

Capitolo 11 · Colonna cervicale e lombare

Dall'anamnesi al movimento: un esame prudente e riproducibile

Il dolore al collo o alla schiena può restare locale, irradiarsi a un arto o accompagnarsi a sintomi neurologici. Questo capitolo propone una sequenza pratica: ascoltare, riconoscere segnali di allarme, osservare la funzione, esaminare il movimento e documentare ciò che è stato davvero verificato.

Obiettivi

Distinguere dolore locale e sintomi irradiati; descrivere un esame neurologico di base secondo competenza; riconoscere quando la priorità è la valutazione urgente; evitare conclusioni fondate su una sola manovra.

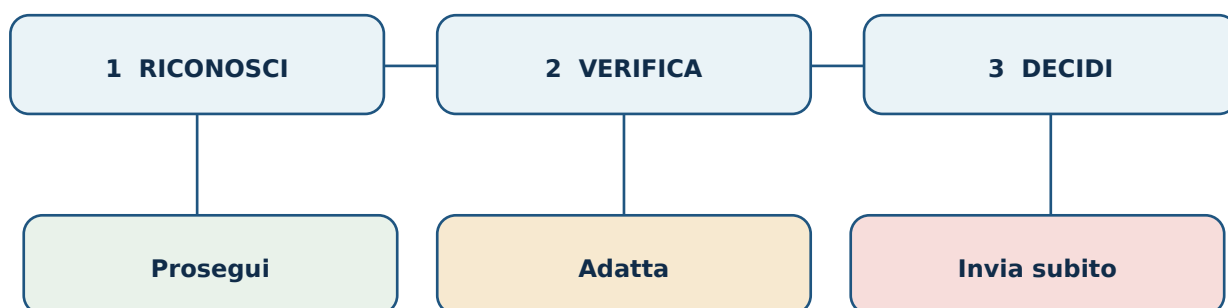


Figura 1. Il percorso cambia se emergono sintomi nuovi o progressivi. La figura è uno schema didattico, non un algoritmo diagnostico.

La domanda che guida la visita

Che cosa limita oggi la persona, quali dati suggeriscono un problema più serio e quale esame aggiunge informazioni senza aumentare inutilmente i sintomi? Le risposte cambiano nel tempo: una visita va aggiornata se la storia cambia.

Principio

Prima di nominare una struttura, descrivi sede, andamento nel tempo, funzione, sintomi associati e reperti verificati.

Tre dati da non confondere

Il dolore descritto dalla persona, la limitazione che osservi e la conclusione che proponi sono tre livelli distinti. Per esempio, “fa male quando giro la testa” è un racconto; “rotazione sinistra interrotta prima della destra” è un reperto; “serve esame neurologico perché il dolore arriva al braccio” è una scelta motivata. La distinzione rende la visita ripetibile e permette di correggere la decisione se emergono elementi nuovi.

1. Il racconto: sede, tempo e funzione

Chiedi quando è iniziato il dolore, se vi è stato trauma, dove viene avvertito e se si sposta verso braccio o gamba. Distingui un dolore diffuso da un percorso riferito con precisione. Chiedi intorpidimento, formicolio, perdita di forza percepita, febbre, precedenti tumori, terapia in corso e cambiamenti della funzione.

Domanda	Dato da registrare	Perché conta
“Dove arriva il sintomo?”	Collo/schiena, arto, lato e territorio descritto.	Orienta l’esame senza assegnare subito una radice.
“Quando è iniziato e come cambia?”	Esordio, durata, progressione, episodi precedenti.	Un cambiamento nuovo richiede una nuova valutazione.
“Che cosa non riesce a fare?”	Sonno, cammino, lavoro, presa, scale.	Trasforma “dolore” in impatto osservabile.
“Che cosa lo modifica?”	Posizioni e gesti tollerati o aggravanti.	Aiuta a scegliere prove sicure.

Le parole della persona sono dati, non diagnosi

“La gamba cede” può significare dolore, paura di cadere o debolezza. Chiedi che cosa è successo esattamente e se è peggiorato. “Sciatica” è una parola frequente, ma nella nota è più utile scrivere sede, distribuzione e sintomi associati.

Nota iniziale

“Dolore lombare da dieci giorni, riferito anche alla faccia posteriore della gamba destra fino al polpaccio; cammino ridotto. Nega trauma; forza percepita da chiarire con esame.”

Il tempo è parte del reperto

Annota se un sintomo neurologico è stabile, intermittente, recente o progressivo. Una nuova difficoltà a sollevare il piede ha implicazioni diverse da un formicolio invariato da mesi, pur richiedendo entrambi una descrizione accurata.

Esempio di approfondimento

Se la persona dice “mi si addormenta la mano”, chiedi quali dita, quale mano, se il sintomo compare di notte o durante attività specifiche e se cambia insieme al dolore cervicale. Non assumere che ogni disturbo della mano provenga dal collo. Registra anche cosa la persona riesce ancora a fare: aprire una bottiglia, scrivere, afferrare un oggetto. In seguito scegli prove coerenti con le risposte.

2. Prima del movimento: segnali di allarme

Cerca storia e reperti pertinenti: trauma o fragilità, sospetta infezione, storia oncologica, deficit neurologico nuovo o progressivo. Nell'adulto con forte dolore lombare irradiato alla gamba, un nuovo disturbo vescicale, intestinale o sessuale, oppure nuova ipoestesia perineale, richiede invio immediato per sospetta sindrome della cauda equina (NICE NG127, 1.7.3). Non è necessaria la compresenza di tutti questi sintomi.

Dato nuovo	Priorità pratica	Documentazione
Ritenzione urinaria, incontinenza nuova o anestesia "a sella".	Invio immediato al percorso di emergenza.	Ora d'esordio, parole riferite e contatto attivato.
Debolezza grave o progressiva in un arto.	Valutazione urgente; non proseguire con test provocatori.	Funzione riferita e forza effettivamente esaminata.
Febbre con dolore spinale o forte sospetto sistemico.	Valutazione medica tempestiva.	Temperatura, fattori di rischio e sintomi associati.
Trauma e dolore con sospetto di frattura.	Percorso traumatico appropriato.	Meccanismo, carico e prove omesse.

Non attendere un test positivo

Se la storia suggerisce una possibile emergenza neurologica, la priorità è attivare subito la valutazione appropriata. Un esame incompleto non giustifica il rinvio.

L'assenza di un segnale di allarme isolato non esclude ogni causa seria. Rivedi il quadro quando compaiono sintomi nuovi o l'andamento non è coerente con l'ipotesi iniziale.

Come fermare la visita

Spiega alla persona il motivo della priorità, evita prove che ritardano l'invio e passa informazioni specifiche: esordio, sintomi, reperti verificati e dati ancora ignoti. Non sostituire "normale" a "non valutato".

Esempio di passaggio di consegne

"Dolore lombare con nuova difficoltà a urinare da stamattina e riduzione riferita della sensibilità perineale. Esame provocativo non eseguito per non ritardare la valutazione. Attivato il percorso di emergenza alle ore indicate." La frase dice che cosa è riferito, che cosa è stato omesso e quale azione è stata compiuta. Evita formulazioni vaghe come "red flags presenti" senza specificare i dati.

3. Osservare senza diagnosticare la postura

Osserva come la persona entra, si siede, si alza e cambia posizione, se questi gesti avvengono spontaneamente e in sicurezza. Descrivi il cammino e l'uso di ausili. Un'asimmetria posturale è un dato da contestualizzare, non una spiegazione automatica del dolore.

Situazione	Descrizione utile	Conclusione da evitare
Si alza lentamente dalla sedia.	"Trasferimento eseguito con appoggio delle mani."	"Instabilità vertebrale."
Riduce la rotazione del collo.	"Si gira con il tronco per guardare a sinistra."	"Articolazione bloccata."
Cammino più breve del solito.	Distanza riferita e tratto osservato separati.	"Debolezza" senza esame.
Spalle o bacino asimmetrici.	Posizione, lato e contesto osservati.	Causa unica del sintomo.

Riferito e osservato

"Non riesco a camminare oltre cinque minuti" è un dato riferito. "Cammina per alcuni metri nella stanza senza ausilio" è osservato. Possono essere entrambi veri; regISTRALI separatamente e chiedi come cambiano i sintomi durante l'attività.

Sicurezza

Non chiedere un gesto solo per riempire la scheda se la persona ha rischio di caduta, dolore intenso o un sospetto traumatico non chiarito.

Un'osservazione breve è utile quando prepara una domanda: il movimento è limitato dal dolore, dalla paura, da equilibrio ridotto o da un deficit? Per rispondere serve l'esame successivo, se appropriato.

Osservazione nel tempo

Se hai una visita precedente, confronta la stessa attività: quanti passaggi per alzarsi, che distanza è stata osservata e se oggi serve un ausilio. Un cambiamento funzionale può essere più comunicativo di una postura statica. Anche un gesto fluido in ambulatorio non esclude dolore importante in altre circostanze: chiedi alla persona quando compare il limite e non usare pochi metri di cammino per stimare una giornata intera.

4. Colonna cervicale: movimento attivo

Dopo aver escluso un percorso urgente, chiedi movimenti attivi confortevoli di flessione, estensione, rotazione e inclinazione laterale. Spiega che la persona può fermarsi al primo aumento significativo del sintomo. Osserva ampiezza approssimativa, qualità, lato e se il dolore resta nel collo o si estende al braccio.

Direzione	Che cosa annotare	Limite
Rotazione destra/sinistra	Lato più limitato e sede del sintomo.	Non dedurre il livello vertebrale.
Flessione/estensione	Arco tollerato e cambiamento del sintomo.	Non forzare la fine corsa.
Inclinazione laterale	Confronto tra lati e compensi.	Un'asimmetria non identifica una diagnosi.

Un sintomo che cambia durante il gesto

Se compare un dolore familiare lungo il braccio, chiedi dove arriva e se svanisce tornando alla posizione di partenza. Interrompi se compaiono capogiro importante, deficit nuovo o sintomi incompatibili con una semplice prova di movimento. Non attribuire automaticamente ogni sintomo irradiato a una radice cervicale.

Frase modello

“Rotazione attiva a sinistra ridotta rispetto alla destra; dolore cervicale sinistro abituale al limite tollerato, senza sintomo al braccio durante la prova.”

Il confronto utile è con il lato opposto e, se disponibile, con una valutazione precedente ottenuta con le stesse istruzioni. La precisione in gradi richiede una misura adatta, non una stima presentata come numero esatto.

La nota di una prova interrotta

“Inizia la rotazione a destra, si ferma per dolore cervicale; l'irradiazione abituale al braccio non compare durante il tratto eseguito.” Questa descrizione è più utile di “rotazione positiva”. Se il dolore impedisce di esplorare l'intero arco, la prova non dimostra che il movimento completo sarebbe stato indolore o sicuro. Annota inoltre la posizione iniziale e l'eventuale bisogno di sostegno.

5. Colonna lombare: movimento e funzione

Osserva flessione, estensione e inclinazione laterale attive soltanto entro un arco tollerato. Chiedi se il gesto riproduce il dolore abituale e se modifica i sintomi alla gamba. Registra la direzione che cambia il sintomo e il tempo necessario a tornare alla condizione iniziale.

Prova	Esempio di nota	Da non concludere
Flessione attiva	“Si flette fino alle ginocchia; dolore lombare abituale.”	Una misura angolare esatta.
Estensione attiva	“Arco piccolo, fermato per dolore locale.”	Una specifica lesione discale.
Sedersi e rialzarsi	“Usa le mani e riferisce dolore al ritorno in piedi.”	Forza ridotta dimostrata.
Cammino spontaneo	“Nel breve tratto osservato il passo è regolare.”	Resistenza normale su lunghe distanze.

Il movimento ha un contesto

Un gesto può essere limitato per dolore, rigidità, paura o equilibrio. Per questo una descrizione della funzione è più utile di “mobilità scarsa”. Ripeti la stessa istruzione nelle rivalutazioni, se ha senso clinico, e annota eventuali condizioni cambiate.

Controllo del sintomo

Un aumento marcato o persistente del dolore, oppure un sintomo neurologico nuovo, è un motivo per interrompere la prova e riconsiderare il percorso.

Se la persona non può stare in piedi in sicurezza, non chiamare “negativi” i movimenti non eseguiti. Documenta il motivo e raccogli altri dati disponibili senza provocare il sintomo.

Un confronto alla rivalutazione

Alla prima visita la persona arriva a flettersi fino alle ginocchia e riferisce dolore locale; alla successiva raggiunge la parte superiore delle tibie con la stessa istruzione e senza irradiazione. Puoi descrivere il cambiamento funzionale, ma non attribuirlo a una struttura specifica. Se la modalità della prova è diversa, scrivilo: il confronto perde precisione quando cambiano posizione, incoraggiamento o sintomi iniziali.

Tavola fotografica · Tre momenti della visita

Immagine generata a scopo didattico: persone e situazioni non sono reperti clinici reali.



A · Ascolto	B · Funzione	C · Verifica
Chiedi sede, tempo, sintomi associati e attività limitate.	Osserva il gesto spontaneo e il movimento tollerato.	Confronta la funzione degli arti con istruzioni semplici.

Quello che una fotografia non mostra

La foto non rivela la distribuzione del formicolio, l'andamento nel tempo, la forza effettiva o la presenza di segnali di allarme. Le immagini illustrano la sequenza di visita; le decisioni richiedono storia, esame e contesto.

Domanda di lettura

Quale sintomo nuovo farebbe sospendere il passaggio B e anticipare una valutazione urgente? Formula una domanda specifica che lo faccia emergere.

Una possibile risposta: “Ha avuto da poco difficoltà a urinare o ha perso sensibilità nella zona tra le gambe?” Se la risposta suggerisce un cambiamento nuovo, non attendere l'ultima manovra prima di attivare il percorso di emergenza.

Didascalie che aiutano davvero

Per ciascun pannello scrivi una frase osservabile: “Si raccoglie il decorso”, “Si osserva un gesto tollerato”, “Si confronta una funzione”. Non trasformare il pannello C in “esame neurologico normale”: la foto non mostra la risposta del paziente né i risultati. La stessa regola vale per i video del libro: una scena mostra come impostare una domanda, non prova che ogni spettatore abbia una diagnosi.

6. Dolore irradiato e sintomi neurologici

Chiedi alla persona di indicare con una mano il percorso del sintomo e annota se il dolore, il formicolio o l'intorpidimento arrivano oltre spalla, gomito, gluteo o ginocchio. Una distribuzione riferita può orientare l'esame, ma non assegna da sola una radice nervosa.

Riferito	Verifica successiva	Errore frequente
Dolore lungo un arto.	Sede precisa, qualità, andamento e confronto con il dolore locale.	Chiamarlo radicolopatia senza esame.
Formicolio intermittente.	Territorio, durata, fattori associati.	Scrivere "sensibilità normale" dal solo racconto.
"Perdo forza".	Gesti specifici: presa, inciampi, salire le scale.	Confondere dolore inibitorio e deficit.
Sintomo bilaterale nuovo.	Esordio, progressione e altri segni neurologici.	Attendere che diventi grave prima di rivalutare.

Mappa il cambiamento

Se un dolore prima locale comincia a irradiarsi o un formicolio si estende, registra quando è accaduto. Chiedi se vi sono sintomi a entrambi gli arti, difficoltà nuove nella deambulazione o alterazioni sfinteriche. Il valore della distribuzione cresce quando è coerente con un esame neurologico e con il resto del quadro.

Linguaggio prudente

"Dolore cervicale con irradiazione riferita all'avambraccio destro; territorio da confrontare con sensibilità e funzione motoria."

Esempio di sintesi provvisoria

"Dolore lombare con irradiazione riferita alla gamba destra e formicolio intermittente; distribuzione ancora da confrontare con sensibilità e forza. Non riferisce modifiche sfinteriche al colloquio odierno." La sintesi non salta a una diagnosi. Se il sintomo cambia prima della visita successiva, la persona deve poter riconoscere quali cambiamenti richiedono una valutazione tempestiva.

7. Esame neurologico di base

Quando sintomi o storia lo indicano, confronta i due lati con prove semplici di movimento contro resistenza, sensibilità al tatto leggero e riflessi secondo formazione e contesto. Spiega la prova e registra il muscolo o il gesto valutato, il lato e la differenza osservata. Se non hai eseguito una componente, dichiaralo.

Dominio	Esempio di verifica	Nota utile
Motricità	Gesti degli arti superiori o inferiori scelti in base al sintomo.	Lato, gesto e limite dovuto al dolore.
Sensibilità	Confronto al tatto leggero in territori comparabili.	Area descritta, lato e risposta.
Riflessi	Confronto appropriato da operatore formato.	Quali riflessi, simmetria e limiti.
Funzione	Presa, cammino o trasferimenti già sicuri da osservare.	Differenza tra riferito e osservato.

Una prova limitata dal dolore

La contrazione incompleta per dolore non equivale a debolezza neurologica dimostrata. Chiedi se il sintomo è il solito, adatta o interrompi e segnala l'incertezza. Se sospetti un deficit grave o progressivo, dai priorità alla valutazione urgente.

Scrittura esemplare

“Estensione del polso destro contro resistenza apparentemente minore della sinistra, prova limitata da dolore riferito; sensibilità al tatto leggero non ancora valutata.”

Un risultato chiamato “normale” deve corrispondere alle componenti davvero esplorate. La completezza della nota non dipende dal numero di test, ma dalla chiarezza di ciò che è stato verificato.

Confronto valido tra lati

Usa istruzioni uguali e una posizione simile per entrambi i lati, poi verifica se il dolore impedisce lo sforzo. Chiedi quali differenze erano già presenti prima dell'episodio attuale. Il solo confronto non fornisce la causa di una differenza: un arto dominante, una lesione precedente o il dolore possono influenzare la prestazione. La nota migliore rende visibili questi limiti.

8. Manovre mirate e limiti interpretativi

Lo straight leg raise nel dolore lombare con irradiazione e alcune prove cervicali possono contribuire alla valutazione quando la storia pone una domanda precisa. Prima di eseguirle verifica sicurezza, consenso e posizione tollerata. Descrivi quale sintomo familiare viene riprodotto, dove compare e quando si interrompe la prova.

Situazione	Domanda utile	Come scrivere il limite
Sollevamento dell'arto inferiore disteso.	Compare il sintomo abituale lungo la gamba?	"Interrotto per dolore locale", se l'irradiazione non è valutabile.
Movimento cervicale provocativo.	Cambia il sintomo al braccio?	Non forzare o comprimere se non è indicato e tollerato.
Forza durante il dolore.	Il gesto è completato con sforzo interpretabile?	"Non valutabile per dolore", se necessario.

Un risultato non è un'etichetta

"Test positivo" senza sede, qualità del sintomo e contesto può essere fuorviante. Un dolore lombare provocato durante il sollevamento della gamba non equivale automaticamente al dolore irradiato tipico che si intendeva esplorare. Un singolo test non dimostra una diagnosi.

Scelta sensata

Se i dati di sicurezza richiedono invio, non eseguire una manovra provocativa per completare la scheda. Registra la ragione dell'omissione.

Evita ripetizioni insistenti alla ricerca di un risultato. Una prova mal tollerata tende a ridurre l'interpretabilità dell'esame successivo.

Quando la prova aggiunge poco

Se la persona ha già un deficit progressivo riferito e una valutazione urgente è indicata, accumulare manovre provocatorie non aggiunge una decisione utile. Analogamente, se il gesto non può raggiungere la posizione richiesta, una parola come "negativo" dà falsa sicurezza. La domanda prima del test è semplice: quale risultato cambierebbe oggi il percorso? Se non sai rispondere, riconsidera la necessità della prova.

9. Imaging: una domanda clinica precisa

NICE raccomanda di non offrire di routine imaging per lombalgia con o senza sciatica in un contesto non specialistico, in assenza di sospetto di patologia seria. Quando si considera un esame in ambiente specialistico, la domanda è se il risultato possa cambiare la gestione. Nel collo, la scelta dell'imaging dipende dallo scenario, dai segni neurologici, dal trauma e dai criteri appropriati.

Scenario	Domanda prima dell'esame	Azione
Lombalgia senza segnali di allarme.	Quale decisione cambierebbe il risultato?	Evitare immagini di routine.
Nuovi sintomi di possibile cauda equina.	Serve percorso di emergenza?	Attivare subito valutazione urgente.
Cervicalgia con deficit progressivo.	Quale livello di urgenza e indagine è appropriato?	Valutazione medica mirata.
Trauma.	Quali criteri traumatici si applicano?	Seguire percorso specifico.

Il referto non è la persona

Un reperto radiologico va collegato a sede, esame, funzione e decorso. Non spiegare ogni sintomo mediante un'immagine isolata né escludere una causa seria solo perché manca una radiografia iniziale. Un cambiamento clinico richiede rivalutazione.

Frase utile

"Imaging non richiesto di routine in questa valutazione non specialistica; riesaminare la decisione se emergono segnali di allarme o se uno specialista ritiene che il risultato modifichi la gestione."

Come spiegare la scelta alla persona

"Le immagini sono utili quando rispondono a una domanda che cambia ciò che faremo. In questo momento controllo soprattutto i sintomi, la funzione e gli eventuali segnali che richiedono un approfondimento." Questa spiegazione non svaluta il dolore. Indica anche che il percorso può cambiare: un deficit nuovo, una storia traumatica importante o sintomi sistemici modificano la valutazione.

10. Due casi: la stessa sede, priorità diverse

Caso A. Persona adulta con dolore lombare iniziato dopo un'attività ordinaria, stabile da una settimana. Cammina, cambia posizione autonomamente e non riferisce sintomi sfinterici, anestesia perineale, febbre, trauma o deficit progressivi. Il movimento attivo è limitato dal dolore locale. La nota descrive funzione e reperti, concorda il percorso clinico appropriato e indica quando rivalutare se cambiano i sintomi.

Caso B. Persona con dolore lombare e sintomi alle gambe riferisce oggi una nuova difficoltà a urinare e ridotta sensibilità nella regione perineale. La decisione non attende prove provocatorie: attivare immediatamente il percorso di emergenza per sospetta cauda equina, documentando esordio e comunicazione.

Passaggio	Caso A	Caso B
Dato che cambia la priorità	Nessun segnale urgente emerso nel racconto e nell'esame.	Nuovi sintomi urinari e perineali.
Movimento	Attivo confortevole, con limite documentato.	Non necessario per decidere l'invio.
Nota	Sintomi, funzione, reperti, istruzioni di rivalutazione.	Ora, sintomi riferiti, reperti verificati e percorso attivato.

Discussione

Perché “entrambi hanno mal di schiena” non basta a scegliere lo stesso percorso? La priorità dipende dai sintomi associati e dalla loro evoluzione.

Nel caso A, l'assenza di segnali emersi oggi non è una garanzia permanente. Spiega quali cambiamenti richiedono una nuova valutazione e documenta che la persona li ha compresi.

Due note finali diverse

Nel caso A, registra il limite nel movimento, la funzione attuale e i sintomi che porterebbero a una rivalutazione. Nel caso B, registra il tempo preciso del cambiamento e l'azione di invio. Una nota concisa non significa una nota generica: “lombalgia, monitorare” nasconde la differenza fondamentale tra i due scenari. La priorità deve essere leggibile anche da chi non era presente alla visita.

11. Esercizi di ragionamento e documentazione

Esercizio 1 - Correggi la nota

“Sciatica destra, test negativo, forza normale.” Riscrivila sapendo che la persona riferisce dolore fino al polpaccio, il sollevamento della gamba è stato interrotto per dolore lombare e la forza non è stata esaminata.

Possibile risposta

“Dolore lombare con irradiazione riferita alla gamba destra fino al polpaccio. Sollevamento dell’arto interrotto per dolore lombare, senza poter valutare la riproduzione del sintomo alla gamba. Forza non esaminata.”

Esercizio 2 - Cambia percorso

Durante un colloquio per cervicalgia, una persona descrive una nuova difficoltà progressiva a usare le mani e a camminare. Quale parte della sequenza diventa prioritaria e quali informazioni comunichi?

Possibile risposta

Verifica con domande mirate esordio e progressione, registra funzione e reperti neurologici che puoi valutare senza ritardo, e richiedi una valutazione medica urgente per il nuovo deficit progressivo.

Esercizio 3 - Una domanda per l’imaging

Una persona con lombalgia stabile senza segnali di allarme chiede una risonanza “per sapere che cosa ho”. Formula una risposta chiara che spieghi perché l’imaging non è di routine in questa situazione e quale cambiamento richiederebbe una rivalutazione.

Possibile risposta

“Oggi la storia e l’esame non suggeriscono un’indicazione per immagini di routine. Valuteremo di nuovo il percorso se compaiono nuovi sintomi neurologici, segnali di allarme o se il quadro cambia; un eventuale esame deve rispondere a una domanda che modifica la gestione.”

Verifica personale

Rileggi le tre risposte senza guardare i casi. In ognuna evidenzia un dato riferito, uno eventualmente osservato e una decisione. Se una conclusione non ha un dato a sostegno, riscrivila. Se hai scritto “normale” o “negativo”, chiediti quale parte dell’esame hai realmente eseguito e se il limite dovuto al dolore compare nella frase.

Promemoria per la visita · Colonna cervicale e lombare

Passaggio	Controllo essenziale
1 · Storia	Esordio, trauma, sede, irradiazione, andamento, funzione.
2 · Sicurezza	Deficit nuovo/progressivo, sintomi sfinterici o perineali, febbre, cancro, trauma.
3 · Osservazione	Gesti spontanei, cammino e trasferimenti sicuri; riferito distinto da osservato.
4 · Movimento	Direzione, lato, sintomo familiare, arco tollerato e limite.
5 · Neurologia	Motricità, sensibilità, riflessi quando indicati e secondo competenza.
6 · Sintesi	Dato che sostiene l'ipotesi, incertezza, prove omesse, priorità e piano.

Fonti principali e ambito

NICE, Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management, NG59, raccomandazioni su diagnosi differenziale e imaging (2016, aggiornamenti correnti).

NICE Clinical Knowledge Summaries, Sciatica (lumbar radiculopathy), segnali di allarme e invio.

Merck Manual Professional, Evaluation of Neck and Back Pain e Cauda Equina Syndrome, panoramiche cliniche.

American College of Radiology, Appropriateness Criteria: Cervical Pain or Cervical Radiculopathy, scenari di imaging.

Le indicazioni vanno applicate alla persona, al contesto e ai protocolli locali. Questo capitolo è materiale formativo e non sostituisce una valutazione clinica individuale.

Frase finale

Descrivi il dato, segnala il limite, scegli la priorità. Una decisione prudente resta aperta ai dati nuovi.