

# LE LINEE GUIDA, UNA PROPOSTA OPERATIVA

*l'ipotesi di flow chart del gruppo di studio finanziato  
dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana  
di Medicina Generale*



**ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI FIRENZE**

*"55 anni al servizio dello sport"*

Homère Mouchaty

Clinica Neurochirurgica  
Università di Firenze



# LE LINEE GUIDA, UNA PROPOSTA OPERATIVA

*l'ipotesi di flow chart del gruppo di studio finanziato  
dal Ministero della Salute e dalla Società Italiana  
di Medicina Generale*

---

**Percorsi diagnostico terapeutici  
per l'assistenza ai pazienti  
con mal di schiena  
*a cura di***

**Stefano Giovannoni, Silvia Minozzi, Stefano Negrini**

<http://www.gss.it/lombalgia/PDTLombalgia.pdf>

# LE LINEE GUIDA, UNA PROPOSTA OPERATIVA

## Società scientifiche aderenti al progetto

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

# LE LINEE GUIDA, UNA PROPOSTA OPERATIVA

- GRANDE SPRECO DI RISORSE (esami, visite specialistiche, ricorso a farmaci o trattamenti fisioterapici)
- DEMEDICALIZZARE, assicurare ed evitare la cronicizzazione biopsicosociale
- CONOSCERE ED INFORMARE la non-malattia nei suoi stadi precoci (evitando anche mezzi diagnostici) – causa e prognosi –
  - ATTIVITÀ E LAVORO: invitare il paziente a mantenersi attivo
  - CREARE IL TEAM CORRETTO per la fase acuta o per le eventuali bandiere rosse

---

*Perché una guida?*

# LE LINEE GUIDA, UNA PROPOSTA OPERATIVA

- PER EVITARE SCELTE INGIUSTIFICATE
  - PER UNIFICARE IL PERCORSO
- PERCHÉ IL MAL DI SCHIENA È FREQUENTE E VUOLE ESSERE CONOSCIUTO COME IPERTENSIONE, DIABETE, DEPRESSIONE O ALTRE MALATTIE CURATE INIZIALMENTE DAL MEDICO DI FAMIGLIA
- TRASFORMARE LA TERAPIA DA SINTOMATICA A RIABILITATIVA BASATA SULLA FUNZIONALITÀ
- PREPARARSI A RICONOSCERE ERNIA, SCOLIOSI, STENOSI, O ALTRE MALATTIE ALLARMANTI.

*Per il medico e quindi per il paziente*

Percorsi diagnostico terapeutici per  
l'assistenza ai pazienti con mal di schiena  
Progetto 2003  
*Finanziamento del  
Ministero della Salute e  
Società Italiana di Medicina Generale*

**Efficaci per lombalgia acuta:**

*FANS*

*Miorilassanti (solo benzodiazepine)*

*Raccomandazioni di restare attivi*

*Manipolazioni (efficaci sul dolore ma non sull'outcome), pericolose in mani inesperte*

***Solo probabilmente utili:*** *discectomia e microdiscectomia*

**Efficaci per lombalgia cronica:**

*FANS, Antidolorifici (Tramadolo), Paracetamolo*

*Antidepressivi*

*Terapia comportamentale + esercizio fisico*

*Manipolazioni ma non oltre 6 settimane*

*Manipolazioni (efficaci sul dolore ma non sull'outcome)*

***Solo probabilmente utili:*** *discectomia e microdiscectomia*

Percorsi diagnostico terapeutici per  
l'assistenza ai pazienti con mal di schiena  
Progetto 2003  
*Finanziamento del  
Ministero della Salute e  
Società Italiana di Medicina Generale*

## Tipi di mal di schiena:

1. Da escludere **patologie specifiche** (età, sesso, anamnesi e presenza di dolore prevalentemente notturno, uso prolungato di corticosteroidi, sensibilità ai FANS): lesioni tumorali primitive o secondarie, infezione, patologie infiammatorie, frattura da osteoporosi, aneurisma aorta, colica renale.

**1. Lombalgia acuta:** dolore non oltre il ginocchio < 1 mese

**2. Lombalgia subacuta:** 1-3 mesi

**3. Lombalgia ricorrente:** episodi di durata < 1 mese

**4. Lombalgia cronica**

**5. Lombosciatalgia/cruralgia:** Irradiazione, Wasserman - Lasègue

**6. A rischio (visita neurochirurgica urgente):** presenza di deficit o di sindrome della cauda equina (sfintere/detrusore)

Percorsi diagnostico terapeutici per  
l'assistenza ai pazienti con mal di schiena  
Progetto 2003  
*Finanziamento del  
Ministero della Salute e  
Società Italiana di Medicina Generale*

**Lombalgia acuta** (all'insorgenza e a 2 settimane)

**Valutare:** fattori psicosociali, postura, tipo di lavoro

**Esami strumentali:** nessuno

**Clinica:** Wasserman, Lasègue, presenza di deficit

**Trattamento di lombalgia aspecifica:**

Rimanere attivi se possibile, non lasciare il lavoro se possibile, esercizi aspecifici

FANS, paracetamolo

Manipolazioni fra 3 settimana e 6 settimana

Percorsi diagnostico terapeutici per  
l'assistenza ai pazienti con mal di schiena  
Progetto 2003  
*Finanziamento del  
Ministero della Salute e  
Società Italiana di Medicina Generale*

## Lombosciatalgia acuta (all'insorgenza e a 2 settimane)

**Valutare:** fattori psicosociali, postura, tipo di lavoro

**Esami strumentali:** nessuno

**Clinica:** Wasserman, Lasègue, presenza di deficit

## Trattamento di lombalgia aspecifica:

Rimanere attivi se possibile altrimenti breve riposo, non lasciare il lavoro se possibile, esercizi aspecifici

FANS, paracetamolo, steroidi per brevi periodi, tramadolo se dolore intenso, infiltrazioni epidurali (risultato transitorio)

Inviare al chirurgo se: progressione del dolore (30gg), deficit, limitazione al lavoro.

**Terapie con discectomia percutanea, laser, Ozono non hanno dato esiti convincenti**

Percorsi diagnostico terapeutici per  
l'assistenza ai pazienti con mal di schiena  
Progetto 2003  
*Finanziamento del  
Ministero della Salute e  
Società Italiana di Medicina Generale*

**Lombalgia sub-acuta (oltre 4 settimane)**

**Valutare:** fattori psicosociali, postura, tipo di lavoro

**Esami strumentali:** Rx (anomalie congenite, listesi, scoliosi)

**Clinica:** Wasserman, Lasègue, presenza di deficit

**Lombosciatalgia sub-acuta (oltre 4 settimane)**

**Valutare:** fattori psicosociali, postura, tipo di lavoro

**Esami strumentali:** RMN

**Clinica:** Wasserman, Lasègue, presenza di deficit, claudicatio

In caso di incongruenza fra clinica ed immagini, richiedere visita specialistica.

**Altrimenti:** attività fisica, terapia fisica, manuale

Percorsi diagnostico terapeutici per  
l'assistenza ai pazienti con mal di schiena  
Progetto 2003  
*Finanziamento del  
Ministero della Salute e  
Società Italiana di Medicina Generale*

## Lombalgia cronica

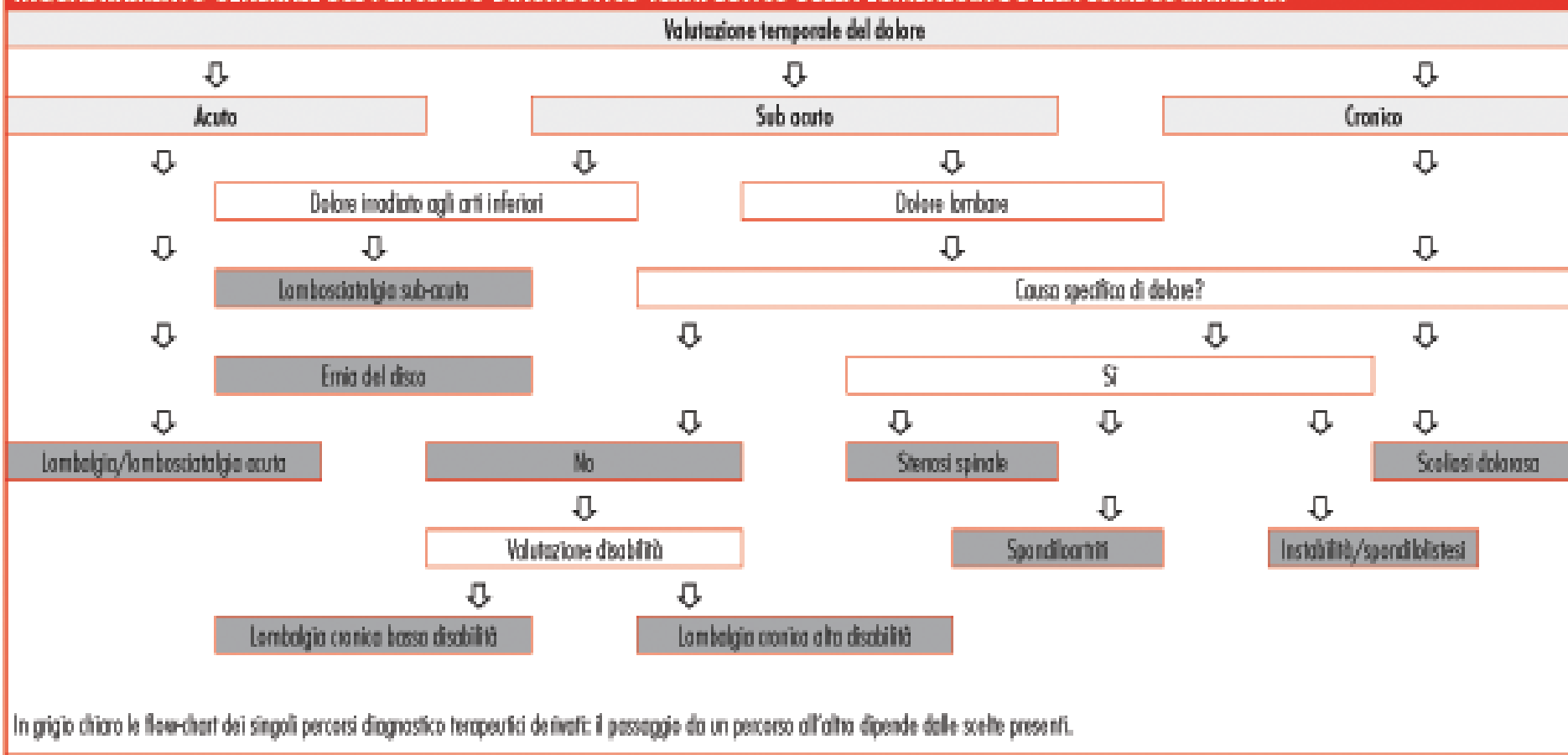
**Valutare:** fattori psicosociali, postura, tipo di lavoro

**Richiedere visita specialistica:** secondo il grado di invalidità  
terapia conservativa / terapia chirurgica con o senza  
artrodesi (solitamente dopo 3 mesi - 2 anni di sintomatologia  
cronica resistente alla terapia fisica e/o in presenza di dati  
franchi e congruenti sull'imaging: scoliosi degenerativa,  
stenosi, instabilità, ernia – paziente considera terapia  
chirurgica - )

**EMG:** solo in caso di incongruenza imaging/sintomo

## PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA/LOMBOSCIATALGIA ACUTA

### INQUADRAMENTO GENERALE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELLA LOMBALGIA E DELLA LOMBOSCIATALGIA



Forza

# PAZIENTE ADULTO CON MAL DI SCHIENA ACUTO

con anamnesi ed esame obiettivo, sospetti cause gravi ("semafori rossi")?

A  
B  
B  
B  
B

NO

**tumore:** età > 50 anni, storia di K, perdita peso, no miglioramento dopo 4-6 sett. (1) dolore ingrovescente continuo, a riposo e notturno  
**frattura:** età avanzata, sesso femminile, dolore da carico, trauma, osteoporosi, uso cronico di corticosteroidi, precedenti fratture da compressione  
**sindrome della coda equina:** ritenzione urinario, anestesia a sella, idette tono stiratore anale, sciatico uni o bilaterale, deficit sensitivo-motori  
**aneurisma aorta:** età > 60 anni, aterosclerosi, massa pulsante addome, dolore notturno, a riposo, irradiazione sciatologica  
**infezione:** febbre, recenti infezioni, tossicodipendenza, HIV, il immunosoppressiva, dolore anche a riposo, notturno, area di provenienza  
**lombalgia infiammatoria:** età < 45 anni, dolore notturno/mattutino, sensibilità ai FANS, migliora col movimento, inizio subdolo, rigidità durata > 3 mesi, storia di entesiti e/o mono-oligoartriti, uveite anteriore acuta presenza o familiarità per spondilite, colite ulcerosa, m. di Crohn, psoriasi

SI

tumore  
 frattura  
 sindrome della coda equina (2)  
 aneurisma aorta  
 infezione  
 lombalgia infiammatoria

VES, RM  
 RX  
 valutazione chirurgica urgente  
 valutazione chirurgica, eco addome urgente  
 RM  
 PDT spondilite

con anamnesi ed esame obiettivo, sospetti cause viscerali ("semafori rossi")?

C

NO  
SI

origine non uroterale, massa retroperitoneale, dolore utero-annessiale: sensitività addome positiva, dolore non correlato al movimento

eco addome

è presente dolore irradiato oltre il ginocchio? (3)  
è presente cruralgia (dolore inguine e/o faccia anteriore della coscia)?

B  
B  
B  
B

NO  
NO  
NO  
NO

**L3** Wassermann positivo, ROT patellare ridotta/assente, riduzione forza estensione ginocchio  
**L4** Wassermann/Losègue (4) positivi, ROT patellare ridotta/assente, riduzione forza dorsiflessione piede ed estensione ginocchio, alterazione sensibilità piede (interno)  
**L5** Losègue positivo, ROT achilleo presente, riduzione forza flessione dorsale alluce e dita, alterazione sensibilità piede (dorso)  
**S1** Losègue positivo, ROT achilleo ridotto/assente, riduzione forza flessione plantare piede/alluce, alterazione sensibilità piede (esterno)

SI

LOMBALGIA NON SPECIFICA

LOMBOSCIATALGIA / LOMBOCRURALGIA

## **Valutazione del paziente con lombalgia non specifica**

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

### **Anamnesi**

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

### **Esame obiettivo**

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

### **Diagnostica strumentale**

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

## **PAZIENTE CON LOMBOSCIATALGIA/CRURALGIA**

***L'esame neurologico è raccomandato per valutare la radiculopatia***

### ***Esame neurologico***

- 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 del dolore è sintomo sensibile
- negli anziani il SLR test può essere normale, anche in presenza di una compressione radicolare
- steppage per danno motorio completo L4 L5 esige valutazione chirurgica urgente
- dolore persistente all'arto inferiore, atipico e/o con manovra di Lasègue negativa, o nuovi/progressivi deficit neuromotori richiedono valutazione specialistica neurologica

### ***Diagnostica strumentale***

- la sensibilità dell'esame elettromiografico è estremamente bassa nel valutare il significato predittivo rispetto al danno assonale della radice nelle prime 4 sett.
- la valutazione dell'esperto di neurofisiologia è utile quando la diagnosi eziologica o di livello non sono chiare, o si ha interesse a informazioni neurofisiologiche di valore prognostico, o comunque
- a monitorare/documentare con mezzi obiettivi il deficit funzionale
- TC e RM non raccomandate in assenza di sciatica iperalgica o deficit motorio improvviso o progressivo nelle prime 4-6 sett.
- TC e RM raccomandate, dopo 4-6 sett., in presenza di sintomi e segni di impegno radicolare tali da prospettare l'intervento chirurgico
- RM è l'esame di 1a scelta per ricercare un conflitto disco-radicolare, in alternativa la TC
- i risultati degli esami strumentali devono essere correlati al dato clinico
- il dato clinico-strumentale deve essere spiegato al paziente
- la diagnosi per immagini di ernia del disco è patologicamente significativa solo se accompagnata dal dato clinico
- denuncia obbligatoria di ernia discale lombare in pazienti esposti ad alcuni rischi professionali (D.M. 27/04/2004)

(5)

## Trattamento del paziente con lombalgia non specifica

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

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

- 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, salvo limitate possibilità di cronicizzazione
- raccomandare di rimanere attivi e, se possibile, non lasciare il lavoro. Se interrotto, riprendere il lavoro, anche se presente lombalgia, nel caso in cui gli incarichi possano essere modificati e/o alleggeriti: questo provvedimento comporta una remissione più rapida dei sintomi ed una riduzione delle recidive
  - sconsigliare il riposo a letto
  - non ci sono esercizi specifici per la lombalgia acuta

### **Terapia farmacologica (6)**

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

### **Terapia fisiche**

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

### **Terapia chirurgica**

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

## **Trattamento del paziente con lombosciatalgia/cruralgia**

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

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

- riposo a letto è sconsigliato, salvo 2-4 giorni per sciatica severa
- continuare l'abituale attività, nei limiti del dolore, e rimanere attivi
- 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

### ***Terapia farmacologica (6)***

- steroidi per via sistemica possono essere utili per brevi periodi
- paracetamolo, FANS, miorellassanti, tramadolo sono utili per ridurre la sintomatologia dolorosa (vedi MDS non specifico)
- paracetamolo con oppioidi deboli può essere efficace alternativa quando FANS o paracetamolo da soli non controllano il dolore
- se non vi sono risultati con trattamento farmacologico, le infiltrazioni di steroidi epidurali possono ridurre a breve termine il dolore radicolare

### ***Terapia fisiche***

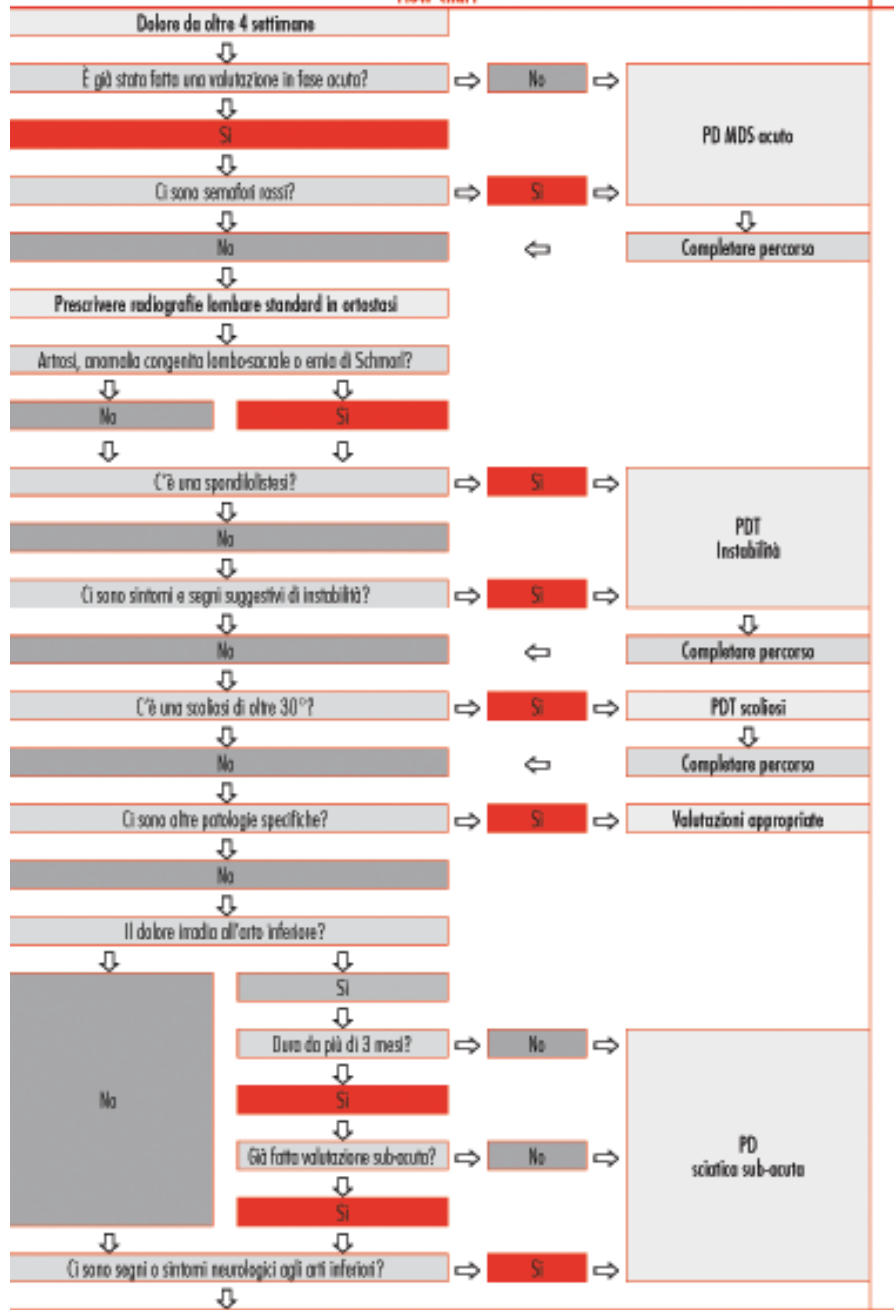
- le manipolazioni sono controindicate
- TENS e terapie fisiche (massaggi, ultrasuoni, diatermia a onde corte) non sono utili
- l'agopuntura non è efficace

### ***Terapia chirurgica***

- dopo un mese di terapia conservativa è indicato l'invio al chirurgo quando la sciatica 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 (PDT ernia discale) solo se c'è peggioramento neurologico oppure 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 efficace se non c'è miglioramento con la terapia conservativa
  - la scelta fra microdiscectomia e discectomia dipende dall'esperienza del chirurgo e dalle risorse disponibili
  - discectomia percutanea e discectomia laser vanno considerate ancora sperimentali
- non ci sono prove che gli operati di ernia del disco debbano ridurre la loro attività della vita quotidiana nell'immediato postchirurgico
  - programmi intensivi di esercizi, iniziati 4-6 sett. dopo l'intervento, riducono i tempi della ripresa funzionale e del ritorno al lavoro, ancora non sappiamo se possano essere iniziati subito dopo l'intervento
  - non c'è ragione per limitare l'attività fisica a distanza dell'intervento chirurgico per limitare l'attività fisica
  - valutazione psicologica precedente l'intervento chirurgico

**RSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA/LOMBOSCIATALGIA SUB-ACUTA**

Flow-chart

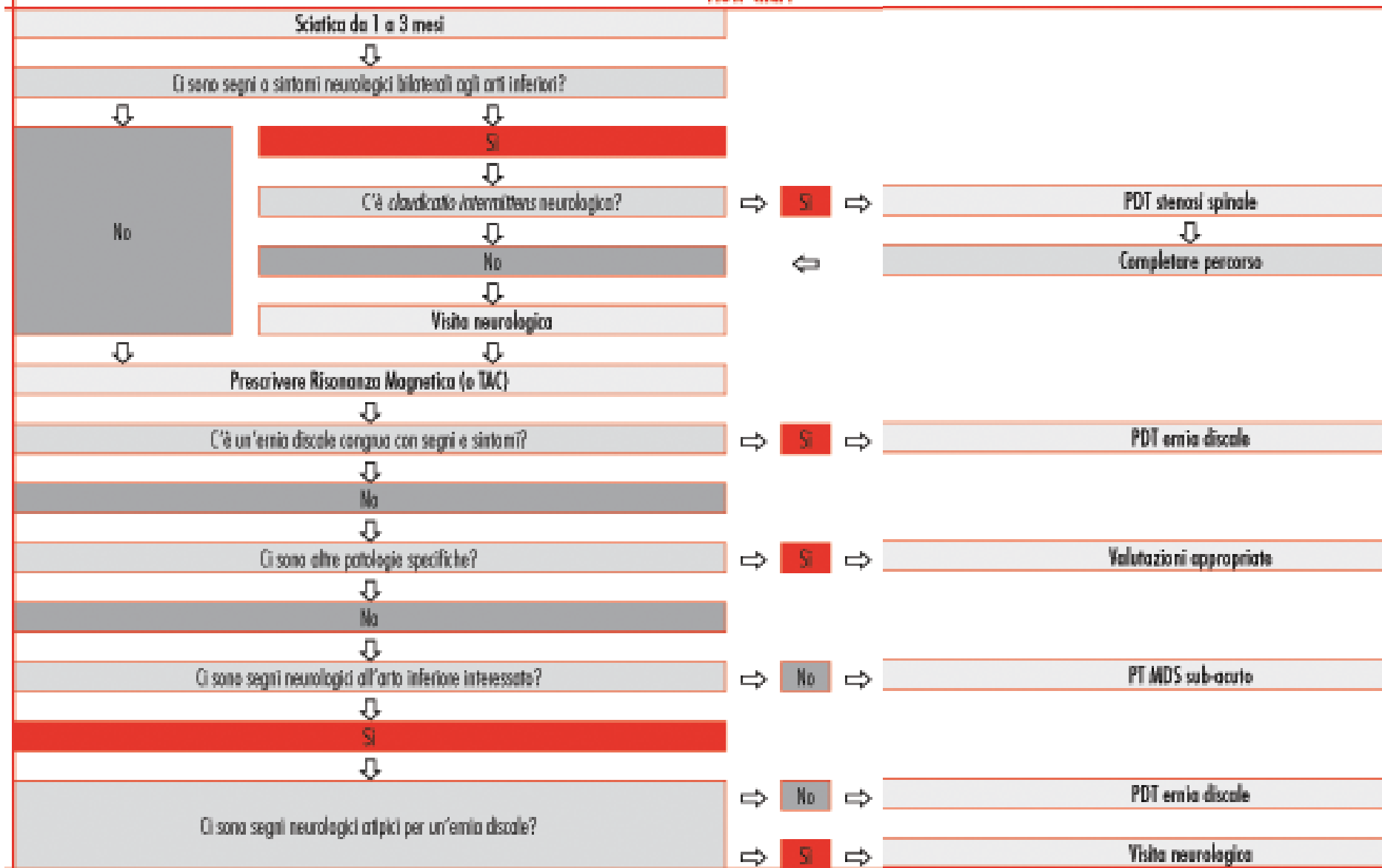


percorso diagnostico dolore di origine lombare da oltre 7 mesi



# DIAGNOSTICO SCIATICA O CRURALGIA DA 1 A 3 MESI

## Flow-chart



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

## TERAPEUTICO MAL DI SCHIENA DA 1 A 3 MESI

*Il paziente è in questa fase ad elevato rischio di cronicizzazione. Obiettivo principale del trattamento è evitarla tramite interventi precoci e mirati complessivi sui fattori di rischio bio-psico-sociali*

*La terapia sintomatica può essere necessaria, ma per evitare la cronicizzazione non si può prescindere da un intervento multidisciplinare di tipo psico-sociale*

Azioni	Contenuti
Spiegazioni	La guarigione può essere lenta Non ci sono patologie gravi Evitare il riposo a letto Ulteriori esami diagnostici sono inutili Imparare a controllare il dolore Si deve affrontare e non subire il dolore
Interventi su attività quotidiane e lavoro	Continuare/riprendere gradualmente Eventualmente modificare/alligierire la mansione lavorativa Controllo delle posture Riduzione momentanea degli sforzi fisici, se necessario Riduzione dello stress
Interventi sull'attività fisica	Sulite attività aerobica a basso impatto Iniziare attività fisica preferita gradualmente Mantenere con costanza Effettuarla almeno 2 ore alla sett.
Terapia sintomatica	Paracetamolo con o senza oppioidi FANS Miorlassanti ad effetto centrale Terapie manuali Terapie fisiche Esercizi a scopo ortotico
Invio ad équipe multidisciplinare esperta	Rivalutazione diagnostica completa Terapie sistematiche  Terapia cognitivo-comportamentale individuale Back school di gruppo (educazione + esercizi) Esercizi specifici individuali Trattamento multidisciplinare con sopralluogo sul lavoro

## ASI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA LOMBALGIA/LOMBOSCIATALGIA CRON PERCORSO TERAPEUTICO MAL DI SCHIENA DA O

*La risoluzione del dolore cronico riguarda meno del 5% dei pazienti. In caso di lieve disabilità, l'obiettivo 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*

### Azioni

#### Spiegazioni

#### Interventi su attività quotidiane e lavoro

#### Interventi sull'attività fisica

#### Invio al medico esperto di patologie vertebrali

#### Terapia multidisciplinare d'équipe

Vedi note sottostanti

### Contenuti

Non ci sono patologie gravi  
Difficile eliminare del tutto il dolore  
Il dolore può essere ridotto  
Si può vivere meglio e ridurre la disabilità  
Si deve affrontare e non subire il dolore  
Ridurre lo stress  
Si deve recuperare la condizione fisica  
Il lavoro non è un nemico  
L'esercizio fisico è importante ed utile

Continuare/riprendere gradualmente  
Eventualmente modificare/alleggerire la mansione lavorativa  
Controllo delle posture  
Riduzione dello stress

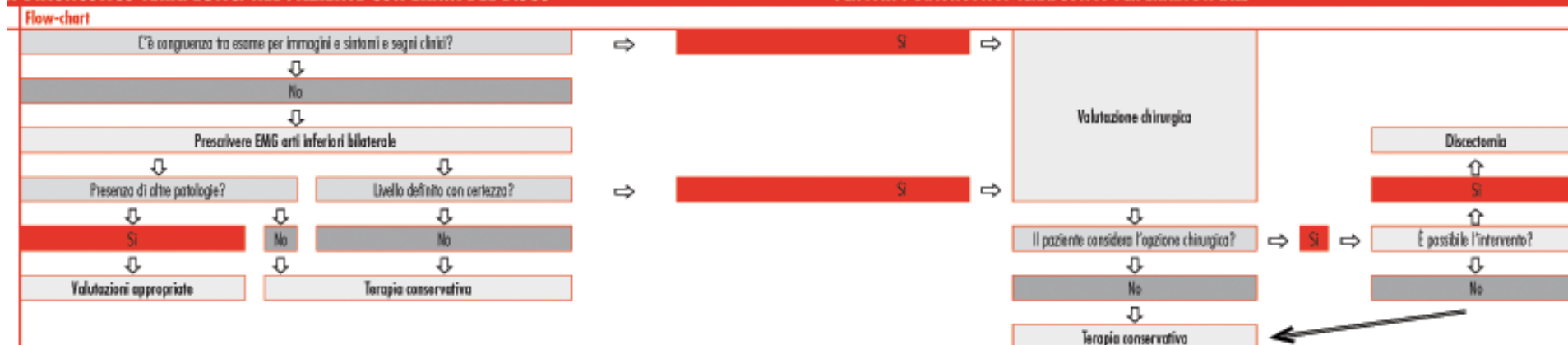
Iniziarlo gradualmente  
Mantenere con costanza  
Effettuarlo almeno 2 ore alla settimana

Rivoluzione diagnostica completa  
Valutazione condizione fisica (biologica)  
Valutazione comportamentale (psicologica)  
Valutazione della disabilità (bio-psico-sociale)

Vedi Percorso Terapeutico disabilità lieve e grave

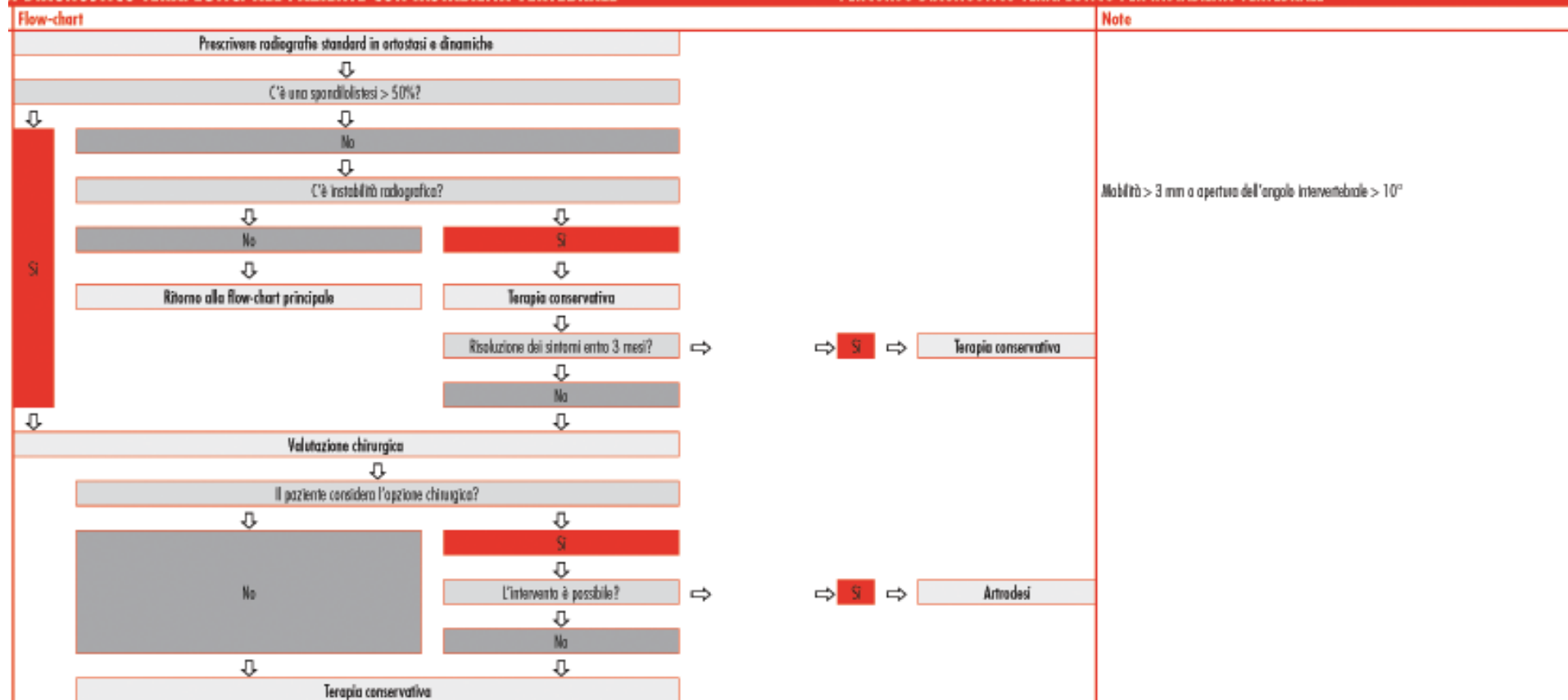
**DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON ERNIA DEL DISCO**

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PER ERNIA DISCALE**



**servativa**

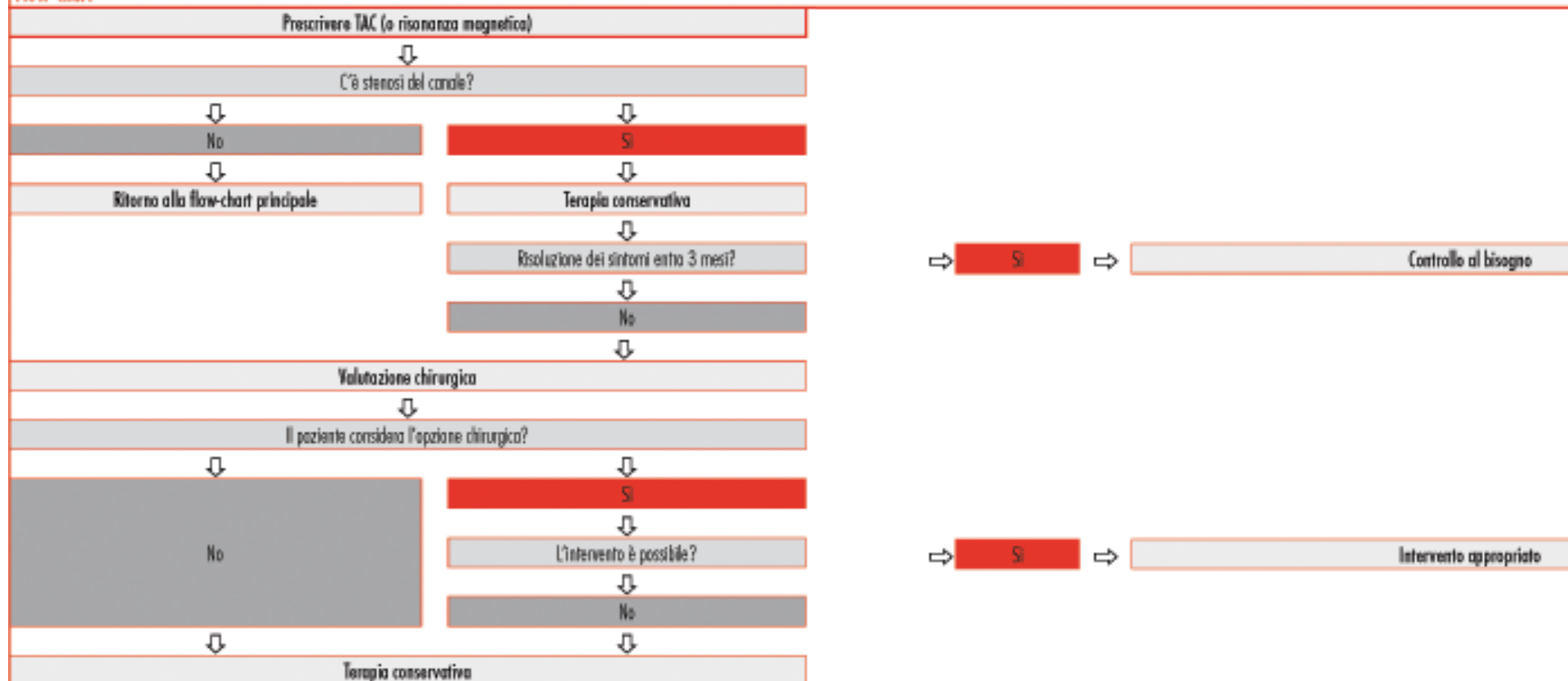
Azioni	Contenuti	Note
Spiegazioni	L'ernia recupera spontaneamente ma molto lentamente L'unico problema è il dolore ed il possibile lieve danno neurologico residuo Il recupero del danno neurologico è lento, progressivo ed indipendente dal trattamento effettuato Imparare a controllare il dolore Si deve affrontare e non subire il dolore	
Interventi su attività quotidiana e lavoro	Continuare/riprendere gradualmente Controllo delle posture Riduzione momentanea degli sforzi Riduzione dello stress Denuncia obbligatoria se esposti a rischi professionali (vedi allegato)	Movimentazione corioli Movimenti del busto Vibrazioni
Interventi sull'attività fisica	Subito attività aerobica a basso impatto	
Terapia antinfiammatoria	Cortisonico FANS	Un ciclo terapeutico breve e non ripetuto
Terapia sintomatica	Paracetamolo con o senza oppioidi FANS Terapie manuali (blande mobilizzazioni, massoterapia blanda) Esercizi a scopo analgico Terapie fisiche (TENS)	La terapia sintomatica deve prevedere un ciclo terapeutico completo secondo le indicazioni appropriate per ogni trattamento Le terapie sono elencate in un ordine di priorità scelto in base al rapporto costo/beneficio  Si raccomanda, nella scelta individuale del trattamento sintomatico di basarsi sul rapporto costo/beneficio, sulle preferenze del paziente, sulla disponibilità e sui risultati pregressi
Terapia riabilitativa	Esercizi specifici individuali Terapie cognitive-comportamentale individuale	



Terapia conservativa			
Azione	Contenuto		Note
Spiegazioni	Distinzione tra instabilità vertebrale strutturale e neuromotoria Potenziale le capacità di stabilizzazione può dare sollievo Negli anni la rigidità artrosica reattiva dà prognosi favorevole Imparare a controllare e prevenire il dolore Non subire ma gestire il dolore		
Interventi su attività quotidiane e lavoro	Evitare carichi esagerati e movimenti ripetuti a fine corsa articolare		
Interventi sull'attività fisica	Blanda attività aerobica non mobilizzante senza impatto		
Terapia sintomatica	Come mal di schiena cronica, ma evitare mobilizzazione vertebrale e manipolazioni		La mobilizzazione significa applicare manovre ripetute a fine corsa articolare che implicano nel tempo un incremento dell'articolosità
Terapia riabilitativa	Esercizi di stabilizzazione continui Fascia di sostegno Ortesi rigide eventuale		Gli esercizi di stabilizzazione incrementano le capacità di controllo neuromotorio del rachide e sono basati sul miglioramento di: propriocezione, cinestesia, coordinazione controllo neuromotorio fine del movimento, rinforzo della muscolatura stabilizzante (multifido, trasverso in particolare)

## DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NEL PAZIENTE CON STENOSI SPINALE

### Flow-chart



### ervativa

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

UNA COLONNA VERTEBRALE  
IN SALUTE DEVE ESSERE  
FOLTO STABILE MA DEVE  
ANCHE FLESSIBILE BENE...



E DI FONDÌ LA SUA  
S' INDEBOLISCE ANTE  
PRESERTA...

