

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA**  
**FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**  
Master in riabilitazione dei disordini muscoloscheletrici  
In collaborazione con la Libera Università di Bruxelles



**Università degli Studi  
di Genova**



**In collaborazione con  
V.U.B. Brussel**

**LA VALUTAZIONE DELLE RED FLAGS  
NEI PAZIENTI CON LOMBALGIA E LOMBOSCIATALGIA**

Referente :  
Ciuro Aldo

Tesi di:  
Manicone Innocenzo

Anno Accademico 2007/2008

## INDICE

Abstract	pag. 1
Introduzione	pag. 2
Materiali e metodi	pag. 3
Risultati	pag. 4
Discussione	pag. 8
Conclusione	pag. 10
Bibliografia	pag. 11

## ABSTRACT

### **Introduzione**

Questo studio si propone l'obiettivo di svolgere una raccolta ed una valutazione delle red flags in pazienti con lombalgia e lombosciatalgia e di evidenziare il modus operandi per la loro identificazione.

### **Materiali e metodi**

La ricerca è stata condotta sulla banca dati MedLine utilizzando la seguente stringa di ricerca : "Sciatica"[Mesh] OR " Low Back Pain" [Mesh] AND "RED FLAGS".

La ricerca ha prodotto 31 articoli dei quali 9 rispondevano alle esigenze di questo studio.

### **Risultati**

Lo studio ha messo in evidenza che la discriminazione delle red flags può essere effettuata dal fisioterapista che conduce una attenta ed approfondita anamnesi ed uno scrupoloso esame clinico e neurologico.

La ricerca ha inoltre sottolineato la mancanza di questionari specifici validati per una corretta e rapida identificazione delle red flags.

### **Conclusioni**

La differenziazione di una lombalgia o di una lombosciatalgia da un'altra patologia specifica causa di dolore lombare irradiato e non irradiato si può determinare soltanto riconoscendo le red flags.

Questo è possibile solamente traendo dati sufficientemente dettagliati dall'anamnesi e dall'esame clinico e neurologico.

## INTRODUZIONE

La lombalgia (low back pain) è una delle condizioni dolorose più diffuse all'interno della popolazione, infatti circa 80% delle persone soffrono, almeno una volta nella vita, di "mal di schiena". (1)

La lombalgia è una delle maggiori cause di assenteismo dal lavoro avendo quindi grandi ripercussioni economiche e sociali.

Ogni anno il 50% degli adulti in età lavorativa presenta un caso di lombalgia e di questi il 20% ricorre a cure mediche.

Nell'85% dei casi si tratta di una lombalgia aspecifica ovvero una condizione clinica in cui, in assenza di segni neurologici, il dolore, che varia a seconda dei movimenti o delle attività svolte, è localizzato nella regione lombosacrale, nei glutei, nelle cosce ed è dovuto ad una causa meccanica o ad una disfunzione muscolo-scheletrica delle strutture lombari.

In letteratura la lombalgia è classificata anche in base alla durata dei sintomi in lombalgia acuta e sub-acuta che si risolvono rispettivamente in 4-8 settimane e 8-12 settimane, quando la sintomatologia si protrae per oltre 12 settimane si parla di lombalgia cronica.

È importante ricordare la lombalgia ricorrente, infatti nel 75% dei casi il quadro clinico di lombalgia si ripresenta anche a distanza di tempo. (2)

Si può comunque affermare che il 90% dei pazienti entro tre mesi ha una risoluzione dei sintomi con un trattamento conservativo.

La lombosciatalgia è una condizione di dolore, torpidità e debolezza che si irradia dalla bassa schiena lungo il gluteo, la parte posteriore della coscia scendendo fino al tallone ed al piede seguendo il decorso del nervo sciatico (L4-S2). Il 5% della popolazione è affetta da lombosciatalgia; anch'essa ha una prognosi positiva nella maggior parte dei casi se affrontata con un trattamento conservativo. L'1% dei pazienti affetti da lombosciatalgia diventano lombosciatalgici cronici. (3)

La lombalgia essendo così diffusa è una delle maggiori disfunzioni che il fisioterapista si trova ad affrontare ma a causa della complessità delle strutture (muscoli, fascia, legamenti, osso, articolazione, disco) non è impresa facile risalire alla fonte reale di dolore.

La complessità di eseguire una diagnosi funzionale specifica è resa ancor più ardua dalla necessità da parte dell'operatore di escludere le **RED FLAGS**.

Con la terminologia red flags si identificano patologie specifiche causa di lombalgia, che richiedono subito un consulto specialistico in quanto possono causare un serio danno fisico grave e permanente al paziente.

Nella categoria delle red flags la letteratura ha indicato: tumori, fratture vertebrali, infezioni, prostatiti, sindrome della coda equina, aneurisma dell'aorta addominale, spondilite anchilosante, discite settica, morbo di schuermann, spondilolistesi, stenosi del canale midollare, infezioni del tratto urinario, febbre, uso prolungato di droghe o corticosteroidi. [(2), (3), (4)]

Questo studio si propone di dare una valutazione, raccogliendo i dati presenti nella letteratura scientifica, le red flags e di riassumere gli strumenti attualmente validati in grado di aiutare l'operatore sanitario a discriminarle, effettuandone uno screening, in modo tale da inviare tempestivamente il paziente da uno specialista ove se ne verificasse la necessità ed evitare di procurare danni alla salute del paziente.

## MATERIALI E METODI

Lo studio è stato effettuato su MedLine inserendo la stringa di ricerca :”Sciatica”[Mesh] OR “ Low Back Pain” [Mesh] AND “RED FLAGS”.

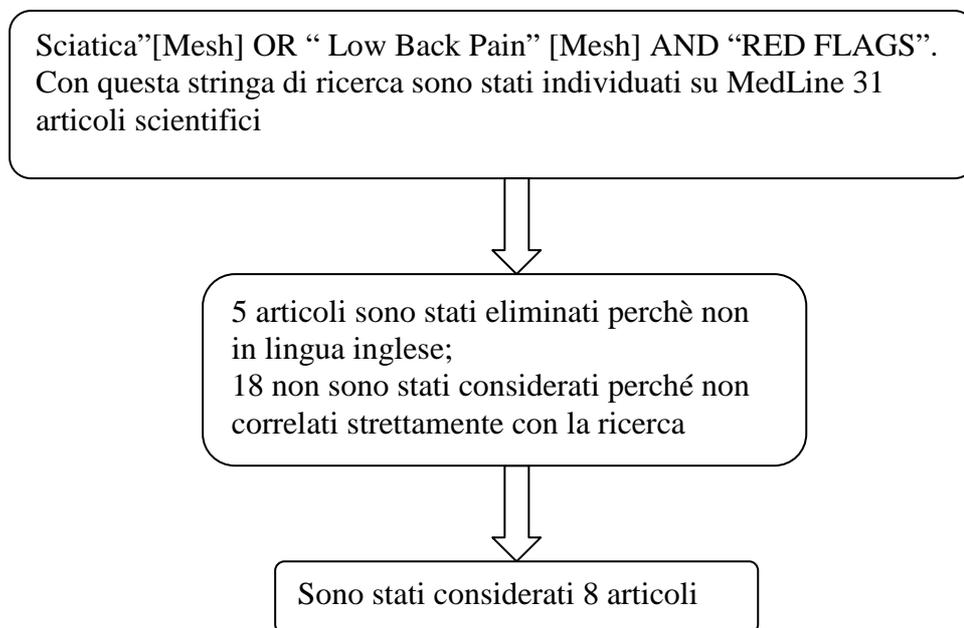
La ricerca ha prodotto 31 articoli scientifici presenti nella banca dati al 31/05/2008.

I criteri di esclusione si sono focalizzati sugli articoli in lingua inglese e su quelli in cui il testo completo non era disponibile.

Sono stati presi in considerazione solo gli articoli completi in inglese che rivolgevano la loro attenzione al management del low back pain ed allo screening delle red flags focalizzandosi sulla valutazione delle stesse.

Gli articoli presi in esame sono rivolti direttamente al fisioterapista ed analizzano l’iter diagnostico-funzionale prestando molta attenzione alle red flags ed ai segni clinici che permettono di riconoscerle e discriminarle.

Alla fine sono stati considerati 8 articoli scientifici.



## RISULTATI

Tipologia di studi	rif	oggetto	N.ro soggetti	campione	dignosi	strumenti
REVISIONE SISTEMATICA	7	Identificazione di 5 red flags per discriminare le fratture vertebrali in pazienti con lombalgia		Pazienti con lombalgia	LBP	Raccolta dei dati anamnestici e della storia clinica recente e remota
revisione	8	Sviluppo dell'esame clinico nella lombalgia a-specifica (NSLBP): TECNICA DELPHI	30 fisioterapisti	Pazienti con lombalgia a-specifica	NSLBP	Raccolta di dati clinici
revisione	6	Utilizzo della risonanza magnetica in pazienti adulti con lombalgia cronica	111	Pazienti con età > 65 anni	Lombalgia cronica	Raccolta dei dati anamnestici ed esame clinico
revisione	1	Fornire informazioni sulla natura, sulla valutazione e la diagnosi di lombalgia			LBP	Anamnesi ed esame clinico e neurologico
revisione	5	Valutare il rapporto tra fisioterapista e menagement del pz lombalgico secondo le linee guida	182 fisioterapisti	Regione del nord Illinois (250.000 abitanti circa)	LBP	Raccolta anamnestica esame clinico
revisione	2	Valutazione e menagement del paziente con lombalgia acuta	23 dei membri della commissione multidisciplinare che hanno compilato le linee guida	Pazienti con remissione dei sintomi entro 12 settimane	Lombalgia acuta e sub-acuta	Raccolta dei dati anamnestici, esame fisico ed esame neurologico

Studio comparativo	4	Effettuare una comparazione tra le linee guida esistenti riguardanti il management del LBP in soggetti lavoratori		Lavoratori assenti da lavoro	LBP	Raccolta della storia clinica, esame fisico ed esame neurologico
Studio osservazionale	3	Dare informazioni sulla lombosciatalgia a scopo diagnostico			Lombo-sciatalgia	Raccolta della storia clinica, esame fisico ed esame neurologico

Tutti gli articoli presi in esame si accomunano per la loro attenzione sull'importanza di riconoscere le red flags durante la valutazione ed il trattamento del paziente lombalgico.

Tuttavia non ci sono al momento questionari specifici oppure test specifici applicabili direttamente dal fisioterapista.

Dibattuto è anche l'utilizzo delle Rx o della risonanza magnetica (MRI) o della tomografia assiale computerizzata (TAC) nelle fasi iniziali del trattamento di routine.

Ci sono però interessanti studi che tracciano un iter diagnostico attraverso alcuni capi saldi che permettono di sospettare delle anomalie del decorso normale di una lombalgia aspecifica e di una lombosciatalgia e di far quindi emergere le bandiere rosse che fungono da campanello d'allarme.

A tal proposito un interessante studio è stato condotto dall'American Family Physician pubblicato nel 1999.

In questo studio vengono individuate un gruppo di red flags a cui si associa una sintomatologia ed una storia clinica che permettono al fisioterapista, indagandole, di risalire ad esse o per lo meno sospettarle.

Gran parte della indagine si svolge già nell'anamnesi, è il feed back paziente operatore che permette a quest'ultimo di ottenere le informazioni necessarie per la diagnosi differenziale di una lombalgia o di un disordine apparentemente simil-lombalgico di cui si ritiene necessario un consulto specialistico.

Lo studio analizza le cause di lombalgia e poi pone la sua attenzione sulle cause "non specifiche" di una lombalgia individuandone 10 : fratture vertebrali, spondilolisi, tumori, malattie del tessuto connettivo (lupus eritematoso sistemico), infezioni, aneurisma dell'aorta addominale, sindrome della cauda equina, spondilite anchilosante e nefrolitiasi.(5)

L'unico modo per discriminare queste patologie da una lombalgia è l'esecuzione di una accurata anamnesi.

Bisogna indagare la storia clinica recente e remota; infatti una storia di trauma ( come una caduta dall'alto), osteoporosi e dolore localizzato in una zona ben limitata del tratto lombare ci possono portare a sospettare una frattura vertebrale; una inspiegabile ed importante perdita di peso , febbre e una storia di cancro precedente possono portarci ad ipotizzare una patologia neoplastica o metastasica;febbre, storia di abuso di farmaci o di tubercolosi possono determinare una infezione

del disco intervertebrale, oppure una storia di ritenzione urinaria o incontinenza urinaria o fecale, anestesia, progressivo intorpidimento degli arti inferiori e claudicatio ci possono condurre verso un sospetto di stenosi del canale midollare e quindi una possibile forma di sindrome della cauda equina che possono inizialmente confuse con una lombosciatalgia.

Un'altra red flags è sicuramente la continuazione dei sintomi dopo un trattamento conservativo della durata di 12 settimane.

Grazie alla raccolta di queste informazioni e dopo aver valutato il paziente il fisioterapista ricorre all'aiuto del medico specialista ed al supporto di esami clinici e radiologici.

A tal proposito le occupational health guidelines (4) hanno stabilito delle direttive a proposito dell'utilizzo della diagnostica strumentale della lombalgia dei lavoratori soffermandosi sulla tempistica di somministrazione delle stesse in base alla storia clinica del paziente.

La linea guida olandese considerando i lavoratori lombalgici assenti da lavoro delinea l'indagine diagnostica sulla raccolta dei dati anamnestici e sull'esame fisico per individuare la causa della lombalgia e discriminare le eventuali red flags. Pone l'accento sulla flessione estensione della colonna vertebrale e sui movimenti di rotazione valutando le eventuali radiazioni con il test SLR ed esaminando riflessi e sensibilità. Una volta raccolti i dati indirizza il paziente verso un esame rx solo in caso di Low Back Pain specifico.

Diverso invece l'approccio della scuola new zelandese che si sofferma molto sul riconoscimento delle red flags attraverso anamnesi ed esame fisico indirizzando subito il paziente ad esami approfonditi nel momento in cui si sospetta un serio danno fisico o nel momento in cui non si ha una remissione della sintomatologia in 4 settimane.

La linea guida statunitense nella classificazione diagnostica mette al primo posto la possibilità di danni seri nella lombalgia indagando le red flags attraverso anamnesi ed esame fisico improntato su una osservazione generale del paziente, una indagine prima regionale poi segmentale del distretto doloroso e la discriminazione di eventuali segni radicolari, attraverso questa indagine si vanno a delineare i caratteri della lombalgia e vengono riconosciute le eventuali anomalie che fanno sì che il paziente venga indirizzato verso una analisi approfondita.

La linea guida statunitense è in accordo con la scuola new zelandese per quanto riguarda gli esami radiologici.

La linea guida QUEBEC (Canada) individua 11 categorie di cui fa parte anche il gruppo "altre diagnosi" in cui si racchiudono le patologie che provavano dolore lombare.

Lo studio canadese prevede una iniziale indagine che segue i canoni del protocollo olandese per i pazienti che si assentano da lavoro per lombalgia in fino a 4 settimane ma a differenza del suddetto protocollo prevedono un esame radiologico nel momento in cui si riscontrano anomalie durante il trattamento, dopo gli esami se non viene riscontrata nessuna palese causa di patologia non lombalgica rivalutano il paziente che però viene mandato dallo specialista nel momento in cui la sintomatologia non subisce un decremento entro 6 settimane. Se invece già l'esame radiologico evidenzia un chiaro quadro che giustifica il sospetto di red flags il paziente viene immediatamente inviato dal medico specialista.

La linea guida australiana dopo la raccolta dei dati anamnestici si sofferma molto sull'esame fisico che oltre a valutare i movimenti ed effettuare osservazione e palpazione usa come strumento diagnostico un accurato esame neurologico analizzando la tensione neurale, la forza, la sensibilità e la torpidità nella regione dolorosa.

I pazienti che non hanno evidenti red flags e che non guariscono entro 4 settimane sono inviati ad effettuare un esame radiologico così come i pazienti con dolore alla schiena ed alle gambe bilateralmente.

La linea guida inglese invece non ritiene necessario un consulto radiologico precoce a meno di evidenti red flags.

Si può concludere che tutte le linee guida enunciate sono d'accordo sull'effettuare una accurata anamnesi da cui trarre informazioni importanti (eventuali perdite di peso, storie di cancro, cadute o

traumi, incontinenza urinaria o fecale, uso prolungato di corticosteroidi) ed un accurato esame fisico a cui si associa un esame neurologico.

La maggior parte delle linee guida concordano sul fatto che in caso di riconoscimento di una red flags il paziente debba essere inviato in primis dal radiologo per avere un primo riscontro.

In aggiunta a ciò le linee guida statunitensi e new zelandese stabiliscono che il controllo radiologico deve essere effettuato anche in assenza di evidenti bandiere rosse nel momento in cui la sintomatologia non regredisce entro quattro settimane dall'inizio del trattamento riabilitativo.

Anche tac e risonanza magnetica devono essere consigliate dall'operatore nel momento in cui il trattamento lo richiede, infatti studi condotti su soggetti di oltre 65 anni affetti da lombalgia si è potuto verificare che la positività alle indagini radiologiche non corrispondeva con il normale andamento del trattamento, ovvero nella maggior parte dei casi in cui il trattamento aveva un andamento normale le indagini radiologiche hanno confermato l'assenza di elementi radiologicamente importanti.

Al contrario il fisioterapista che, dopo l'esame clinico o dopo aver riscontrato un decorso anomalo della lombalgia, ha invitato il paziente ad approfondire la sua situazione algica con esame radiografico prima ed eventualmente una tac o una risonanza magnetica ha visto confermate le sue ipotesi in oltre il 60% dei casi.(6)

Uno dei casi in cui si invita da subito il paziente ad un controllo radiografico ed è una red flags molto frequente è sicuramente una storia di trauma.. che potrebbe far ipotizzare una frattura vertebrale.

A tal proposito una revisione sistematica del 2007 delinea 5 parametri che ci permettono di discriminare una possibile algia secondaria a frattura da una normale lombalgia.

L'incidenza di pazienti con frattura vertebrale che richiedono un consulto fisioterapico è tra lo 0.5 % ed il 4% e di queste solo il 30% vengono individuate durante l'esame clinico.

È pertanto necessario conoscere una strategia di ricerca e di prima valutazione utilizzando strumenti validati.(7)

Lo studio condotto secondo i parametri QUADAS (Quality Assessment of Diagnosis Accuracy Studies) ha fornito degli elementi importanti definendo innanzitutto che le donne sono maggiormente esposte a fratture vertebrali rispetto agli uomini.

Le 5 red flags che permettono di sospettare con una molta probabilità le fratture vertebrali sono il sesso femminile, una età superiore ai 50 anni, storia di trauma, infortunio confuso e doloroso, dolore e sensazione di fragilità.(7)

Ematomi e lividi come deformità ossee sono state escluse dalla categoria delle red flags.

Si è notato che le deformità aumentano il rischio di fratture vertebrali ma tuttavia non lo diminuiscono nel momento in cui non ci sono, lo stesso discorso è condotto nei riguardi dell'uso prolungato di corticosteroidi.

## DISCUSSIONE

Gli studi analizzati hanno in comune un filo conduttore : non si può valutare un paziente lombalgico tralasciando lo screening delle red flags.

Ciò sta a sottolineare l'importanza di individuare e carpire i segnali che il paziente invia attraverso il feed-back con l'operatore al fine di scongiurare eventuali danni causabili dal trattamento e mettere in guardia il paziente su patologie importanti che rispecchiano in qualche modo una sintomatologia lombalgica o lombosciatalgia.

La letteratura ci fornisce una serie di red flags, ampiamente esaminata nel capitolo riguardante i risultati dell'analisi dei test scientifici, attraverso cui il fisioterapista ed il terapista manuale possono pensare di approfondire l'indagine diagnostica avvalendosi dell'ausilio del medico specialista.

Tuttavia pur lungamente trattato l'argomento red flags non ha a suo carico un questionario specifico in grado di discriminare le stesse in maniera più precisa e schematica, le informazioni devono essere recepite dall'operatore attraverso l'indagine anamnestica e clinica.

Le linee guida internazionali a tal proposito si soffermano molto sull'importanza di effettuare una accurata e dettagliata raccolta dei dati riguardanti la storia clinica recente e remota del paziente prima di effettuare l'esame fisico ed eventualmente neurologico.

È dall'anamnesi infatti che il fisioterapista può carpire una quantità importante di informazioni relative alla tipologia del dolore, al meccanismo del trauma, ad una eventuale perdita di peso oltre i 10 chilogrammi senza un apparente motivo, ad una eventuale incontinenza urinaria o fecale, una ritenzione urinaria oppure una storia di cancro o di abuso di droghe o farmaci.

Per quanto riguarda l'esame fisico e neurologico il test gold standard per la diagnosi di una radicolopatia è il test SLR e il test SLR crociato. Il test SLR (Straight Leg Raise) si effettua con il paziente supino; il terapista solleva l'arto inferiore esteso, interessato dalla sintomatologia, fino a che tale sintomatologia non viene riprodotta. Il test è positivo nel momento in cui la sintomatologia compare prima che l'arto sia sollevato oltre i 60°.

Lo SLR crociato ha il medesimo processo di esecuzione ma si solleva l'arto non affetto dalla sintomatologia. Il test è positivo se evoca la sintomatologia nell'arto controlaterale.

L'Esame neurologico è raccomandato per valutare la radicolopatia, l'associazione di segni e sintomi congruenti migliora sensibilità e specificità dell'esame neurologico.

Lo SLR test è più sensibile e meno specifico, lo SLR test crociato è più specifico e meno sensibile per ernia del disco.

La distribuzione del dolore è sintomo sensibile che segue vie specifiche (dermatomero).

Negli anziani lo SLR test può essere negativo anche in presenza di sindrome radicolare.

Un segno importante da ricercare durante l'esame di valutazione è lo Steppage (caduta del piede) per danno motorio completo L4-L5 richiede valutazione chirurgica urgente.

Un dolore persistente all'arto inferiore, atipico e/o con SLR test negativo, o nuovi/progressivi deficit neuromotori, richiedono valutazione specialistica neurologica. Tutti questi segni clinici possono indirizzare il fisioterapista ad un'ipotesi di stenosi del canale lombare o sindrome della cauda equina in un quadro sintomatologico che inizialmente poteva sembrare una lombosciatalgia.

Il terapista manuale ed il fisioterapista dopo una accurata anamnesi ed un attento esame fisico e neurologico hanno gli elementi sufficienti per individuare molte red flags, e quindi indirizzare il paziente verso un'analisi più approfondita dei suoi disturbi recandosi presso un medico specialista che valuterà lo stato di salute del paziente;

malgrado ciò, un altro elemento emerso dall'indagine è stato proprio il fatto di non riuscire a riconoscere ad una prima valutazione questi elementi di allarme.

A tal proposito le linee guida si esprimono in maniera differente nei dettagli ma sostanzialmente seguendo un unico filo conduttore secondo il quale il paziente deve essere inviato in primis da un

medico radiologo, per un consulto radiografico, nel momento in cui non si abbia un miglioramento della sintomatologia entro la 8-10 settimana di trattamento.

Se il consulto radiografico non evidenzia nulla di irregolare si rivaluta il paziente e si può indirizzare, nel caso ci sia necessità, presso un medico specialista per un consulto ed un esame più approfondito che potrebbe anche necessitare di TAC, risonanza magnetica o esami di laboratorio. A questo punto appare chiaro che il miglior modo per individuare le red flags sia una accurata ed approfondita conduzione dell'anamnesi e dell'esame obiettivo.

L'assenza quindi di questionari validati pone l'accento sul fatto che è proprio il fisioterapista attraverso la sua esperienza e la sua abilità a discriminare le red flags traendo informazioni dal paziente stesso.

Nella tabella che segue sono riassunti gli elementi cardine della ricerca effettuata con questo studio, ovvero si elencano le red flags e gli strumenti per riconoscerle.

È proprio dalle risposte del paziente, durante l'anamnesi e l'esame obiettivo, e dalla normale evoluzione e distribuzione del dolore che si può determinare una diagnosi di lombalgia, lombosciatalgia oppure sospettare una patologia specifica causa di lombalgia.

RED FLAGS	DATI ANAMNESTICI E CLINICI CHE NE PERMETTONO L'INDIVIDUAZIONE
TUMORE	Età > 50 anni, perdita immotivata di peso (10 Kg), dolore ingravescente continuo Che non regredisce di notte e a riposo, storia precedente di cancro, no miglioramento dopo 4-6 settimane.
FRATTURA	Età avanzata, sesso femminile, dolore da carico, trauma, osteoporomalacia, trauma, uso prolungato di corticosteroidi, precedenti fratture da compressione.
SINDROME DELLA CAUDA EQUINA	Ritenzione urinaria, anestesia a sella, ridotto tono dello sfintere anale, sciatica uni-bilaterale, deficit sensitivo motori. SLR negativo o anomalo.
ANEURISMA DELL'AORTA	Età > 60 anni, aterosclerosi, massa pulsante addominale, dolore notturno e a riposo, irradiazione sciatalgia.
INFEZIONI	Febbre, recenti infezioni, tossicodipendenza, HIV, terapia immunosoppressiva, dolore notturno e a riposo.
LOMBALGIA INFIAMMATORIA	Età > 45 anni, dolore notturno/mattutino, sensibilità ai FANS, miglioramenti col movimento, rigidità, durata superiore ai tre mesi, storia di monooligoartriti, uveite acuta, presenza o familiarità per spondiloartriti, colite ulcerosa, morbo di crhon o psoriasi.
CAUSE VISCERALI	Origine renoureterale, massa retroperineale, dolore utero-anessiale, dolore non correlato col movimento.
STENOSI DEL CANALE LOMBARE	Mal di schiena con coinvolgimento degli arti inferiori, dolore di tipo sciatico o cruralgico e "parestesie", senso di intorpidimento, esacerbazione dei sintomi con la deambulazione (claudicatio neurogenica), il dolore modifica col cambiamento di posizione. La postura stessa può modificarsi con "postura antropoide", dovuto ad un portamento con flessione in avanti del tronco. Sono possibili disturbi sfinterici e sessuali. SLR negativo o anomalo.

Il fisioterapista che, raccogliendo informazioni dall'anamnesi e dall'esame obiettivo, individua un quadro di sintomi simile a quelli descritti in tabella deve invitare il paziente ad effettuare controlli più approfonditi avvalendosi dell'aiuto di un medico specialista.

## CONCLUSIONE

Dallo studio effettuato si è riscontrato che le red flags hanno un ruolo di primaria importanza nella valutazione della lombalgia e della lombosciatalgia e che l'abilità del terapeuta manuale e del fisioterapista nel riconoscerle può indirizzare tempestivamente il paziente ad un esame più approfondito.

In accordo con gli studi pubblicati su MedLine fino al maggio 2008 possiamo affermare che il metodo migliore di screening e riconoscimento delle red flags si ottiene conducendo una accurata raccolta dei dati anamnestici, dei dati riguardanti la storia clinica recente e remota del paziente, conducendo un attento e scrupoloso esame fisico e neurologico, ed osservando l'evoluzione della sintomatologia.

Tuttavia le red flags necessitano di una maggiore attenzione per quel che concerne la strutturazione di uno o più questionari specifici di facile somministrazione che aiutino il fisioterapista a riconoscere i "semafori rossi" che si frappongono tra lui ed il trattamento.

La ricerca condotta, infatti, pur affrontando sempre il problema di riconoscere le red flags, non ha portato a nostra conoscenza nessun questionario validato specifico per le red flags.

Tuttavia il fatto di non aver trovato questionari validati non si deve considerare come una sconfitta, infatti il fisioterapista ha degli strumenti validati scientificamente in grado di tutelarci dalle Red Flags.

Il fatto che gli strumenti migliori siano l'anamnesi e l'esame fisico è una buona notizia in quanto sono strumenti universalmente applicabili.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) J Clin Epidemiol. 2008 Feb;61(2):110-118. Epub 2007 Aug 27.  
**A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain.**  
Henschke N, Maher CG, Refshauge KM.  
Back Pain Research Group, University of Sydney, PO Box 170, Lidcombe NSW 1825, Sydney, Australia. [N.Henschke@fhs.usyd.edu.au](mailto:N.Henschke@fhs.usyd.edu.au)
- 2) J Rehabil Med. 2006 Jul;38(4):263-7.  
**Development of a clinical examination in non-specific low back pain: a Delphi technique.**  
McCarthy CJ, Rushton A, Billis V, Arnall F, Oldham JA.  
Centre for Rehabilitation Science, University of Manchester, Manchester Royal Infirmary, Manchester, UK. [christopher.j.mccarthy@man.ac.uk](mailto:christopher.j.mccarthy@man.ac.uk)
- 3) Pain Med. 2006 Mar-Apr;7(2):143-50.  
Comment in:  
Pain Med. 2006 Mar-Apr;7(2):101-2.  
**Low back pain in older adults: are we utilizing healthcare resources wisely?**  
Weiner DK, Kim YS, Bonino P, Wang T.  
Division of Geriatric Medicine, Department of Medicine, University of Pittsburgh, Pennsylvania, USA. [dweiner@pitt.edu](mailto:dweiner@pitt.edu)
- 4) Occup Environ Med. 2003 Sep;60(9):618-26.  
Comment in:  
Occup Environ Med. 2003 Sep;60(9):617.  
**Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison.**  
Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW, van Mechelen W.  
Department of Social Medicine, VU University Medical Centre, 1081 BT Amsterdam, Netherlands.
- 5) Am J Med Sci. 2002 Oct;324(4):207-11.  
**Low back pain.**  
Hicks GS, Duddleston DN, Russell LD, Holman HE, Shepherd JM, Brown CA.  
Department of Medicine, University of Mississippi Medical Center, Jackson 39216-4505, USA. [ghicks@medicine.umsmed.edu](mailto:ghicks@medicine.umsmed.edu)
- 6) Arch Fam Med. 2000 Nov-Dec;9(10):1015-21.  
**A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back problem guidelines.**  
Di Iorio D, Henley E, Doughty A.  
Department of Family and Community Medicine, University of Illinois College of Medicine, Rockford, USA. [dr.dan.diiorio@att.net](mailto:dr.dan.diiorio@att.net)
- 7) Am Fam Physician. 1999 Nov 15;60(8):2299-308.  
**Assessment and management of acute low back pain.**  
Bratton RL.  
Mayo Clinic Jacksonville, Florida 32224, USA.

8) **Sciatic nerve and sciatica**

<http://www.patient.co.uk/printer.asp?doc=40001163>

9) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>