tronco in modo che spalle e bacino rimangano sullo stesso piano, in questo modo non vi è alcuna rotazione della colonna e la comparsa di dolore rende il test positivo per risposta comportamentale (solo se vi è irritazione radicolare, ci potrebbe essere leggera trazione sulla radice).

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

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

- **debolezza:** a dispetto di un riferito deficit di forza che interessa diversi miotomeri, senza plausibile spiegazione anatomica, il paziente quando non è valutato compie gli atti quotidiani della vita; alla visita, la resistenza che il muscolo offre alla forza applicata non è continua, ma a scatti oppure con un cedimento improvviso;
- **alterazione della sensibilità:** non corrisponde a un dermatomero ma ha distribuzione a calzino o interessa metà corpo o tutta la circonferenza di un arto.

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

Ricordiamo che il test di Waddel:

- si esegue dopo aver escluso cause organiche

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

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

Appendice 6

Criteri di utilizzo dei FANS

Strategie per ottimizzare il rapporto costi-rendimento nella terapia con FANS (Greene et al, modificato).³⁷

1. Avviare la terapia con paracetamolo (fino a 4 g ripartiti nelle 24 ore).
2. Se si ricercano effetti antinfiammatori o il paracetamolo non è sufficiente per tenere sotto controllo i sintomi, si può passare all'ibuprofene.
3. Si eviti di usare più di un FANS contemporaneamente.
3. Si inizi con piccole dosi e si aumenti solo se necessario.
4. Si concedano 2 settimane per il massimo degli effetti antinfiammatori e si limiti la prescrizione iniziale a questo ammontare.
5. Se si provano svariati FANS e tutti producono effetti simili, si ritorni all'uso del farmaco ben tollerato e meno costoso.
6. Si usino terapie profilattiche contro le ulcere (come misoprostolo o inibitori di pompa) solo per pazienti che sembrano particolarmente ad alto rischio.
7. Se insorgono danni ai reni per l'uso di FANS, si prenda in considerazione l'acido salicilico come il meno costoso dei farmaci che «preservano i reni».

Note

1. Deyo RA. Il mal di schiena. *Le Scienze* 1998; 363: 101-6.
2. Borenstein DG Low back pain, in *Practical rheumatology*. Times Mirror International Limited, 1995.
3. Bigos S et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline Quick reference guide number: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Pub. No. 95-0643. December 1994.
4. Deyo RA, Philips WR. Low back pain. A primary care challenge. *Spine* 1996; 21 (24): 2826-32.
5. Giovannoni S, Stefanacci S. L'attività del medico di famiglia. *SIMG* 1, 2000 pp. 10-12; *SIMG* 2, 2000 pp. 12-14; *SIMG* 3, 2000 pp. 8-10. *Il sole24 ore Sanità*, 1-7 agosto 2000 p. 28.
6. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Eng J Med* 2001; 344 (5): 363-70. Selezionato e tradotto da GSS, Fascicolo 1, 2002.
7. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25 (9): 1148-56. Selezionato e tradotto da GSS, Fascicolo 4, 2001.
8. Hoogendorn WE, van Poppel MNM, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000; 25 (16): 2114-25. Selezionato e tradotto da GSS, Fascicolo 4, 2001.
9. Deyo RA, Bass JE. Lifestyle and low back pain: the influence of smoking and obesity. *Spine* 1989; 14: 501-6.
10. Leboeuf-Y de C. Body Weight and low back pain. A systematic literature review of 56 journal articles reporting on Epidemiologic studies. *Spine* 2000; 25 (2): 226-37. Selezionato e tradotto da GSS, Fascicolo 3, 2001.
11. Goldberg MS, Scott SC, Mayo NE. A review of the association between cigarette smoking and the development of nonspecific back pain and related outcomes. *Spine* 2000; 25 (8): 995-1014. Selezionato e tradotto da GSS, Fascicolo 3, 2001.
12. ACR Appropriateness criteria for acute low back pain radiculopathy. *Radiology* 2000; Jun. 215 (suppl): 479-85.
13. Boos N, Semmer N, Elfering A, Schade V, Gal I, Zanetti M, Kissling R, Buchegger N, Jodler J, Main CJ. Natural history of individuals with asymptomatic disc abnormalities in magnetic resonance imaging. Predictor of low back pain-related medical consultation and work incapacity. *Spine* 2000; 25 (12): 1484-92. Selezionato e tradotto da GSS, Fascicolo 3, 2001.
14. Van Tulder MW, Assendelf WJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and non-specific low back pain: a systematic review of observational studies. *Spine* 1997; 22 (4): 427-34.
15. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ*, 2001; 322: 400-5.
16. Harbour R, Miller J. for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001; 323: 334-6.
17. ISS, ASSR, CeVEAS, ZADIG. Piano nazionale per le linee guida, Manuale metodologico. Maggio 2002.
18. Deyo RA. Drug therapy for back pain. Which drugs help which patients? *Spine* 1996; 21 (24): 2840-50. Selezionato e tradotto da GSS, Fascicolo 3, 1998.
19. Giovannoni S, Mennuti N, Pulsoni R. Diagnosi: non dire lombalgia. *SIMG* 7, 2001 pp. 11-4.

20. Veterans Health Administration – Department of Defense, Federal Government Agency (US). Management of low back pain or sciatica in the primary care setting working group; ECRI maggio 2001, NGC novembre 2001.
21. Hilde G, Hagn K, Jamtvedt G, et al. Stay active for acute, subacute and chronic low back pain (Protocol for a Cochrane Review). The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2000.
22. Van Tulder MW, Koes BW, Assendelft WJ, et al. Acute low back pain: activity, NSAID's and muscle relaxants effective; bed rest and targeted exercise not effective; results of systematic reviews. Ned Tijdschr Geneesk 2000; 144: 1484-9.
23. Nacherman AL. Orientamenti attuali nel trattamento della lombalgia, Lezione magistrale, 1° Congresso SIRER (Société Internationale d'Etude et de Recherche sur le Rachis), Milano, ottobre 1995.
24. Hadler N. Occupational musculoskeletal disorders, recensito in GSS News, Anno IV, Numero 3, 23 aprile 2001.
25. ASR – Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna. Linee guida cliniche per la diagnostica e la terapia della lombalgia acuta e cronica. 2000.
26. Waddel G, McCulloch JA, Kummel E, Venner RM. Non organic physical signs in low back pain. Spine 1980; 5: 117-25.
27. NZGG, New Zeland Guidelines Group. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. In New Zeland acute low back pain guide. Guideline Library. New Zeland, 1998. Enigma Publishing ltd.
28. Koes B, Scholten R, Mens J, et al. Epidural steroid injections for low back pain and sciatica: an updated systematic review of randomised controlled trials. In: Van Tulder MW, Koes BW, Assendelft WJ, et al., editors. The effectiveness of conservative treatment of acute and chronic low back pain. Amsterdam: EMGO Institute, 1999: 320-40.
29. Clinical utility of surface EMG: Report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2000 Jul 25; 55 (2): 171-7.
30. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low back pain and sciatica (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, numero 2, 2000. Oxford: Update Software.
31. ICSI Institute for Clinical System Improvement. Bloomington (MN) Adult low back pain. 2001 May. p. 50.
32. Van Tulder MW et al. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain: a systematic review of observational studies. Spine 1997; 22 (4): 427-34.
33. NGC National Guideline Clearinghouse. Summary of Adult low back pain by ICSI, 2001 May. Completed by ECRI and updated on March 8, 2002.
34. Guideline for hospitalization for low back pain. Washington State Department of Labor and Industries, 1999 Jun. p. 4.
35. Referral Advice – A guide to appropriate referral from general to specialist services. London: NICE, December 2001.
36. RCGP The Royal College of General Practitioner. Clinical guidelines for acute low back pain. GB, April 1998.
37. Greene JM, Winickoff RN. Cost-conscious prescribing of non steroidal antinflammatory drugs. Arch Intern Med 1992; 152 (10): 1995-2002.

