

Capitolo 2 · Segnali d'allarme e scelta del percorso

Quando continuare l'esame, quando adattarlo e quando fermarsi

Il test speciale più utile è quello che non facciamo quando la situazione richiede prima un'altra decisione. Una deformità dopo trauma, un arto freddo con deficit nuovo o un'articolazione molto calda e dolente cambiano la priorità: la domanda non è più "quale test conferma la lesione?", ma "come proteggiamo la persona e chi deve valutarla ora?".

Obiettivo del capitolo

Al termine saprai riconoscere combinazioni di storia e reperti che richiedono un percorso urgente; distinguere il segnale d'allarme da una diagnosi; documentare una valutazione neurovascolare pertinente; comunicare l'invio senza dare false rassicurazioni.

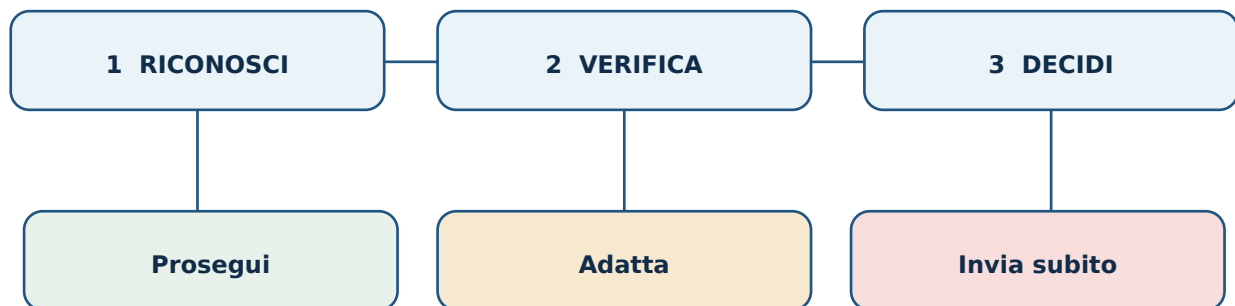


Figura 1. Schema editoriale della priorità. Le tre uscite sono decisioni sul percorso, non diagnosi. Il livello di urgenza dipende dal contesto, dalle competenze e dai protocolli locali.

Una bandiera rossa non è un'etichetta applicata automaticamente a ogni sintomo. Febbre, dolore notturno o incapacità di carico hanno significati diversi in base a esordio, trauma, condizioni generali ed esame. Alcuni segni, soprattutto un deficit neurologico progressivo o un sospetto problema vascolare, richiedono però un'azione immediata senza completare una serie di manovre provocatrici.

1. Il principio: il rischio si valuta prima della precisione diagnostica

Un paziente può arrivare con la richiesta esplicita di “fare il test del menisco”. Il suo obiettivo reale è sapere perché sta male e che cosa fare in sicurezza. Se il ginocchio è deformato dopo una caduta e il piede è freddo, l’esame dei menischi non aggiunge una risposta utile. L’ordine cambia: protezione, valutazione della circolazione e della funzione distale, attivazione del percorso urgente.

Pensiamo a tre domande consecutive. Che cosa potrebbe peggiorare se continuo? Una manovra in carico o una torsione può accentuare dolore e instabilità. Quali dati posso raccogliere senza ritardare l’aiuto? Ora del trauma, meccanismo, segni osservabili, circolazione e funzione distale. Chi prende in carico il passo successivo? Non basta scrivere “si consiglia visita”: un sospetto urgente richiede comunicazione e passaggio di consegne nel percorso disponibile.

Percorso	Esempio operativo	Cosa annotare
Prosegui	Sintomi stabili, nessun elemento preoccupante emerso dalla storia o dall’osservazione.	Test selezionati, lato, dolore e limiti.
Adatta	Dolore o difesa impediscono una manovra, ma non emergono segni di emergenza.	Test non eseguito o non interpretabile; piano di rivalutazione.
Attiva valutazione urgente	Nuovo deficit distale, sospetto danno vascolare, articolazione acutamente calda con quadro sistemico.	Ora, lato, reperti, destinatario e modalità dell’invio.

Errore frequente

“Non posso fare il test, quindi è negativo” è falso. Un esame impedito da dolore, edema o rischio è non eseguito o non interpretabile. Il motivo va registrato.

Le linee guida usate qui sono riferimenti clinici internazionali. La scelta di servizio, imaging, trasporto e trattamento va adattata al sistema italiano e ai protocolli della struttura. Il capitolo insegna il ragionamento e la comunicazione, non prescrive una gestione autonoma fuori dal proprio ruolo.

2. La prima occhiata dopo un trauma

Prima della palpazione, osserva forma dell'arto, postura antalgica, ferite, sanguinamento, colore e temperatura apparente della cute. Chiedi in modo semplice: "Che cosa è successo esattamente?", "Riesce a muovere dita e piede come prima?", "Sente formicolio o perdita di sensibilità?", "Ha provato ad appoggiare il peso?". La risposta non sostituisce l'esame, ma individua ciò che va verificato subito.

Deformità, ferita e sospetta frattura

Una deformità nuova dopo trauma, un dolore osseo focale marcato o un'incapacità funzionale importante rendono inappropriato forzare l'arco di movimento per "capire se è rotto". Proteggi l'arto, limita gli spostamenti non necessari e attiva la valutazione secondo il contesto. Se c'è una ferita in prossimità di una possibile frattura, non considerarla una semplice abrasione senza valutare il quadro complessivo. L'aspetto esterno da solo non esclude una lesione profonda.

Osservazione	Perché cambia l'esame	Azione prudente
Profilo anomalo dopo trauma	Può coesistere una lesione ossea o articolare.	Evita stress e torsioni; valuta il percorso urgente.
Ferita e sospetta lesione profonda	Occorre chiarire il coinvolgimento di strutture profonde.	Proteggi e segnala la ferita; non sondarla.
Dolore sproporzionato e peggioramento	Il decorso conta più del solo punteggio del dolore.	Rivaluta rapidamente e cerca segni associati.
Perdita nuova di funzione distale	Può indicare interessamento neurologico o vascolare.	Controlla e documenta subito entrambi gli arti.

Come dirlo al paziente

"Per ora non forzo il movimento: prima dobbiamo controllare che ossa, circolazione e nervi siano al sicuro. Le spiego il prossimo passaggio."

Un distretto traumatizzato può cambiare nel tempo. Il reperto iniziale non chiude il problema: se la persona resta in osservazione o viene trasferita, l'orario e il confronto con la valutazione successiva diventano parte della sicurezza.

3. Screening neurovascolare: che cosa osservare e come scriverlo

“Circolo e sensibilità normali” è troppo vago quando il rischio è alto. La guida NICE per le fratture complesse richiede di specificare pulsazioni valutate e orario, perfusione, sensibilità, funzione motoria e confronto bilaterale. Il punto non è compilare una formula: è rendere verificabile quale funzione è stata controllata, su quale lato e se è cambiata [1].

Dominio	Domanda pratica	Esempio di nota
Perfusione	Colore, temperatura, riempimento capillare e polsi pertinenti sono comparabili?	Piede destro più freddo del sinistro; polso pedidio destro non palpabile alle 10:14.
Sensibilità	Il paziente distingue il contatto nelle zone pertinenti?	Riferisce riduzione nuova della sensibilità sul dorso del piede destro.
Motricità	Quali movimenti attivi sono possibili? Sono simmetrici?	Estensione attiva delle dita ridotta a destra; lato sinistro conservato.
Evoluzione	Il reperto era presente prima? È cambiato dopo immobilizzazione o attesa?	Rivalutato alle 10:23; deficit persistente; invio attivato.

La palpazione del polso non esaurisce la valutazione vascolare e un polso presente non cancella automaticamente gli altri segni di rischio. La documentazione deve seguire la competenza professionale e il protocollo locale; se il quadro suggerisce compromissione vascolare o neurologica, non ritardare la valutazione specialistica per completare una scheda.

Formula breve per il passaggio di consegne

“Trauma del ginocchio destro alle 10:00; deformità visibile; piede destro più freddo; polso pedidio non palpabile alle 10:14 rispetto al sinistro; nuova alterazione della sensibilità. Esame provocativo non eseguito. Richiesta valutazione urgente.”

Una nota utile distingue riferito (“sento il piede addormentato”) da osservato (differenza di temperatura, movimento ridotto) e dall’azione. La stessa distinzione rende più chiara la comunicazione alla persona e al servizio che la riceve.

4. Articolazione calda e molto dolente: non fermarsi al test ortopedico

Un’articolazione diventata rapidamente gonfia, calda e intensamente dolorosa, soprattutto se accompagnata da febbre o malessere, richiede attenzione a un possibile processo infettivo. Non puoi distinguere con sicurezza un’artrite settica da ogni altra causa infiammatoria usando soltanto la palpazione o un test di mobilità. Le raccomandazioni NICE per il dolore al ginocchio indicano un invio immediato quando si sospetta un’infezione articolare [2].

Chiedi quando sono comparsi gonfiore e febbre, se è presente una protesi, se c’è stata una procedura recente, una ferita o un’infezione in altro sito. Verifica le condizioni generali secondo il setting. L’assenza di febbre non è una garanzia sufficiente a escludere l’infezione se il quadro clinico resta preoccupante; evita quindi di scrivere “non infetto” sulla base di un singolo dato.

Parola del paziente	Osservazione da cercare	Decisione
“Da ieri il ginocchio è enorme e non lo posso toccare.”	Insorgenza rapida, calore, versamento, dolore marcato, condizioni generali.	Non iniziare una batteria di test meniscali; attiva valutazione urgente.
“Ho spesso il ginocchio gonfio dopo sport.”	Decorso ricorrente, trauma, temperatura, tolleranza al movimento.	Inquadra il problema; l’urgenza dipende dal quadro completo.
“Ho una protesi e ora è calda e molto dolorosa.”	Tempo d’esordio, procedure, febbre, ferita, funzione.	Soglia di attenzione alta; invio tempestivo.

Punto chiave

Un segno d’allarme indica un percorso da attivare. Non autorizza a dichiarare la diagnosi definitiva. Comunica il sospetto, i dati osservati e i tempi.

Esempio di comunicazione: “Il gonfiore e il calore comparsi rapidamente meritano un controllo medico oggi. La visita ortopedica di routine non sarebbe sufficiente a chiarire la causa.” Evita promesse sul risultato degli esami o consigli che ritardino la presa in carico.

5. Colonna: riconoscere il cambiamento neurologico

Il dolore lombare è comune; una compressione neurologica grave è molto meno comune, ma il costo di un ritardo può essere alto. Chiedi in modo esplicito se vi sono disturbi nuovi della funzione urinaria o intestinale, alterazione della sensibilità nell'area perineale, debolezza progressiva o cambiamento della deambulazione. Sono domande sensibili: spiegate il motivo e poni la persona a proprio agio. Le indicazioni NICE sui segnali d'allarme della sciatalgia e sulla lombalgia richiamano la necessità di individuare le cause gravi, fra cui sindrome della cauda equina, infezione, frattura e neoplasia [3,4].

Domande in parole comprensibili

Evita la formula vaga	Chiedi invece
"Problemi sfinterici?"	"Da quando è iniziato il dolore, ha difficoltà nuova a iniziare a urinare o non riesce a svuotare la vescica come prima?"
"Anestesia a sella?"	"La sensibilità nella zona tra le gambe o intorno ai genitali è cambiata rispetto al solito?"
"Deficit neurologici?"	"Il piede inciampa? Una gamba è diventata più debole? Sta peggiorando?"

Una risposta negativa va riferita al momento in cui è stata raccolta: i sintomi possono evolvere. Se emergono sintomi nuovi o progressivi compatibili con un'emergenza neurologica, interrompi la sequenza ordinaria e attiva una valutazione urgente nel percorso locale. Non aspettare un test muscolare "perfetto" né una radiografia di routine per decidere di inviare.

Nota clinica prudente

"Riferisce nuovo disturbo della minzione e riduzione della sensibilità perineale da questa mattina. Esame muscoloscheletrico ordinario interrotto; attivata valutazione urgente alle 11:06."

Prima Funzione abituale riferita.	Ora Sintomo nuovo o progressivo.	Risposta Contatto e invio tempestivo.
--------------------------------------	-------------------------------------	--

Figura 2. Il cambiamento rispetto alla funzione precedente guida la priorità.

6. Cancro, infezione e frattura vertebrale: leggere le combinazioni

Dolore notturno, calo ponderale o età avanzata isolati non stabiliscono una diagnosi. Hanno valore quando sono inseriti in una storia coerente e in un decorso che cambia la probabilità di malattia. Una storia oncologica personale associata a dolore spinale nuovo o progressivo richiede attenzione specifica; NICE NG234 distingue i sintomi che suggeriscono metastasi spinali dai segni neurologici di compressione midollare, che cambiano la tempestività della risposta [5].

Contesto	Elemento da chiarire	Perché cambia il percorso
Storia di cancro	Sede del dolore, esordio, progressione, dolore non meccanico, sintomi neurologici.	Serve valutazione mirata e comunicazione tempestiva.
Possibile infezione	Febbre, procedura recente, immunosoppressione, dolore progressivo e condizioni generali.	Non attribuire automaticamente tutto a contrattura.
Trauma / fragilità	Dinamica, fragilità ossea, dolore focale, funzione e neurologia.	Sospetta frattura anche con meccanismo a bassa energia in alcune persone.
Nuovo deficit progressivo	Forza, sensibilità, cammino e funzioni sfinteriche.	Priorità più alta dell'esame provocativo.

L'assenza di un singolo segno non “assolve” il quadro. Un paziente con storia oncologica e dolore spinale diverso dal solito richiede una sintesi che espliciti il perché dell'approfondimento; al contrario, una persona senza fattori di rischio e con dolore meccanico stabile non beneficia di etichette allarmistiche prive di base.

Dalla parola alla decisione

“Mi sveglia ogni notte” è un dato riferito. Chiarisci se è un dolore costante, se cambia con posizione e attività, da quanto dura e quali altri sintomi sono presenti. Poi documenta l'ipotesi e il percorso.

Storia Cancro, infezione o fragilità.	Decorso Nuovo, persistente, progressivo.	Reperto Funzione e neurologia.
--	---	-----------------------------------

Figura 3. I fattori di rischio acquistano senso come combinazione clinica.

7. Imaging: la domanda viene prima dell'esame richiesto

Una radiografia, una TC o una risonanza non sono premi per aver completato un test. La richiesta nasce da una domanda clinica definita, dal distretto, dal meccanismo e dall'urgenza. I criteri ACR per il trauma acuto del ginocchio descrivono scenari diversi: la radiografia iniziale è appropriata quando vi sono reperti come dolorabilità focale, versamento o incapacità di carico; in uno scenario a basso rischio, la scelta è diversa [6]. Questi criteri statunitensi sono riferimenti di ragionamento, non un protocollo automatico italiano.

Le regole decisionali, incluse quelle di Ottawa per il ginocchio, hanno popolazioni e condizioni d'uso specifiche. Non sostituiscono il giudizio in presenza di sospetta compromissione vascolare, infezione o altri segnali d'allarme. Per la colonna, NICE raccomanda di considerare cause specifiche e di non usare l'imaging di routine per una lombalgia non specifica nel setting non specialistico [4].

Domanda clinica	Dato che la sostiene	Passo ragionato
Potrebbe esserci una frattura?	Trauma, dolorabilità ossea, funzione, criteri applicabili.	Valutare radiografia nel percorso indicato.
C'è una lesione interna dopo trauma?	Storia, blocco, versamento, esame tollerabile, radiografia iniziale se indicata.	Approfondimento differito o specialistico secondo scenario.
C'è una possibile urgenza neurologica o infettiva?	Sintomi nuovi, reperti e decorso.	Attivare il percorso urgente; non aspettare imaging di routine.

Come scrivere senza automatismi

“Richiesto approfondimento per sospetta frattura in base a trauma e reperti” è più utile di “RX per dolore”. Indica la domanda, il distretto e il tempo.

Domanda Quale lesione occorre escludere?	Scenario Trauma, reperti e rischio.	Esame Scelta secondo percorso locale.
---	--	--

Figura 4. L'imaging segue la domanda clinica, non la precede.

Tavola clinica · Cosa osservare prima del test

Queste tre scene servono a rendere visibili il confronto bilaterale, l'osservazione dell'articolazione e la funzione durante il cammino. Sono immagini generate per la didattica: non documentano pazienti reali, segni patologici autentici o la corretta esecuzione di un test diagnostico.



A · Confronto distale

Dopo un trauma, confronta i due piedi per colore, temperatura apparente e movimento; valuta e registra i reperti pertinenti. La fotografia mostra solo la posizione generale.



B · Articolazione dolorosa

Scopri e confronta le due ginocchia. Calore, tumefazione e dolore vanno verificati nella persona reale; non sono deducibili con certezza da questa immagine.



C · Funzione nel cammino

Osserva se il cammino è cambiato e chiedi quando. Non invitare a camminare una persona per cui il movimento è rischioso o controindicato.

8. Tre scenari guidati: scegliere il primo passo

Scenario A - Il ginocchio dopo la caduta

Un uomo cade dalle scale. Il ginocchio è molto gonfio e deforme; riferisce formicolio nuovo al piede. Il collega propone subito Lachman e McMurray. Tu fermati. La deformità e il sintomo distale cambiano la priorità. Raccogli rapidamente ora e dinamica, confronta perfusione, sensibilità e funzione distale nei limiti della competenza; proteggi l'arto e attiva la valutazione urgente. Il test legamentoso non chiarisce il rischio più immediato e potrebbe essere mal tollerato.

Scenario B - L'articolazione calda senza trauma

Una donna riferisce dolore al ginocchio da ieri, gonfiore rapido e malessere. L'articolazione è molto calda e la mobilità è limitata dal dolore. Non etichettare il quadro come "semplice infiammazione". Documenta esordio, reperti, temperatura se disponibile e condizioni generali; attiva valutazione medica urgente per escludere una causa infettiva. Un test meniscale negativo o impossibile non cambierebbe la decisione.

Scenario C - La schiena con sintomo nuovo

Una persona con lombalgia abituale dice che stamattina ha iniziato a inciampare e fatica a urinare. La differenza rispetto ai sintomi precedenti conta più dell'intensità numerica del dolore. Chiarisci tempi e progressione, documenta ciò che riferisce e osservi, e attiva il percorso urgente. Non trasformare l'anamnesi in una rassicurazione generica perché "la schiena fa male da anni".

Confronto dei tre scenari

A: protezione e controllo neurovascolare. B: sospetto infettivo e valutazione urgente. C: sospetto neurologico e valutazione urgente. La diagnosi finale resta aperta; la decisione iniziale è già motivata.

9. Comunicare un invio che sia davvero utilizzabile

Un invio di qualità contiene quattro elementi: chi è la persona e qual è il contesto; che cosa è accaduto e quando; che cosa è riferito e osservato; perché il percorso ordinario è stato interrotto. Un messaggio vago come “ginocchio doloroso, valutare” costringe il destinatario a ricostruire le priorità. Una consegna breve ma specifica le rende visibili.

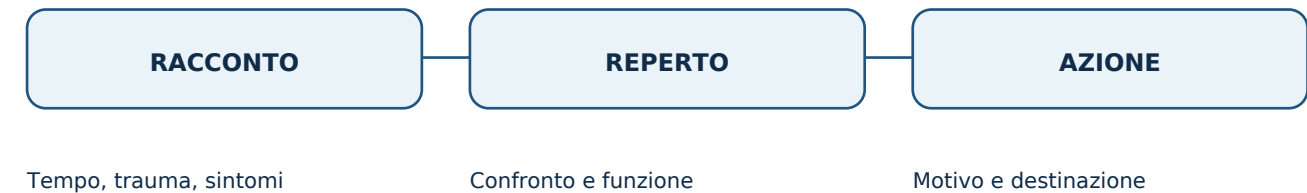


Figura 5. Tre blocchi della consegna. La freccia non significa che si debba completare ogni test prima di chiedere aiuto: i dati disponibili e l’urgenza determinano il momento del contatto.

Campo	Esempio di frase utile
Situazione	“Trauma in torsione del ginocchio destro alle 09:30; impossibilità a caricare.”
Reperti	“Gonfiore rapido; deformità non evidente; nuova parestesia riferita al piede.”
Limiti	“Lachman non eseguito per dolore e rischio; screening distale documentato.”
Azione	“Contattato il percorso urgente alle 10:05; consegnati reperti e variazioni.”

Con il paziente usa un linguaggio diretto: “Ci sono alcuni elementi che meritano un controllo più rapido. Non significa che sappiamo già la causa, ma non sarebbe prudente fermarci ai test di ambulatorio.” Verifica che abbia compreso il percorso e registra eventuale rifiuto o difficoltà organizzativa secondo le procedure applicabili.

Da evitare
“Tutto bene perché il polso si sente” e “è sicuramente una lesione del crociato” sono conclusioni eccessive se il quadro contiene altri segnali. Comunica i dati e la priorità, non una certezza che l’esame non può dare.

10. Documentare il test che non si fa

Una cartella chiara racconta la scelta. “Test non eseguito” da solo lascia una domanda; aggiungi il motivo, il rischio valutato e il passo successivo. Se il dolore impedisce una prova ma non vi sono segnali d’allarme, puoi annotare la necessità di rivalutazione. Se il rischio è urgente, segnala l’interruzione e il passaggio di consegne. Questo protegge il paziente e consente a chi subentra di comprendere la decisione.

Nota insufficiente	Versione verificabile
“Neurovascolare ok.”	“Alle 10:12, piede destro caldo, colore simile al sinistro; polsi pertinenti palpati bilateralmente; flessione ed estensione delle dita presenti; sensibilità al contatto riferita simmetrica nelle zone valutate.”
“Lachman negativo.”	“Lachman non eseguito: importante dolore e deformità dopo trauma. Attivata valutazione urgente.”
“Red flags assenti.”	“Nega nuovi disturbi urinari e cambiamenti perineali al momento della visita; forza e cammino descritti nell’esame. Spiegati i sintomi per cui richiedere nuova valutazione.”
“Invio consigliato.”	“Contattato il servizio alle 10:21; comunicati sintomi, reperti e tempi; percorso concordato e spiegato al paziente.”

Scrivere “normale” senza precisare che cosa si è valutato può nascondere lacune. Allo stesso tempo, una lunga checklist copiata non sostituisce l’osservazione. La nota migliore è selettiva: riporta il dato pertinente alla decisione, la sua fonte e l’orario quando l’evoluzione conta.

Mini modello
Riferito: esordio, meccanismo, sintomi nuovi. Osservato: lato, forma, funzione, confronto distale. Non eseguito: test e motivo. Azione: ora, contatto, destinazione e istruzioni.

Riferito Parole e tempi del paziente.	Osservato Reperto e confronto.	Decisione Test omesso, motivo, invio.
--	-----------------------------------	--

Figura 6. Una nota breve può restare completa se separa dato, limite e azione.

11. Esercizio di ragionamento e risposte commentate

1. Dopo una distorsione di caviglia, la persona cammina con dolore, senza deformità, ma dice che le dita sono “un po’ addormentate”. Cosa fai prima di provocare inversione? 2. Un paziente con lombalgia cronica racconta dolore più intenso del solito, ma nessun sintomo neurologico nuovo. È automaticamente un’emergenza? 3. Un ginocchio è molto caldo e gonfio da poche ore, senza trauma. Quale informazione manca e perché i test meniscali non sono la priorità?

Risposte guidate

1. Verifica se il cambiamento sensitivo è nuovo, dove si trova, se riguarda tutto il piede o una zona precisa, e documenta perfusione, motricità e sensibilità comparate. La decisione dipende dal quadro completo, ma non partire da un test provocativo mentre un sintomo distale resta inesplorato.

2. No. Chiarisci decorso, funzione, trauma, storia oncologica o infettiva e le domande neurologiche pertinenti. L’intensità da sola non equivale a una diagnosi grave; un deficit progressivo o sintomi compatibili con cauda equina cambierebbero la priorità. Registra la valutazione e le indicazioni di rivalutazione nel contesto appropriato.

3. Chiedi febbre, malessere, protesi, procedura o ferita recente e valuta condizioni generali. Un’artrite settica è una possibilità che richiede esclusione tempestiva; torsioni o test meniscali non sono il primo passo. Non trasformare il sospetto in diagnosi: organizza valutazione urgente e comunica i dati.

Autoverifica

Per ogni caso, sai scrivere una frase con dato riferito + reperto osservato + motivo della decisione + azione? Se manca uno di questi elementi, la consegna è ancora migliorabile.

Questi esempi sono didattici e non intendono descrivere tutti i possibili quadri. La soglia di invio va applicata alla persona concreta, alla competenza del professionista e alle procedure del servizio.

Un quarto scenario: il dato che cambia durante l’attesa

Una persona è stata valutata per trauma al gomito. Inizialmente muoveva bene le dita e non riferiva alterazioni della sensibilità. Dopo venti minuti dice che la mano è più fredda e che le dita “non rispondono come prima”. La prima nota non basta più: ripeti subito la valutazione pertinente, confronta i lati e registra l’orario del nuovo reperto. Comunica che il problema è in evoluzione. Questo esempio mostra perché una valutazione normale in un momento non può diventare una rassicurazione valida per tutte le ore successive.

Scheda rapida · Prima di ogni test speciale

Domanda	Se la risposta preoccupa
C'è trauma con deformità, ferita significativa o funzione molto compromessa?	Proteggi il distretto e attiva la valutazione appropriata; evita stress provocativi.
Circolazione, sensibilità o motricità distali sono nuove o diverse?	Confronta i lati, annota l'ora e richiedi valutazione urgente.
L'articolazione è acutamente calda, molto dolente, con malessere?	Considera una causa infettiva; non ridurre tutto a test ortopedici.
Vi sono nuovi disturbi sfinterici, perineali o debolezza progressiva con dolore spinale?	Interrompi l'esame ordinario e attiva il percorso urgente.
Una storia oncologica si associa a dolore spinale nuovo o progressivo?	Valuta il quadro e organizza l'approfondimento tempestivo.
Il test è impossibile o mal tollerato?	Scrivi "non eseguito" o "non interpretabile", con motivo e piano.

In una frase

La sicurezza viene prima della precisione del test: osserva il cambiamento, verifica ciò che è pertinente, documenta e comunica il percorso.

Riferimenti essenziali e ambito

[1] NICE. NG37, Fractures (complex): assessment and management, raccomandazioni sulla valutazione neurovascolare. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng37/chapter/recommendations>

[2] NICE CKS. Knee pain - assessment, criteri di invio in caso di sospetta infezione articolare. <https://cks.nice.org.uk/topics/knee-pain-assessment/>

[3] NICE CKS. Sciatica: red flag symptoms and signs. <https://cks.nice.org.uk/topics/sciatica/diagnosis/red-flag-symptoms-signs/>

[4] NICE. NG59, Low back pain and sciatica in over 16s. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/chapter/recommendations>

[5] NICE. NG234, Spinal metastases and metastatic spinal cord compression. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng234/chapter/recommendations>

[6] American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria: Acute Trauma to the Knee. <https://acsearch.acr.org/docs/69419/narrative/>

Uso didattico. I riferimenti guidano l'interpretazione dei punti sensibili; sono fonti internazionali, da integrare con linee guida aggiornate, percorsi locali e revisione clinica prima della pubblicazione. Figure 1-6: schemi originali. Tavola clinica A-C: immagini generate e illustrative, non fotografie diagnostiche.