

ACADEMY

2° CONGRESSO NAZIONALE B-ACADEMY

LE GRANDEZZE FISICHE IN RIABILITAZIONE:
DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO TERAPEUTICO

FOCUS ON SUPER INDUZIONE
E ONDE D'URTO FOCALIZZATE

10/11 OTTOBRE 2026
TIVOLI TERME - ROMA

GRAND HOTEL DUCA D'ESTE
VIA NAZIONALE TIBURTINA, 330 - 00019 TIVOLI TERME (RM)

ACADEMY

GIUSEPPE J. SCIARRONE

NEUROCHIRURGO
CHIRURGO VERTEBRALE

Ospedale HUMANITAS SAN PIO X - MILANO



DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DEL RACHIDE

“Quando l'immagine cambia davvero la gestione del paziente?”

ACADEMY

“Il mal di schiena è praticamente ovunque”

<u>619 MILIONI</u> persone con lombalgia nel 2020

↓

<u>1 MILIARDO</u> di persone stima 2050

↓

≈ 90% lombalgia aspecifica. o

“Se il 90% dei casi non è spiegato da una singola lesione strutturale, forse la domanda non è come fare più imaging. Forse è come fare **l'imaging giusto alla persona giusta**.”

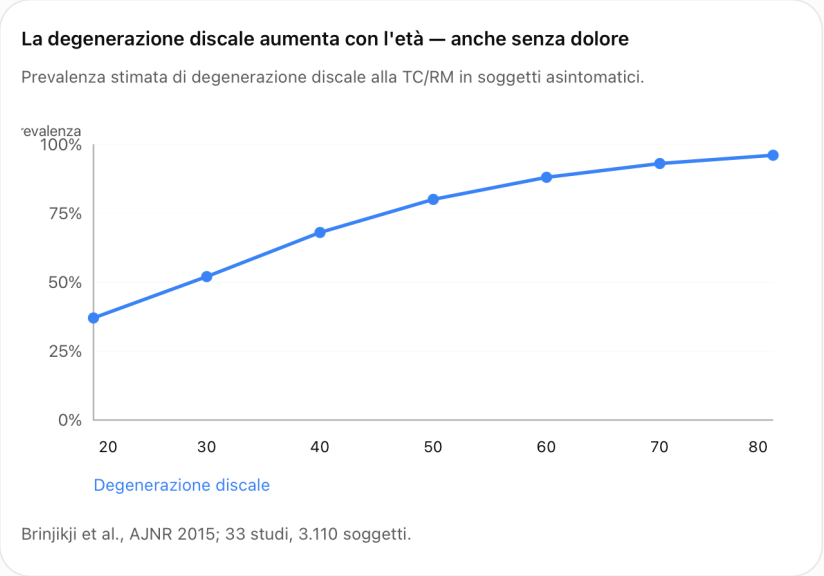
ACADEMY

Paziente asintomatico. RM perfettamente “patologica”.

Studio sistematico su:

33 studi

3110 soggetti asintomatici



A 20 anni:

- degenerazione discale → **37%**
- bulging discale → **30%**
- protrusione → **29%**

A 80 anni:

- degenerazione discale → **96%**
- bulging → **84%**
- protrusione → **43%**

“DOTTORE, HO FATTO LA RM!”

“E quindi?”

“Quanti di voi hanno avuto un paziente che è entrato dicendo: ‘Ho un'ernia L4-L5’?

ACADEMY

Quanto dolore ha questo paziente? VAS….???

Possiamo dedurre dall'immagine:

- intensità del dolore?
- disabilità?
- prognosi?
- comportamento?
- capacità funzionale?



ACADEMY

NO !!!

“L'immagine descrive principalmente l’anatomia.

Il dolore è un'esperienza multidimensionale e multisensoriale

Per questo motivo la RM non può sostituire

l'anamnesi e l'esame clinico."

ACADEMY

PERCHÉ L'IMAGING PUÒ CREARE CONFUSIONE?

Perché vediamo moltissime "anormalità"

Nei soggetti senza dolore possono essere presenti:

- degenerazione discale
- riduzione dell'altezza discale
- bulging
- protrusioni
- artrosi
- alterazioni delle faccette
- altre modificazioni degenerative

La prevalenza aumenta generalmente con l'età.

Anormalità anatomica ≠ causa del dolore

ACADEMY

LE QUATTRO DOMANDE

Prima di interpretare un esame chiediamoci:

1 - Perché è stato richiesto?

2 - Cosa mostra?

3 - È compatibile con la clinica?

4 - Cambierà la gestione?

Se la risposta alla domanda 4 è no, l'utilità clinica dell'esame può essere limitata.

ACADEMY

LA REGOLA NUMERO 1

UNA RM NON È UNA DIAGNOSI

Reperto radiologico

↓

Interpretazione

↓

Significato clinico

Un reperto può essere:

- **presente e clinicamente rilevante**
- **presente ma asintomatico**
- **presente ma non pertinente al problema principale**

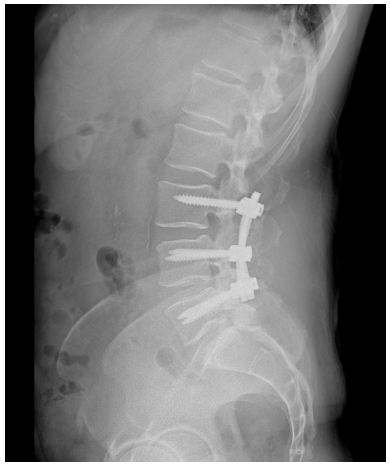
VEDERE ≠ SPIEGARE

ACADEMY

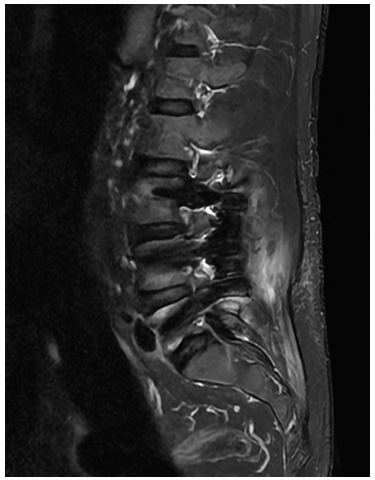
QUALE ESAME PER QUALE DOMANDA?

	COSA VEDE BENE
- RX	osso, allineamento, deformità
- TC	osso, fratture, calcificazioni
- RM	disco, nervi, midollo, tessuti molli

Regola pratica
OSSO → RX / TC
DISCO + NERVO + MIDOLLO → RM







www.b-academyformazione.com

“Non esiste l'esame migliore in assoluto. Esiste l'esame più adatto alla domanda clinica.”

ACADEMY

RADIOGRAFIA

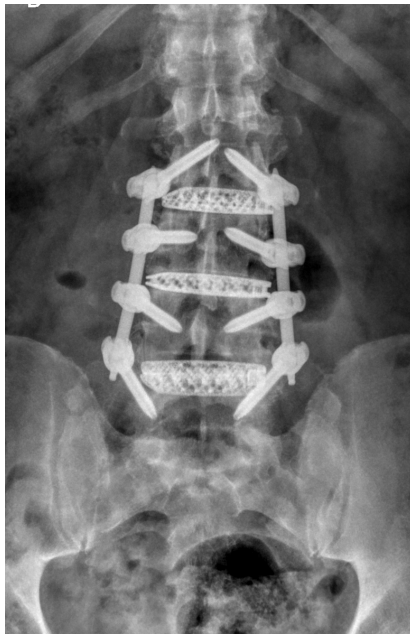
IL “VECCHIO” NON È INUTILE

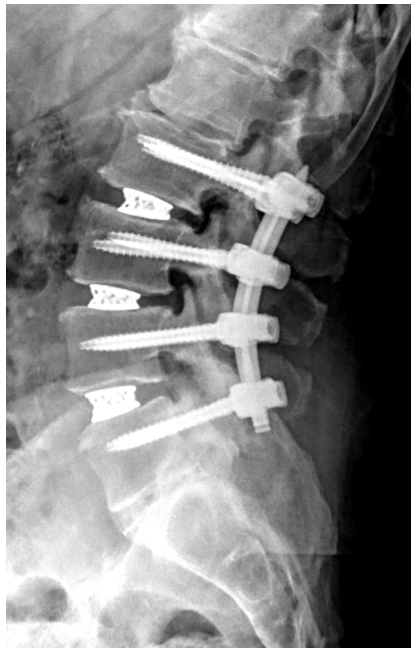
La radiografia ci aiuta a vedere:

- allineamento
- scoliosi
- spondilolistesi
- altezza degli spazi discali
- osteofiti
- alterazioni ossee

Ma non è l'esame ideale per:

- disco
- radici nervose
- midollo
- edema osseo
- tessuti molli





“Una radiografia può rispondere benissimo a una domanda sull'allineamento e molto male a una domanda sul nervo.”

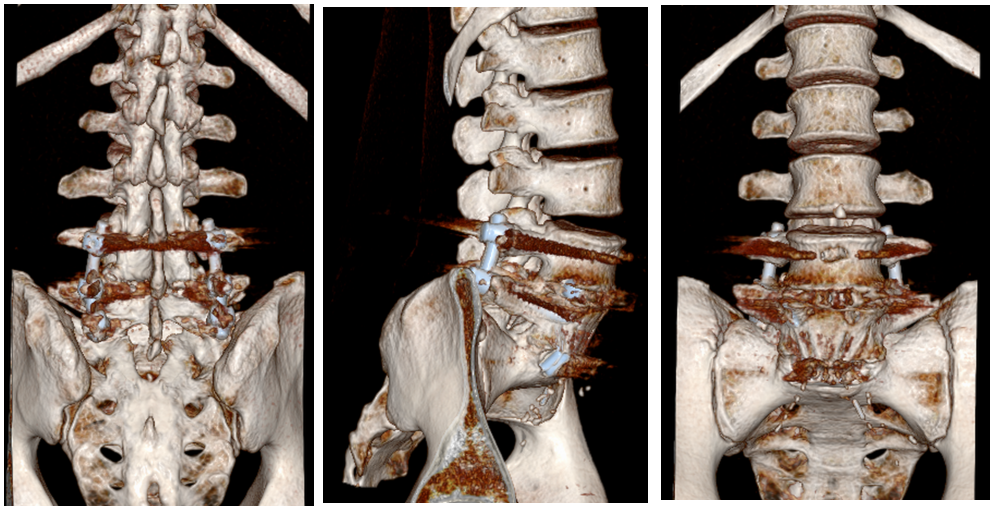
www.b-academyformazione.com

QUANDO VOGLIO VEDERE BENE L'OSSO

TC = dettaglio anatomico osseo elevato

Particolarmente utile per:

- **trauma**
- **fratture**
- **spondilolisi**
- **anatomia ossea complessa**
- **materiale chirurgico**
- **calcificazioni**



Limite principale:

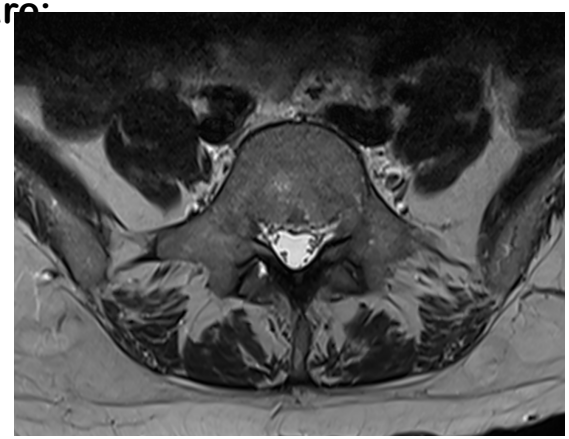
radiazioni ionizzanti

“Se la domanda è ‘come è fatto questo osso?’, la TC è spesso estremamente utile. Se la domanda è ‘cosa succede al disco o alla radice?’, la RM generalmente ci dà più informazioni.”

LA PROTAGONISTA

La RM permette di studiare:

- dischi
- midollo osseo
- radici nervose
- sacco durale
- legamenti
- muscoli
- edema
- infezioni
- neoplasie





E soprattutto:

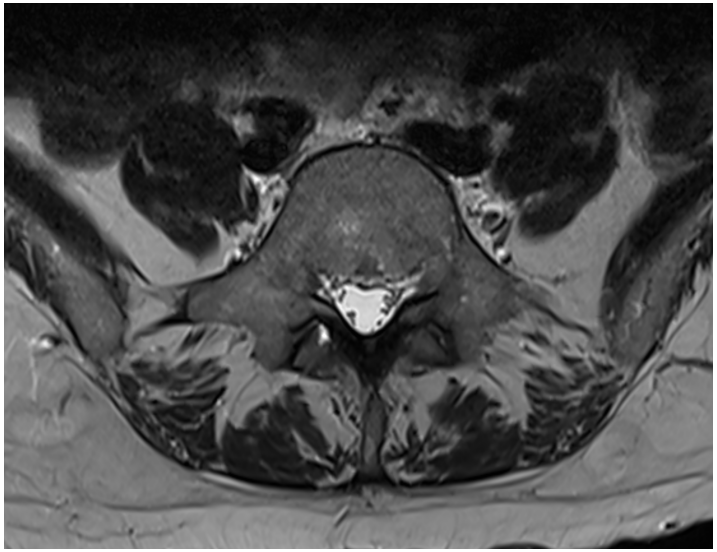
non utilizza radiazioni ionizzanti.

Visual: grande RM sagittale T2 lombare.

“La RM è straordinariamente sensibile. Ma una maggiore sensibilità significa anche maggiore possibilità di trovare reperti incidentali.”

“RM a tutti?”

ACADEMY



A
35 anni
Lombalgia da 5 giorni
Esame neurologico normale
Nessuna red flag
B
55 anni
Lombosciatalgia persistente
Deficit di forza progressivo
C
68 anni
Dolore nuovo
Febbre
Immunosoppressione

“Chi va in RM?”

A → generalmente no
B → sì, se la gestione può cambiare
C → sì, con sospetto di patologia seria

Le raccomandazioni NICE sconsigliano l'imaging routinario nel setting non specialistico e suggeriscono di considerarlo quando il risultato può cambiare la gestione. L'ACR considera la RM appropriata, tra gli altri scenari, per sintomi persistenti/progressivi in potenziali candidati a intervento, sospetta cauda equina e sospetta neoplasia/infezione.

ACADEMY

“SE TROVO QUALCOSA… COSA CAMBIA?”

Diagnosi?

Prognosi?

Trattamento?

Urgenza?

Se la risposta è:
“Niente.”
allora bisogna chiedersi se quell'imaging servisse davvero.

NICE utilizza sostanzialmente proprio questo principio: imaging in setting specialistico quando è probabile che il risultato modifichi la gestione.

Ma attenzione: anche non fare imaging può essere un errore

ACADEMY

Overuse ≠ Underuse

TROPPO

Imaging senza indicazione

↓

reperti incidentali

↓

ansia

↓

ulteriori esami/procedure

TROPPO POCO

Red flags ignorate

↓

diagnosi ritardata

↓

possibile peggioramento dell'outcome

Una meta-analisi di 33 studi ha trovato sia overuse sia underuse dell'imaging nella lombalgia: tra i pazienti con red flags, l'imaging risultava non eseguito quando indicato in una quota stimata del 65,6%; contemporaneamente, l'imaging veniva utilizzato inappropriatamente in numerosi pazienti senza indicazioni cliniche.

www.b-academyformazione.com

"Non dobbiamo fare meno imaging. Dobbiamo fare imaging meglio."

ACADEMY

“Degenerazione discale L4-L5. E adesso?”



“Quale di queste parole cambia il trattamento fisioterapico?”

Per esempio:

- degenerazione
- bulging
- protrusione
- Modic
- stenosi
- faccettopatia

DIPENDE!

Un'analisi di 600 referti lombari ha trovato che quasi tutti contenevano almeno un reperto giudicato probabilmente clinicamente poco importante: 95% RX, 98% TC e 99% RM; oltre metà dei reperti complessivamente era giudicata probabilmente clinicamente non importante.

“Il compito del fisioterapista non è diventare radiologo. È diventare bravo a non farsi comandare dal referto.”

ACADEMY

“Cosa cambia per il professionista?”

Non:
“Devo saper leggere una RM.”

Ma:

1. **Riconoscere quando il quadro clinico non torna.**
2. **Riconoscere quando serve rivalutazione medica/imaging.**
3. **Integrare il referto con l'esame clinico.**
4. **Spiegare al paziente che “reperto” ≠ “causa”.**
5. **Usare l'imaging per aumentare la precisione, non la paura.**

“Il paziente non ha bisogno di sapere che ha una colonna ‘rovinata’.
Ha bisogno di sapere cosa significa quel reperto per lui.”

ACADEMY

“DOTTORE, HO FATTO LA RM.”

“E cosa ci ha permesso di decidere?”

L'immagine cambia davvero la gestione quando…

→ identifica una patologia seria
→ cambia l'urgenza
→ conferma un sospetto clinico rilevante
→ localizza una lesione coerente con i sintomi
→ modifica una scelta terapeutica

“Non dobbiamo vedere tutto.

Dobbiamo vedere ciò che cambia una decisione.”



Si ringrazia per l'attenzione

ACADEMY

10/11 OTTOBRE 2026
TIVOLI TERME - ROMA