

TEST ORTOPEDICI E VALUTAZIONE MUSCOLOSCHIELETRICA

Guida clinica con 10 video · nuova edizione italiana

Capitolo 1 · Il metodo della visita muscoloscheletrica

Una visita utile non è una gara a eseguire il maggior numero di test. È una sequenza di decisioni verificabili: capire il problema, riconoscere quando fermarsi, osservare ciò che il paziente può fare, scegliere poche manovre pertinenti e spiegare in modo trasparente che cosa indicano e che cosa non indicano.

Obiettivo: al termine del capitolo il lettore sa organizzare un esame sicuro e descrivere separatamente ciò che il paziente riferisce, ciò che osserva e ciò che interpreta.

Il progetto della nuova edizione

Il manuale di partenza del 2025 comprende 118 pagine e 16 capitoli sintetici in inglese. Questa edizione è una riscrittura italiana estesa. La struttura prevista occupa circa 480-520 pagine quando tutti i capitoli, le fotografie approvate, le schede, i casi e gli apparati saranno completati. Le pagine sono un obiettivo di produzione, non un contenuto già scritto.

Parte	Contenuto e formato previsto	Pagine obiettivo
I · Metodo	Storia, sicurezza, esame, movimento, forza, neuro, documentazione	90
II · Arto superiore	Spalla, gomito, polso e mano; test con fotografie e casi	115
III · Arto inferiore	Anca, ginocchio approvato, caviglia e piede	125
IV · Colonna	Cervicale, lombare, sacroiliaca; triage e casi	80
V · Integrazione	Età evolutiva, anziano, ragionamento e simulazioni	65
Apparati	Schede rapide, glossario, riferimenti, indice analitico	25

La ripartizione sarà ricalibrata dopo l’impaginazione reale. I video sono supporti didattici: i fotogrammi vengono scelti solo quando rendono visibili posizione e presa. Una fotografia generata viene sempre dichiarata come tale. Il risultato di una manovra dinamica non si deduce da un’immagine fissa.

1. La domanda prima della manovra

Una persona entra dicendo: «Il ginocchio mi cede». La parola “cede” non è ancora una diagnosi. Può descrivere una perdita improvvisa di sostegno, una reazione al dolore, insicurezza durante le scale o un episodio avvenuto una sola volta. Prima di cercare il test “giusto”, chiedi in quale gesto accade, se c’è stato un trauma, se compare dolore e che cosa succede subito dopo. La risposta cambia la visita.

La stessa logica vale per spalla, anca e colonna. «Non riesco ad alzare il braccio» può indicare che il gesto è impossibile, che viene interrotto per dolore o che il paziente evita un movimento temuto. La distinzione si costruisce con domande, osservazione e confronto, non con una formula prestampata.

Livello	Esempio	Che cosa resta da chiarire
Riferito	«Da ieri la gamba non mi tiene».	Quando, in quale attività, con o senza dolore?
Osservato	Durante il cammino protegge l’arto destro.	È un singolo episodio o un comportamento riproducibile?
Interpretato	Il quadro richiede esame mirato.	Quali ipotesi sostengono davvero storia e reperti?

Regola pratica: scrivi “riferisce” per il racconto, “si osserva” per il reperto e “compatibile con / da approfondire” per un’ipotesi. Non far scivolare una frase da un livello all’altro.

2. Prima del contatto: sicurezza, consenso e contesto

Identifica il paziente secondo il contesto di cura, chiarisci il motivo della visita e spiega in parole semplici che cosa intendi osservare. Chiedi il consenso prima di scoprire, palpare o muovere un segmento; proteggi la privacy e consenti al paziente di fermare la manovra. Prepara luce, spazio, accesso all’arto e un appoggio stabile. Il paziente deve poter cambiare posizione senza fretta.

L’esame è adattato al dolore. Se una posizione provoca una contrazione di difesa, non cercare di “vincere” la resistenza per completare il protocollo. Annota ciò che non è valutabile e perché. Nella pratica clinica le scelte su analgesia, immobilizzazione, imaging e invio dipendono da competenza, setting e protocolli locali; questa guida non sostituisce tali decisioni.

La prima biforcazione: posso proseguire?

Situazione	Risposta ragionata
Deformità dopo trauma o sospetta frattura	Proteggi l’arto e attiva il percorso appropriato. Non forzare manovre provocatrici.
Alterazione vascolare o neurologica nuova	Documenta rapidamente lato, funzione, sensibilità e circolazione distale secondo competenza; richiedi valutazione urgente.
Febbre con articolazione calda e molto dolente	Considera una possibile urgenza; evita di ridurre il problema a un test ortopedico.
Dolore o difesa che impediscono il test	Indica “non eseguito” o “non interpretabile”. Non equivale a “negativo”.

Le raccomandazioni NICE sulle fratture complesse sottolineano l'importanza della valutazione e della documentazione neurovascolare. I criteri ACR mostrano inoltre che la scelta dell'imaging nel trauma acuto del ginocchio cambia con lo scenario clinico: non esiste una radiografia "automatica" per ogni dolore, né una regola da estendere indistintamente a tutti i distretti [1,2].

3. Una sequenza che si adatta alla persona

La sequenza base è: anamnesi, osservazione, attività tollerate, palpazione e mobilità mirate, forza e screening neurovascolare se indicati, test speciali selezionati, sintesi. L'ordine preciso può cambiare. Per esempio, se il trauma suggerisce un problema vascolare, lo screening non aspetta la fine della visita. Se il paziente non può stare in piedi, un test in carico non viene tentato soltanto perché compare nella scheda.

Passaggio	Domanda guida	Dato che merita una nota
Storia	Quando è iniziato e che cosa è cambiato nella funzione?	Esordio, meccanismo, decorso, precedenti.
Osservazione	Che cosa noto prima di provocare sintomi?	Postura, gonfiore, cammino o attività effettivamente viste.
Movimento	Che cosa fa da solo e che cosa tollera accompagnato?	Lato, direzione, limite, dolore, eventuale misura.
Test mirato	Quale ipotesi chiarisce e qual è il suo limite?	Manovra, lato, reperto, confronto e tolleranza.
Sintesi	Quali dati sostengono il passo successivo?	Ipotesi prudente, incertezza, invio o rivalutazione.

Un esempio completo in linguaggio comune

Una paziente racconta che il dolore alla spalla è iniziato gradualmente e peggiora quando prende un oggetto da una mensola alta. Prima chiedi dove sente il dolore, se ha avuto un trauma, se il disturbo limita il sonno o le attività e se ci sono sintomi neurologici. Poi osservi se riesce ad alzare il braccio, quanto si muove il tronco per compensare e quale tratto dell'arco le provoca il sintomo. Soltanto dopo selezioni prove che possano chiarire la tua ipotesi. La visita non diventa "test positivo, quindi lesione": diventa una descrizione che un altro clinico può comprendere e verificare.

3.1 Dalla frase del paziente alle domande utili

La prima domanda deve lasciare al paziente lo spazio per raccontare. Poi si restringe il campo: quando è comparso il disturbo, quale episodio lo precede, dove si trova il sintomo, che cosa lo modifica e quale attività non riesce più a svolgere. Una storia mirata non è un interrogatorio sempre identico. Se la persona descrive un trauma, chiarisci direzione della forza, capacità di carico immediata e cambiamenti successivi. Se l'esordio è graduale, cerca andamento, carico abituale, cambiamenti di attività e sintomi generali pertinenti.

"Da quanto tempo fa male?" può ricevere una risposta vaga. Diventa più utile se chiedi: "Ricordi il primo giorno?", "Il dolore era già presente al risveglio o è comparso durante un gesto?", "Da allora migliora, peggiora o cambia a seconda dell'attività?". Così si ricostruisce una cronologia. La cronologia

non identifica da sola un tessuto lesionato, ma evita di mescolare un episodio recente a disturbi già presenti.

Domanda	Perché è utile	Esempio di nota
Che cosa facevi quando è iniziato?	Distingue esordio traumatico, sforzo e comparsa graduale.	“Dolore insorto durante cambio di direzione, riferito dal paziente.”
Che cosa riesci a fare oggi?	Misura la funzione in attività concrete.	“Sale le scale usando il corrimano; evita di portare pesi.”
Che cosa significa “cede” o “si blocca”?	Trasforma una parola ambigua in episodio descrivibile.	“Riferisce interruzione del gesto per dolore, senza blocco persistente.”
Quali precedenti riguardano lo stesso distretto?	Aiuta a interpretare il confronto e il decorso.	“Pregressa chirurgia alla stessa spalla, anno e lato annotati.”

Il dolore: dove, quando, quanto cambia

Il numero su una scala del dolore può aiutare a seguire l’andamento, ma non sostituisce la descrizione: sede, qualità riferita, durata, attività evocativa e impatto sul sonno o sulla funzione. Chiedi al paziente di indicare il punto più importante e se il sintomo si estende altrove. Annota le sue parole quando sono clinicamente informative. “Dolore 7/10” senza gesto o contesto racconta meno di “dolore anteriore alla spalla durante elevazione del braccio, assente a riposo”.

Una biforcazione che protegge il paziente

Un sintomo sistemico, un deficit neurologico progressivo, un sospetto di infezione o un trauma con deformità cambiano il percorso. Non significa che ogni dolore notturno o ogni parestesia sia di per sé una diagnosi grave. Significa che la combinazione di storia, segni e contesto merita una valutazione proporzionata. Nel dubbio sulla sicurezza di una manovra, non forzarla per completare una checklist.

4. Osservare: descrivere il gesto, non etichettarlo

“Andatura alterata” è un’etichetta povera. Scrivere “durante il passo riduce il tempo di carico sull’arto sinistro” racconta invece che cosa è accaduto. Osserva l’ingresso nella stanza, i passaggi seduto-in piedi, la postura e il movimento spontaneo, ma non attribuire una causa certa a ciò che vedi. Una persona può cambiare passo per dolore, timore di cadere, affaticamento o altre ragioni.

Il confronto con l’altro lato è utile ma non assoluto: precedenti lesioni, dominanza, chirurgia e variazioni individuali possono rendere il controlaterale un riferimento imperfetto. Quando chiedi un gesto funzionale, spiega che il paziente può interromperlo. Descrivi gesto, lato, grado di assistenza, sintomo e motivo dell’interruzione.

Formula vaga	Formula documentabile
Gait abnormal	Cammina senza ausili per cinque metri; riduce il carico a destra nella fase di appoggio.
Movimento limitato	La flessione attiva si interrompe per dolore anteriore riferito; misura non rilevata.

Formula vaga

Debolezza

Formula documentabile

Non mantiene la posizione richiesta contro la resistenza applicata; il dolore limita il confronto.



Figura 1. Osservazione del cammino in ambiente protetto. Illustrazione generata: mostra la distanza dell'esaminatore e la visibilità di arti e piedi; non documenta un'alterazione dell'andatura.

Che cosa guardare durante tre passi

Osserva se la persona può iniziare il movimento, se usa appoggi, quanto tempo resta su ciascun arto e se modifica la lunghezza del passo. Guarda anche come si ferma e gira, quando è sicuro farlo. Descrivi solo ciò che è stato realmente osservato. Se il pavimento, il dolore o lo spazio non permettono una prova attendibile, scrivi quel limite. Un'immagine fissa, come la figura 1, mostra la posizione degli arti in un istante; la qualità del passo si giudica dal movimento, non dalla fotografia.

Momento	Domanda pratica	Documentazione
Inizio	Parte senza aiuto?	Specificare eventuale supporto e lato.
Appoggio	Protegge un arto o abbrevia il passo?	Indicare ciò che è osservabile senza attribuirne subito la causa.
Arresto e svolta	Mantiene equilibrio nel contesto della prova?	Annotare se la prova è stata effettuata e in quali condizioni.

5. Palpare e muovere senza perdere la domanda

Chiedi prima al paziente di indicare con un dito il punto principale. La palpazione procede poi per aree pertinenti, con pressione proporzionata. Registra se riproduce il dolore abituale o ne provoca uno diverso. Una zona dolente può orientare la ricerca; da sola non nomina una lesione.

Movimento attivo significa che il paziente esegue il gesto. Movimento passivo significa che l'esaminatore lo accompagna, se appropriato. Chiedi dove compare il dolore e che cosa arresta il gesto. Se misuri un angolo, annota metodo e lato; non assegnare un numero a occhio. Una differenza tra attivo e passivo è un indizio da interpretare nel quadro, non una scorciatoia diagnostica.

Quattro modi in cui una misura può ingannare

Errore	Correzione pratica
Il paziente compensa con un altro segmento.	Osserva anche tronco e articolazioni vicine; descrivi la compensazione.
La posizione cambia fra due misurazioni.	Registra posizione e punto di riferimento, soprattutto nelle rivalutazioni.
La prova viene fermata dal dolore.	Scrivi limite per dolore e non attribuire automaticamente un blocco strutturale.
Il numero è stimato a occhio.	Indica "non misurato" oppure usa uno strumento e documenta il metodo.

Attivo e passivo: un confronto spiegato passo per passo

Primo, chiedi un movimento attivo semplice: "Alza il braccio fin dove riesci e dimmi quando compare il dolore". Osserva arco, velocità, compensazioni e punto di arresto. Secondo, se è sicuro e appropriato, accompagna il segmento nel movimento passivo senza superare la tolleranza. Terzo, registra che cosa cambia: il passivo va più lontano, arriva allo stesso punto o non è valutabile? Quarto, collega il dato al resto della visita senza trasformarlo in una regola diagnostica assoluta.



Figura 2. Elevazione attiva del braccio: il paziente esegue il gesto mentre il clinico osserva. Illustrazione generata; non rappresenta un test positivo o una misura dell'ampiezza articolare.

Nella figura 2 si vedono sia il braccio che sale sia il tronco: questo permette al lettore di cercare eventuali compensazioni in un esame reale. La fotografia non basta per stabilire se il paziente abbia dolore, quale sia il grado di elevazione o se il movimento sia completo. Questi dati vanno chiesti,

osservati nel tempo o misurati. La didascalia quindi descrive solo la posizione fotografata.

Esempio di documentazione del movimento

Elemento	Nota accurata	Nota da evitare
Movimento attivo	“Elevazione destra interrotta per dolore riferito; il tronco si inclina durante il tentativo.”	“Spalla bloccata” senza descrizione.
Movimento passivo	“Ulteriore elevazione accompagnata tollerata; dolore riferito nella fase finale.”	“Capsulite” dedotta da una sola prova.
Misura	“Elevazione misurata con goniometro in posizione seduta; lato e valore registrati.”	Valore numerico inventato a occhio.

6. Forza, sintomi e screening neurologico

Nel test di forza chiarisci quale movimento stai chiedendo e stabilizzi i segmenti necessari. Il dolore può ridurre l’impegno o interrompere la prova: il grado numerico, da solo, non distingue dolore, deficit neurologico e tecnica insufficiente. Confronta i lati quando ha senso e descrivi posizione, movimento, resistenza e limitazione.

Lo screening neurologico mirato valuta, secondo la regione e il quesito clinico, forza, sensibilità e riflessi appropriati. Non basta scrivere “neurologico nella norma” se non è chiaro cosa sia stato esaminato. Nel sospetto di lesione neurovascolare nuova, la priorità è documentare i reperti distali e attivare il percorso urgente previsto, non completare tutte le prove speciali [1].

Tre esempi di formulazione

Situazione	Nota più utile
Dolore durante la resistenza	“Abduzione contro resistenza interrotta per dolore riferito; confronto di forza non interpretabile.”
Sensibilità riferita alterata	“Parestesie riferite alle dita indicate; distribuzione e sensibilità testata documentate separatamente.”
Esame non completato	“Screening motorio limitato dall’impossibilità di assumere la posizione richiesta.”

7. I test speciali: una domanda, un reperto, un limite

Una prova speciale ha senso quando risponde a una domanda nata da storia ed esame. Il test di Lachman, per esempio, esplora la traslazione anteriore tibiale e la qualità dell’arresto nel sospetto di lesione del crociato anteriore. Il McMurray può contribuire alla valutazione di sintomi meniscali. Nessuna delle due manovre, isolata, giustifica una conclusione automatica. Il capitolo sul ginocchio già approvato mostra posizione, presa, esecuzione, interpretazione e limiti con figure e casi [3,4].

Per ciascun test chiediti: il paziente tollera la posizione? Il risultato è stato davvero osservato o soltanto riferito? C’è un confronto utile? Quale disturbo o coesistente lesione può rendere il dato meno affidabile? Nella patologia meniscale acuta isolata, la guida AAOS distingue esplicitamente il proprio ambito da lesioni degenerative, croniche o associate ad altre lesioni del ginocchio [3]. La stessa

prudenza guiderà le schede di tutti i distretti.

Una fotografia mostra dove mettere mani e arti. Non mostra la qualità dell'arresto, lo scatto percepito o la risposta del paziente durante il movimento. Per questo ogni didascalia dichiarerà esattamente che cosa la figura dimostra.

8. Ragionare con l'incertezza

Una buona sintesi ha tre componenti: che cosa sappiamo, che cosa sospettiamo, che cosa resta aperto. Evita “tutti i test negativi” quando una parte non era tollerata. Evita anche la lista interminabile di diagnosi senza priorità. Usa il meccanismo, la funzione e i reperti per formulare poche ipotesi proporzionate, poi spiega se servono rivalutazione, imaging o invio secondo il contesto clinico.

Domanda	Esempio di risposta trasparente
Che cosa so?	“Dolore mediale dopo torsione, flessione attiva limitata dal dolore, rima mediale dolente.”
Che cosa ipotizzo?	“Possibile coinvolgimento meniscale da approfondire; il reperto non definisce sede o tipo di lesione.”
Che cosa non so?	“McMurray non interpretabile per dolore; estensione e carico da rivalutare.”

8.1 Quattro errori che sembrano piccoli

Confondere assenza di reperto e manovra non eseguita

“Negativo” comunica che la prova è stata svolta in modo interpretabile e che il reperto cercato non è stato rilevato. Se il paziente ha interrotto per dolore, il dato corretto è diverso: manovra incompleta, motivo e possibile necessità di rivalutazione. Questa distinzione impedisce a chi legge il referto di attribuire al test una capacità di esclusione che non ha mai avuto.

Cercare la positività invece di descrivere la risposta

Una manovra non diventa migliore perché produce dolore. Quando un test evoca un sintomo, chiedi se è quello abituale, dove compare e in quale fase. Distingui lo scatto avvertito dal paziente da quello percepito dall'esaminatore. Il reperto va poi interpretato alla luce della storia e delle alternative. Ripetere il gesto con più forza per ottenere un “positivo” aumenta il disagio e può peggiorare la qualità del dato.

Dare un nome alla lesione prima di cercare alternative

Un dolore localizzato non ha sempre una sola causa. Le strutture vicine, un problema riferito da un altro distretto e le condizioni sistemiche possono cambiare l'interpretazione. La visita deve rispondere anche alla domanda “che cosa non torna nella mia ipotesi?”. Se funzione, sede e test non concordano, scrivi la discordanza. È un'informazione utile, non un difetto da nascondere.

Usare immagini più convincenti dei dati

La fotografia didattica deve mostrare l'assetto o la presa, non simulare una certezza clinica. Una foto generata è dichiarata. Un fotogramma del video è identificato come tale. Se la mano o il piede decisivo è tagliato, la figura viene sostituita. La figura 6 del capitolo sul ginocchio è stata corretta proprio per mostrare interamente la posizione iniziale del Thessaly; l'esito del test rimane un dato dinamico della visita.

9. Il referto come prova di qualità

Una nota leggibile segue il paziente: motivo, esordio, funzione, osservazione, prove effettuate, risultati, prove non effettuate, sintesi e piano. Le sigle non sostituiscono la descrizione. Se un collega deve indovinare quale lato sia stato esaminato o perché una manovra non compaia, la nota è incompleta.

Esempio didattico: "Dolore al ginocchio destro dopo torsione durante attività sportiva, comparso ieri. Riferisce gonfiore nelle ore successive e difficoltà nel carico. Durante il cammino osservato protegge l'arto destro. Mobilità attiva limitata dal dolore; test in carico non eseguito perché non tollerato. La valutazione dei legamenti è descritta per il tratto effettivamente esaminabile. Il quadro richiede approfondimento clinico." Ogni frase va eliminata se quel dato non è stato davvero raccolto.

10. Casi guidati

Caso A · Il trauma che cambia l'ordine

Un adulto arriva dopo una caduta con deformità evidente e dolore importante alla gamba. La sequenza ordinaria "ispezione, mobilità, test speciali" si interrompe subito. Si considerano condizioni generali e segni distali, si evita di provocare ulteriori movimenti, si registra quanto osservato e si attiva il percorso urgente del contesto. La domanda non è "quale test ortopedico manca?" ma "quale azione sicura non deve essere ritardata?".

Caso B · La spalla che fa male alzando il braccio

Una persona senza trauma preciso descrive dolore quando prende oggetti in alto. Si chiariscono durata, sede, attività, sonno e sintomi associati. Si osserva l'elevazione attiva, poi il movimento accompagnato se tollerato, annotando eventuale inclinazione del tronco. La forza viene interpretata alla luce del dolore. Le prove selezionate aggiungeranno informazioni ma non trasformeranno da sole un dolore in una diagnosi anatomica.

Caso C · "Il ginocchio si blocca"

Dopo una torsione, una persona dice che il ginocchio "si blocca". Chiedi se l'estensione è fisicamente impedita e se il problema persiste, oppure se la interrompe per dolore. La distinzione può cambiare la priorità della valutazione. Se il paziente non tollera il carico, non eseguire il Thessaly: documenta il limite. Nel capitolo sul ginocchio il caso prosegue con palpazione, McMurray quando appropriato e sintesi prudente.

11. Laboratorio di ragionamento: tre note da correggere

Esercizio 1 - La parola “normale”

Nota iniziale: “Ginocchio normale, paziente lamenta dolore”. Questa frase non dice quale ginocchio sia stato osservato né quali prove siano state svolte. Riscrittura: “Dolore riferito al ginocchio sinistro durante la discesa delle scale. All’osservazione odierna non si rileva deformità evidente; il paziente completa il cammino in piano nel corridoio. Mobilità e test di stabilità da documentare separatamente”. Non aggiungere l’ultima frase come se fosse una prova già effettuata.

Esercizio 2 - Il risultato apparente

Nota iniziale: “McMurray negativo”, ma la persona non ha consentito la flessione per dolore. Riscrittura: “McMurray non completato per dolore durante la flessione; nessuna conclusione dal test in queste condizioni”. La frase tutela il lettore successivo, che non scambierà una prova incompleta per un risultato rassicurante.

Esercizio 3 - La diagnosi troppo rapida

Nota iniziale: “Rottura del crociato perché il ginocchio ha ceduto”. Riscrittura: “Cedimento riferito durante cambio di direzione. Gonfiore e funzione da chiarire; esame della stabilità da eseguire o registrare se non tollerato. Sospetto clinico da valutare nel contesto”. Non è meno professionale: espone precisamente ciò che sappiamo e il prossimo passo.

Controllo del lettore	Domanda prima di firmare la nota
Lato e contesto	È chiaro quale arto, quando è iniziato e in quale attività?
Reperti	Ho separato ciò che è riferito da ciò che ho visto o misurato?
Limiti	Ho scritto perché una manovra non è stata eseguita o interpretata?
Sintesi	La conclusione è proporzionata ai dati e indica il passo successivo?

12. Dalla visita al percorso: tre scenari completi

Scenario 1 - Caduta, dolore e impossibilità di caricare

Una persona cade sulle scale e arriva con dolore al ginocchio. Racconta che non riesce a fare alcuni passi. Prima di palpare la rima articolare o cercare una lesione meniscale, chiarisci dinamica, età, sede della dolorabilità, gonfiore, eventuale deformità e capacità di carico nelle condizioni previste dalla regola decisionale applicabile. I criteri ACR organizzano gli scenari di imaging nel trauma acuto; le regole cliniche non servono a diagnosticare un menisco o un crociato [2].

Se il quadro suggerisce una frattura o non è possibile valutare l’arto in sicurezza, evita test provocativi e attiva il percorso di valutazione appropriato. Se la situazione è stabile, l’esame procede in modo graduato. Documenta cosa il paziente ha realmente fatto: “non riesce a caricare” può essere riferito, osservato oppure entrambe le cose. Nel referto separa questi due livelli.

Passaggio	Dato da raccogliere	Decisione
Storia	Meccanismo, momento, carico dopo la caduta, sintomi associati.	Definire se l'esame mirato è appropriato ora.
Sicurezza	Deformità, cute, funzione e reperti distali secondo competenza.	Se sospetta urgenza, priorità all'invio.
Esame tollerato	Osservazione e mobilità solo per quanto sicuro.	Registrare ciò che è stato eseguito e i limiti.
Sintesi	Dati a favore e contro ipotesi principali.	Applicare il percorso di imaging o rivalutazione pertinente.

Scenario 2 · Dolore di spalla che cresce da settimane

Un paziente senza trauma ricorda di aver iniziato a evitare gli oggetti in alto. Dice che “non ha forza”. Si inizia dalla funzione: quali oggetti non riesce a prendere, se il problema è dolore, fatica o impossibilità del gesto, e quali attività erano possibili prima. Si osserva l'elevazione attiva da più angoli, prestando attenzione al movimento del tronco. Il confronto con il lato opposto è utile se non presenta disturbi propri.

Quando la posizione è tollerata, si confronta movimento passivo e attivo. Se l'elevazione attiva si ferma presto mentre quella accompagnata prosegue, annota la differenza e considera più ipotesi: dolore, controllo motorio, forza e altre cause. Se entrambi i movimenti sono limitati, descrivi la direzione, il grado se misurato e la risposta del paziente. Una singola differenza non battezza una diagnosi.

La forza si valuta con resistenza proporzionata. Chiedi al paziente di avvisare se il dolore impedisce di spingere. Se la prova termina per dolore, non attribuire automaticamente un grado basso a una paralisi. Il referto conclusivo può dire: “dolore riferito durante l'elevazione attiva; movimento accompagnato più ampio ma dolente nella fase finale; forza non confrontabile per dolore”. Questa frase consente una rivalutazione successiva perché spiega come è stato ottenuto ogni dato.

Scenario 3 · La mano formicola, ma il gomito fa male

Un paziente descrive dolore al gomito e formicolio alla mano. Una visita che si limita a palpare il punto dolente perde parte del problema. Chiedi quali dita sono coinvolte, quando compare il sintomo, se cambia con la posizione e se esistono difficoltà nell'afferrare oggetti. Osserva funzione e movimento del gomito, poi esegui uno screening neurologico coerente con la distribuzione riferita e con il contesto.

Il formicolio riferito non coincide automaticamente con una perdita di sensibilità misurata. La nota distingue: “parestesie riferite alle dita indicate dal paziente” e “sensibilità esaminata nelle aree specificate, con reperti descritti”. Se compare un deficit nuovo o progressivo, il percorso cambia secondo urgenza e competenza. Anche quando l'esame è rassicurante, la documentazione deve indicare che cosa è stato controllato.

13. Standard delle figure e delle schede nel resto del libro

Ogni capitolo per distretto seguirà la stessa grammatica: una mappa iniziale delle domande, anamnesi in linguaggio del paziente, esame dal meno al più provocativo, schede di test con posizione e presa, fotografie o fotogrammi leggibili, tabella di interpretazione prudente, casi contrastanti, modello di referto e autoverifica. Questo rende confrontabili spalla, gomito, anca, ginocchio, caviglia e colonna.

La qualità delle immagini si giudica in pagina, alla dimensione stampata. Per una manovra servono la posizione del paziente, il punto di contatto delle mani e, quando essenziale, il piede o il segmento che sostiene il carico. Se un elemento è tagliato, la figura viene scartata. La didascalia non attribuisce un risultato diagnostico a una posa statica. Se la scena è generata, il testo lo dichiara; se proviene da un video, si verifica che la ripresa abbia risoluzione sufficiente.

Scheda rapida · Prima, durante e dopo

Prima	Durante	Dopo
Chiarisci il quesito; cerca segnali di urgenza; spiega e ottieni consenso.	Osserva, confronta, adatta l'esame; interrompi ciò che non è sicuro o tollerato.	Separa racconto, reperto e ipotesi; registra limiti e passo successivo.

Autoverifica

Domanda	Risposta ragionata
Un test non eseguito per dolore può essere registrato come negativo?	No. Indica "non eseguito" o "non interpretabile" e il motivo.
Una fotografia della mano sul ginocchio documenta un Lachman positivo?	No. Documenta la posizione; traslazione e arresto si valutano nella manovra.
Perché separare il racconto dall'osservazione?	Perché un sintomo riferito e un reperto osservato hanno peso e limiti diversi.
I criteri di imaging per un trauma del ginocchio valgono per qualsiasi dolore alla spalla?	No. Ogni regola ha popolazione, contesto e scopo propri.

Glossario operativo

Termine	Significato nella visita
Reperto	Ciò che viene osservato, misurato o percepito durante un esame realmente eseguito.
Sintomo	Ciò che il paziente riferisce; va documentato con sede, momento e circostanze.
Controlaterale	Lato opposto, utile per un confronto quando può essere esaminato e non ha limiti propri.
Provocativo	Test che può riprodurre un sintomo; si esegue solo se pertinente e tollerato.
Non valutabile	La manovra non consente una conclusione affidabile nelle condizioni presenti.
Sintesi clinica	Collega storia, funzione e reperti alle ipotesi, mantenendo visibili i limiti.

Scheda modello per la visita

Questa traccia non è un modulo da riempire meccanicamente. Serve a verificare che il percorso scritto corrisponda alle prove davvero eseguite. Ogni voce non pertinente si elimina; una voce che non è stata valutata non si completa per supposizione.

Campo	Che cosa inserire
Problema principale	Lato, sede, durata, parole del paziente e attività limitata.
Esordio e decorso	Trauma preciso o comparsa graduale, variazione nel tempo, precedenti pertinenti.
Sicurezza	Elementi che richiedono valutazione urgente oppure limiti dell'esame.
Osservazione	Postura, cammino e gesto effettivamente visti, con assistenza e condizioni.
Palpazione e movimento	Sede del reperto, attivo/passivo, dolore, compensi, misura soltanto se rilevata.
Forza e neurologico	Prove selezionate, distribuzione esaminata e fattori che limitano l'interpretazione.
Test speciali	Nome, lato, posizione, reperto, confronto, tolleranza; motivi del mancato test.
Sintesi e seguito	Ipotesi proporzionata, incertezza residua e passo clinico appropriato.

Esempio compilato: dal racconto alla sintesi

Problema principale. Dolore alla spalla destra da tre settimane durante attività sopra la testa e nel vestirsi, senza trauma preciso. “Non ho forza” significa che evita la mensola per dolore: il deficit di forza resta da verificare.

Osservazione. Durante l'elevazione attiva il movimento si interrompe per dolore e il tronco si inclina. La mobilità accompagnata viene descritta separatamente, se tollerata. Nessun angolo viene stimato senza una misura.

Sintesi. “Il dolore limita le attività sopra la testa; l'elevazione attiva è interrotta e compare un compenso del tronco. La forza non è valutabile con affidabilità per dolore. Integrare e rivalutare secondo il contesto.” La struttura responsabile resta da chiarire.

Riferimenti essenziali per la revisione clinica

[1] NICE. Fractures (complex): assessment and management, NG37.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng37/chapter/recommendations>

[2] American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria: Acute Trauma to the Knee.

<https://acsearch.acr.org/docs/69419/narrative/>

[3] American Academy of Orthopaedic Surgeons. Acute Isolated Meniscal Pathology, Clinical Practice Guideline (2024).

<https://www.aaos.org/quality/quality-programs/acute-isolated-meniscal-pathology/>

[4] American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Anterior Cruciate Ligament Injuries (2022).

<https://www.aaos.org/quality/quality-programs/anterior-cruciate-ligament-injuries/>

Stato editoriale: capitolo di lavoro per revisione. Prima della pubblicazione: controllo clinico da parte di professionisti competenti, uniformazione delle citazioni, verifica finale delle immagini, del QR e delle norme di stampa.