

Esame clinico del ginocchio

Capitolo 7 · LCA e menischi · Edizione italiana

Un percorso pratico dall’anamnesi alla descrizione dei reperti. Le fotografie sono fotogrammi distinti del video 6 del progetto; le didascalie spiegano il gesto visibile e non attribuiscono al fotogramma un risultato diagnostico.

Obiettivo del capitolo

Guidare il lettore dalla storia del paziente all’osservazione, alla scelta di manovre mirate e alla documentazione dei reperti, evitando conclusioni che un singolo test non può sostenere.

Percorso del capitolo

Passaggio	Domanda guida
1. Orientarsi	Trauma preciso o dolore comparso gradualmente?
2. Proteggere	Ci sono elementi che richiedono una valutazione urgente?
3. Esaminare	Che cosa vedo, palpo e misuro davvero?
4. Selezionare	Quale manovra risponde all’ipotesi clinica?
5. Documentare	Quali reperti sostengono la sintesi e quali limiti restano?

1. Prima dei test: costruire il quadro clinico

Un test ortopedico acquista significato dentro una valutazione ordinata. Davanti a un paziente con dolore al ginocchio, si chiarisce se l’esordio segue un episodio preciso, quali attività risultano limitate e quali reperti occorre valutare prima delle manovre provocatrici.

L’anamnesi precede l’esame e ne guida la scelta. Nel trauma acuto, le regole decisionali cliniche possono contribuire a stabilire quando considerare una radiografia; non sostituiscono l’intera valutazione [1].

Aspetto	Domanda utile	Dato da registrare
Esordio	«È iniziato dopo un episodio preciso o gradualmente?»	Data, modalità e andamento.
Meccanismo	«Cambio di direzione, contatto o caduta?»	Posizione e movimento riferiti.
Gonfiore	«Quando lo hai notato?»	Tempo riferito e reperto osservato.

Aspetto	Domanda utile	Dato da registrare
Funzione	«Riesci a camminare e a caricare il peso?»	Attività possibili e limitazioni.
Sintomi	«Schiocco, cedimento o blocco?»	Parole del paziente, sede e circostanze.
Storia	«Lesioni o interventi precedenti?»	Lato, data e conseguenze residue.

2. Sequenza ordinata dell'esame

Osservare: postura, cammino e trasferimenti quando il paziente può eseguirli in sicurezza. Confrontare: i due lati e descrivere eventuali differenze. Palpare: localizzare i punti dolenti senza ridurli alla generica voce «dolore al ginocchio». Muovere: valutare movimento attivo e passivo secondo tolleranza. Selezionare: le manovre che rispondono alle ipotesi emerse. Documentare: risultati, impossibilità di esecuzione e motivi di incertezza.

Nelle lesioni traumatiche con sospetto coinvolgimento neurovascolare, il confronto e la registrazione dei reperti dei due arti sono elementi essenziali della valutazione [2].

Quando fermarsi prima dei test

La prima scelta clinica non è quale test eseguire, ma se sia opportuno eseguirlo. Una deformità evidente dopo trauma, un deficit neurovascolare, una ferita importante o l'impossibilità di valutare l'arto in sicurezza richiedono un percorso di valutazione appropriato. Il ginocchio che non si estende dopo un trauma, se il paziente descrive un blocco vero e persistente, merita attenzione clinica tempestiva. In queste situazioni una manovra dolorosa non deve ritardare la valutazione [1,2].

Situazione	Decisione documentabile
Trauma con sospetto di frattura	Valutare criteri clinici e percorso di imaging, senza forzare test provocativi [1].
Alterazione vascolare o neurologica	Registrare lato, funzione, sensibilità e circolazione distale secondo il contesto; inviare a valutazione urgente [2].
Dolore o difesa che impediscono il test	Scrivere quale prova non è stata completata e perché: non equivale a un test negativo.
Blocco persistente riferito dopo trauma	Chiarire se è impedita davvero l'estensione e richiedere valutazione appropriata.

Come usare i criteri per la radiografia

I criteri di Ottawa per il ginocchio si riferiscono al trauma acuto e aiutano a decidere se richiedere radiografie per cercare una frattura. Non diagnosticano un menisco o il crociato e non sostituiscono la visita. Se l'età, il tipo di trauma o la possibilità di valutare il paziente non rientrano nello scenario previsto, bisogna evitare di applicarli meccanicamente. L'ACR riporta i criteri e le diverse situazioni di imaging nel trauma acuto [1].

Osservazione: che cosa cercare davvero

Si osservano entrambi i ginocchi prima di toccare quello dolente. Il confronto aiuta a riconoscere differenze di forma, tumefazione, postura e movimento. Il paziente può essere osservato mentre si alza, si siede o cammina, se queste attività sono possibili e appropriate. Descrivere ciò che si vede è più utile che scrivere «deambulazione alterata»: quale fase cambia, quale arto viene protetto e quale attività provoca il limite?

Per un lettore alle prime armi, la differenza è semplice: osservazione è «il paziente evita di caricare l'arto destro durante il passo»; interpretazione è il motivo ipotizzato di quel comportamento. La seconda richiede ulteriori dati. Anche un ginocchio apparentemente normale a riposo può mostrare una limitazione durante un'attività, mentre dolore intenso può rendere inopportuno chiedere un movimento aggiuntivo.

Cosa guardare	Domanda da porsi	Come scriverlo
Simmetria	La forma e il volume sono comparabili?	Sede della differenza osservata; lato.
Postura	Il ginocchio resta flesso o esteso a riposo?	Posizione spontanea, senza attribuirne la causa.
Movimento	Il paziente completa il gesto richiesto?	Gesto, lato, limite e sintomo riferito.
Carico	Riesce a sostenere il peso durante le attività osservate?	Attività effettivamente osservata e necessità di appoggio.

Palpazione: dal punto dolente alla descrizione utile

Prima di palpare, chiedere al paziente di indicare con un dito la zona dove avverte il dolore principale. Poi esaminare con metodo le aree pertinenti al caso, confrontando il lato opposto quando il confronto è possibile. Si annotano la sede e la risposta evocata. Dire «dolente alla palpazione» senza specificare il punto lascia al lettore troppo poco per capire la valutazione.

La pressione va dosata in base alla situazione. Se un contatto leggero riproduce già il sintomo, insistere con forza non aggiunge necessariamente informazioni. Quando il paziente descrive dolore diffuso, si può chiedere se esiste una zona più intensa e distinguere ciò che è spontaneo da ciò che compare soltanto al contatto. Per la rima articolare, distinguere mediale e laterale e annotare se il dolore evocato corrisponde a quello abituale del paziente.

Racconto	Osservazione	Sintesi prudente
«Mi fa male qui»	Sede indicata e gesto che riproduce il sintomo.	Annotare sede e circostanze; lasciare aperta la causa.

La mappa del ginocchio, senza perdersi nei nomi

Per capire un test è utile sapere quale domanda gli viene affidata. Il ginocchio collega coscia e gamba; sulla parte anteriore si riconosce la rotula. All'interno dell'articolazione i menischi contribuiscono alla distribuzione del carico, mentre i legamenti contribuiscono alla stabilità. I muscoli e l'apparato estensore permettono al paziente di controllare il movimento. Questa è una

mappa per orientarsi, non un elenco sufficiente per fare diagnosi.

Quando il dolore è riferito «davanti», «dentro», «fuori» o «dietro», l'esaminatore traduce quelle parole in una sede più precisa. Non deve però attribuire automaticamente una sede a una sola struttura: più tessuti possono dare sintomi nella stessa zona. Si comincia quindi dalla localizzazione, si osserva il gesto che provoca il sintomo e soltanto dopo si sceglie quali strutture esplorare.

Come lo dice il paziente	Cosa chiarire	Esempio di nota
«Fa male davanti»	Punto esatto, carico, scale, posizione seduta e gesto evocativo.	Dolore anteriore riferito; sede indicata dal paziente.
«Fa male di lato»	Lato interno o esterno, sede puntuale o estesa.	Dolore mediale/laterale riferito, da confrontare con palpazione.
«Sento tirare dietro»	In quale movimento e se è presente gonfiore percepito.	Sintomo posteriore evocato durante il gesto descritto.

Movimento: cosa significa attivo e passivo

Movimento attivo significa che il paziente muove da solo il ginocchio. Movimento passivo significa che l'esaminatore accompagna il movimento, se appropriato e tollerato. Il confronto non serve soltanto a registrare un angolo: aiuta a capire quale fase è limitata, se il dolore compare prima della fine del gesto e se il paziente evita una direzione. Si usano i gradi soltanto quando vengono davvero misurati con uno strumento e non si inventano valori a occhio.

L'istruzione per il paziente va data in parole semplici: «Piega il ginocchio fin dove riesci senza forzare; dimmi dove senti il dolore». Poi: «Prova a distenderlo». Si annotano lato, movimento, eventuale differenza rispetto all'altro arto e motivo per cui il movimento non è completo. Se il dolore impedisce la misurazione, è più accurato scrivere «mobilità non quantificata per dolore» che assegnare un numero privo di misurazione.

Un caso semplice rende il concetto concreto. Due pazienti possono entrambi dire «non riesco a piegare il ginocchio». Il primo interrompe il movimento perché sente dolore intenso; il secondo riferisce un ostacolo meccanico. La frase iniziale è identica, ma le domande successive e l'esame cambiano. Per questo il capitolo distingue sempre ciò che il paziente riferisce, ciò che è stato osservato e ciò che resta da verificare.

Prima di una manovra: quattro controlli pratici

Uno: spiegare il gesto. Il paziente deve sapere quale movimento sarà eseguito e può segnalare subito il dolore. Due: posizionare e sostenere. Una postura scomoda può far contrarre la muscolatura e rendere meno leggibile il risultato. Tre: confrontare. Il lato opposto offre un riferimento, quando può essere esaminato. Quattro: fermarsi e descrivere. Se l'esame non è tollerato, il dato è «non valutabile in queste condizioni»; non equivale a un risultato negativo.

Nelle schede che seguono, i fotogrammi mostrano paziente e mani, mentre il testo spiega direzione e risultato. L'immagine fissa non può mostrare la qualità dell'arresto o uno scatto durante il movimento: per questi elementi serve la valutazione dal vivo; il video resta una dimostrazione didattica.

Una pagina di referto: dalle parole sparse a una nota leggibile

Il referto non dovrebbe essere una sequenza di sigle incomprensibili. Una forma utile segue l'ordine della visita: motivo e meccanismo, funzione, osservazione, mobilità, test eseguiti, limiti e valutazione successiva. Ogni affermazione deve derivare da un dato raccolto. Questo aiuta anche chi leggerà il documento in seguito a capire che cosa è stato realmente fatto.

Esempio didattico: «Dolore al ginocchio destro insorto dopo cambio di direzione durante attività sportiva. Gonfiore riferito nelle ore successive. Il paziente riferisce difficoltà nel carico e sensazione di instabilità. All'osservazione protegge l'arto destro durante il cammino. Mobilità attiva limitata dal dolore; manovre di stabilità eseguite solo per quanto tollerato. Si documentano separatamente reperti e limiti dell'esame. Il quadro richiede ulteriore valutazione clinica».

L'esempio non è un testo da copiare in ogni caso: se non è stato osservato il cammino, quella frase va eliminata; se il gonfiore non è stato riferito, non va aggiunto. È questa corrispondenza tra visita e parole stampate a rendere credibile la guida.

Capire il ragionamento, con parole semplici

Il ginocchio non si valuta con una lista di test da spuntare. Si parte da una storia: «Che cosa stavi facendo quando è iniziato il problema?» Poi si cerca un riscontro osservabile. Per esempio, il paziente dice che il ginocchio «cede»: questa parola può indicare sensazioni diverse. L'esaminatore chiede quando accade, osserva il movimento e sceglie soltanto le manovre che possono chiarire l'ipotesi.

Pensiamo a tre livelli. Primo: ciò che il paziente racconta, comprese le parole che usa. Secondo: ciò che l'esaminatore vede o misura. Terzo: l'interpretazione, che resta proporzionata alla qualità delle informazioni raccolte. Separare questi livelli rende il testo più comprensibile e il referto più preciso.

Parola comune	Descrizione clinica più precisa
«Mi fa male qui»	Sede indicata, movimento o palpazione che riproduce il sintomo.
«Si gonfia»	Momento di comparsa riferito e tumefazione osservata durante l'esame.
«Mi cede»	Circostanza del cedimento, carico, direzione del movimento e frequenza.
«Si blocca»	Chiarire se il movimento è fisicamente impedito oppure limitato dal dolore.

Questo linguaggio accessibile accompagna quello tecnico: il lettore riconosce la situazione, apprende il termine clinico e vede come documentarla.

Osservare prima di provocare dolore



Figura 1. Esame del ginocchio in posizione supina: il fotogramma mostra una palpazione mirata. Si descrivono sede e risposta, senza dedurre una lesione dal solo dolore provocato.

3. Test di Lachman

Scopo. Esplorare la traslazione anteriore della tibia rispetto al femore e la qualità dell'arresto nel contesto del sospetto di lesione del legamento crociato anteriore.

Preparazione. Paziente supino, ginocchio leggermente flesso, muscolatura per quanto possibile rilassata. Una mano stabilizza il femore; l'altra afferra la porzione prossimale della tibia. Confrontare con il lato controlaterale.

In termini semplici: una mano tiene ferma la coscia e l'altra verifica come si muove la parte alta della gamba. Il ginocchio è flesso di circa 20-30 gradi, non completamente piegato. La domanda è duplice: quanto si sposta la tibia rispetto all'altro lato e quanto netto è il punto in cui il movimento si arresta? Questa descrizione segue la letteratura clinica sulla manovra [4].



Figura 2. Lachman: posizione lievemente flessa e presa prossimale al ginocchio. Il fotogramma documenta la disposizione delle mani; il risultato del test si percepisce durante il movimento e non si ricava da una fotografia.

Fase	Azione dell'esaminatore	Che cosa osservare
1. Posizione	Verificare che il paziente sia supino e la gamba sia sostenuta.	Dolore o contrazione che ostacolano la prova.
2. Stabilizzazione	Bloccare il femore distalmente, senza premere inutilmente sul punto dolente.	Che la coscia non accompagni la trazione.
3. Traslazione	Afferrare la tibia prossimale e richiamarla in avanti in modo controllato.	Ampiezza relativa e qualità dell'arresto.
4. Confronto	Ripetere il confronto con il lato opposto, se valutabile.	Differenza fra i lati e limiti dell'esame.

Esecuzione. Stabilizzando il femore, applicare una trazione anteriore controllata alla tibia. Registrare la differenza rispetto al controlaterale e la qualità dell'arresto. Dolore e contrazione di difesa possono limitare l'interpretazione.

Errore frequente. Annotare soltanto «Lachman positivo». Questa formula non dice al collega se la differenza riguardava la traslazione, l'arresto oppure entrambe. Una nota utile separa ciò che è stato percepito dal grado di fiducia nell'esame. Se il paziente contrae la muscolatura o non tollera la posizione, il test può essere poco interpretabile; non forzarlo per ottenere un risultato.

Reperto	Registrazione consigliata
Confronto possibile	Descrivere differenza percepita di traslazione e arresto tra i lati.
Dolore o difesa marcati	«Valutazione limitata da dolore/contrazione di difesa».
Manovra non eseguibile	Registrare il motivo; non annotare «negativo».

Interpretazione. Il reperto integra anamnesi e resto dell'esame; da solo non conferma in modo definitivo una diagnosi. La linea guida AAOS sulla lesione del crociato anteriore è una fonte di riferimento per la revisione clinica della scheda [3].



Figura 3. Seconda inquadratura del Lachman: una mano stabilizza la coscia e l'altra controlla la tibia prossimale. La direzione della traslazione è descritta nel testo; non è quantificabile dal fotogramma.

4. Test di McMurray

Scopo. Esplorare sintomi e reperti meccanici nell'ambito di una possibile lesione meniscale.

Esecuzione. Con il paziente supino, sostenere l'arto, flettere il ginocchio e combinare rotazione tibiale e movimento verso l'estensione in modo controllato. Registrare sede del dolore riprodotto, eventuale scatto percepibile e fase del movimento. L'esame va adattato alla tolleranza del paziente.

In parole semplici, l'esaminatore accompagna la gamba mentre il ginocchio si piega e si distende, aggiungendo una rotazione controllata. Il paziente deve poter dire se si riproduce il dolore abituale. Non basta vedere una smorfia: bisogna chiedere dove compare il sintomo e se è proprio quello per cui si è presentato. La scheda clinica AAOS descrive dolore, scatto o sensazione di sobbalzo come possibili reperti durante questa manovra [5].



Figura 4. McMurray: posizione iniziale con l'arto sostenuto. La fotografia mostra il paziente supino e le mani dell'esaminatore; non documenta da sola rotazione ed estensione.



Figura 5. McMurray: fase di maggiore flessione e presa al piede. La rotazione e il ritorno controllato verso l'estensione vanno osservati nel video; un'immagine fissa è un riferimento per la posizione.

Domanda durante il test	Perché serve
«È il dolore che senti di solito?»	Distingue il sintomo abituale da una sensazione provocata genericamente dalla manovra.
«Dove lo senti esattamente?»	Aiuta a documentare la sede senza dedurre automaticamente il menisco coinvolto.
«Hai avvertito uno scatto o l'ho percepito solo io?»	Separa il racconto del paziente dal reperto percepito dall'esaminatore.

Come interpretarlo. La palpazione della rima articolare, il McMurray e altri test possono essere più informativi se considerati insieme nella patologia meniscale acuta isolata; la raccomandazione AAOS non si applica automaticamente a lesioni croniche, degenerative o associate a problemi legamentosi [6]. Un test negativo, soprattutto se limitato da dolore o mobilità ridotta, non equivale da solo a esclusione di lesione.

Limite. Un risultato isolato non conclude il ragionamento. «McMurray positivo» è meno informativo della descrizione di sede, sintomo e reperto; se il test è impedito da dolore o limitazione, annotarlo chiaramente.

Errore frequente. Cercare uno scatto a ogni costo, aumentando il movimento nonostante il dolore. La manovra si interrompe se non è tollerata; la risposta va descritta per sede, fase e qualità, non soltanto come positiva o negativa.

5. Rima articolare e test di Thessaly

La palpazione della rima articolare è una ricerca mirata: l'esaminatore identifica il margine dell'articolazione sui lati mediale e laterale, palpa in modo riproducibile e chiede se il dolore evocato è quello abituale. Una sensibilità locale può sostenere l'ipotesi, ma non identifica da sola una lesione meniscale. Occorre tenere separati il sintomo riferito, il punto effettivamente palpato e la conclusione clinica [6].

Dato	Domanda concreta	Nota nel referto
Sede	Il dolore è sul lato interno, esterno o altrove?	Rima articolare mediale/laterale, lato.
Concordanza	È il sintomo per cui il paziente consulta?	Dolore abituale riprodotto oppure dolore diverso.
Contesto	C'è stato trauma? Ci sono gonfiore e limitazione?	Collegare al quadro, senza trasformare la palpazione in diagnosi.

Il Thessaly si esegue in carico, con il paziente sostenuto, una lieve flessione e una rotazione controllata del corpo sul ginocchio esaminato. Non è una prova adatta a chi non riesce a caricare, ha dolore importante o non può mantenere l'equilibrio; in quei casi si documenta che non è eseguibile. Anche quando è tollerato, l'esito si interpreta insieme a storia, palpazione e altri reperti, nel campo di applicazione della linea guida AAOS per la patologia meniscale acuta isolata [6].



Figura 6. Thessaly: appoggio su una gamba, ginocchio lievemente flesso e mani sostenute. Illustrazione generata della posizione iniziale; non mostra la rotazione o il risultato del test.

In parole semplici: chiedere a una persona con un ginocchio molto dolente di ruotare sul piede può aumentare il dolore e creare un rischio di perdita di equilibrio. La scelta di non eseguire un test è talvolta la parte più corretta dell'esame. Scrivere «Thessaly non eseguito: carico non tollerato» è più utile che lasciare uno spazio vuoto.

Dalla prova alla decisione clinica

Quadro	Cosa sostiene	Cosa non consente di dire
Torsione, dolore sulla rima e sintomi meccanici	Orientare la valutazione meniscale.	Che esista una lesione confermata o che sia necessariamente chirurgica.
Cambio di direzione, gonfiore precoce, differenza al Lachman	Aumentare il sospetto di lesione legamentosa.	Che un singolo test definisca entità, lesioni associate e trattamento.
Dolore graduale senza trauma preciso	Cercare attività evocative e diagnosi alternative.	Applicare senza cautela prove e raccomandazioni per trauma acuto isolato.

6. Casi applicativi

Caso 1: cambio di direzione

Un adulto riferisce dolore al ginocchio dopo un brusco cambio di direzione. Descrive uno schiocco al momento del trauma, gonfiore comparso poco dopo e difficoltà a camminare normalmente.

Passo 1 - Raccolta dei dati. Registrare dinamica, tempi del gonfiore, capacità di carico, storia di precedenti lesioni e sintomi attuali. Non trasformare lo schiocco riferito in una diagnosi.

Passo 2 - Esame. Osservare, confrontare e documentare quanto effettivamente valutabile. Se il Lachman può essere eseguito, descrivere traslazione e arresto rispetto all'altro lato. Se il dolore o la contrazione lo rendono indeterminato, riportarlo.

Passo 3 - Sintesi. «Quadro che solleva il sospetto di lesione legamentosa da approfondire; la valutazione disponibile non consente una conferma definitiva». Nel trauma acuto, l'eventuale

imaging si considera in base allo scenario clinico e ai criteri appropriati [1].

Dal linguaggio del paziente al referto

La frase «ho sentito uno schiocco e il ginocchio mi cede» appartiene all'anamnesi: descrive un'esperienza riferita, non una struttura lesionata. Nel referto si conserva l'espressione del paziente e si aggiungono dati osservati separatamente. Per esempio: «Trauma durante cambio di direzione; schiocco riferito; gonfiore insorto successivamente secondo il paziente; carico difficoltoso. Esame obiettivo limitato dal dolore. Indicata ulteriore valutazione clinica». Le parole vanno adattate ai reperti effettivamente raccolti, mai copiate automaticamente.

Perché la distinzione conta

Uno stesso sintomo può avere più spiegazioni. «Blocco» può indicare che il paziente evita di muovere il ginocchio perché fa male, oppure che avverte un ostacolo durante il movimento. Chiedere di mostrare quale movimento non riesce a fare, senza forzarlo, chiarisce il racconto. Analogamente, «cedimento» può descrivere una sensazione di insicurezza o un episodio osservabile. Il capitolo insegna a trasformare parole generiche in domande concrete e documentazione riproducibile.

Mini esercizio di lettura clinica

Il paziente riferisce: «Quando scendo le scale, sento che il ginocchio non mi tiene». Una risposta frettolosa sarebbe associare subito questa frase a una lesione del crociato. Una risposta utile è approfondire: succede ogni volta o solo quando compare dolore? Deve fermarsi? Il ginocchio si piega all'improvviso? È successo anche camminando in piano? La risposta cambia quali movimenti osservare e quali test scegliere.

Caso applicativo 2: dolore senza trauma preciso

Una persona riferisce dolore al ginocchio comparso gradualmente, soprattutto durante alcune attività quotidiane. Non ricorda una caduta o una torsione precisa. Ha iniziato a evitare le scale e descrive il ginocchio come «debole». Questa storia richiede domande diverse dal caso del cambio di direzione: da quanto tempo dura, quali attività lo aggravano, che cosa accade a riposo e quali limitazioni sono nuove?

L'esaminatore osserva il movimento che il paziente può mostrare in sicurezza, localizza il dolore e registra la mobilità. Non sceglie automaticamente un test per il crociato solo perché il paziente usa la parola «debole». Se un gesto non è valutabile, ne scrive il motivo. La nota finale separa il decorso graduale, i reperti osservati e le possibili ipotesi ancora aperte. Il valore didattico del caso sta nel mostrare che la stessa parola può guidare a percorsi differenti quando cambia il contesto.

Caso 3: dolore sulla rima e blocco riferito

Un adulto racconta una torsione del ginocchio e indica dolore sul lato interno. Dice: «A volte si blocca». Prima di evocare sintomi con una manovra, l'esaminatore chiarisce che cosa significa «si blocca»: è impossibile distendere l'arto, oppure il paziente interrompe il movimento perché ha dolore? Chiede quando è avvenuto l'episodio, se il blocco persiste e se il carico è possibile. Un vero deficit persistente di estensione dopo trauma modifica la priorità della valutazione.

Se la situazione lo permette, osserva il movimento, palpa la rima articolare e documenta la concordanza del dolore. Il McMurray può aggiungere un dato se tollerato, ma dolore provocato in una sede non basta a definire tipo e sede della lesione. La sintesi corretta mantiene aperte le ipotesi e distingue il racconto, i reperti e ciò che richiede approfondimento [6].

Livello	Esempio nel caso 3
Riferito	«Dopo la torsione il ginocchio a volte si blocca».
Osservato	Estensione completata oppure limitata; sede di dolorabilità; test eseguibili.
Interpretato	Sospetto clinico proporzionato ai dati; eventuale invio e approfondimento.

7. Una sequenza ripetibile in ambulatorio

Un capitolo utile deve permettere al lettore di ricostruire la visita, non soltanto di memorizzare il nome delle manovre. Questa sequenza è un promemoria di documentazione, da adattare alla professione, al contesto e alle condizioni del paziente. Il primo passo è la sicurezza: se il trauma suggerisce una lesione che richiede un altro percorso, le prove provocatrici attendono.

Ordine	Azione	Domanda di qualità
1	Storia e funzione	Ho scritto meccanismo, esordio, gonfiore, carico e parole del paziente?
2	Osservazione	Ho distinto quanto visto da quanto riferito?
3	Palpazione e mobilità	Ho indicato sede, lato, gesto, dolore e limiti?
4	Test selezionati	Ho spiegato perché questa manovra è pertinente e se era tollerata?
5	Sintesi	Ho indicato grado di certezza, limiti e passo successivo?

Esempio di referto strutturato

Motivo e storia. Ginocchio sinistro, dolore insorto dopo torsione durante attività sportiva; gonfiore riferito nelle ore successive. Funzione. Carico possibile con difficoltà riferita. Esame. Descrivere osservazione, sede del dolore alla palpazione e movimento effettivamente valutato. Manovre. Indicare test, lato, reperti e limiti; per il Lachman distinguere traslazione e arresto, per McMurray sede del dolore e fase. Sintesi. Formulare l'ipotesi clinica con la cautela che i dati consentono, e registrare il percorso concordato.

Questo modello non deve diventare una frase prestampata: un dato non rilevato si omette, un test non eseguibile si dichiara tale. La precisione editoriale è anche precisione clinica. Un lettore deve poter capire che cosa è successo senza immaginare che tutte le prove siano state eseguite su tutti i pazienti.

Domande di autoverifica

Domanda	Risposta ragionata
Uno schiocco dopo torsione prova la lesione del LCA?	No. È un elemento dell'anamnesi da confrontare con gonfiore, funzione ed esame.
Se il McMurray è impossibile per dolore, posso scrivere negativo?	No. Annotare non eseguito o non interpretabile, con il motivo.

Domanda	Risposta ragionata
Un Lachman diverso fra i lati è una diagnosi definitiva?	No. Descrivere traslazione, arresto, contesto e limiti; integrare la valutazione.
Perché chiedere che cosa intende il paziente con «blocco»?	Per distinguere dolore che interrompe il gesto da un impedimento meccanico riferito.

8. Scheda rapida da consultare prima del video

Per sospetto LCA: storia del trauma, funzione e gonfiore; confronto dei lati; Lachman se appropriato e tollerato; documentazione distinta di traslazione e arresto. Per sospetto meniscale: sede del dolore, significato di eventuali sintomi meccanici, mobilità; palpazione della rima; McMurray o Thessaly se sicuri e pertinenti; nessun test isolato basta a definire il caso.

Il video 6 illustra alcuni gesti e posizioni. Una dimostrazione registrata non sostituisce supervisione pratica, confronto con il paziente e giudizio clinico. Le figure sono fotogrammi selezionati da momenti diversi del video: il loro valore è rendere visibile la posizione, non documentare un risultato diagnostico.

Glossario essenziale del capitolo

Termine	In parole semplici
Reperto	Quello che viene effettivamente osservato, misurato o percepito durante l'esame.
Controlaterale	Il ginocchio dall'altra parte, usato come confronto quando appropriato.
Arresto	La sensazione alla fine di una traslazione controllata durante una manovra.
Non valutabile	Il test non permette una conclusione attendibile nelle condizioni presenti.

Riferimenti bibliografici

- [1] American College of Radiology, ACR Appropriateness Criteria: Acute Trauma to the Knee. <https://acsearch.acr.org/docs/69419/narrative/>
- [2] NICE, Fractures (complex): assessment and management, NG37. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng37/chapter/recommendations>
- [3] AAOS, Management of Anterior Cruciate Ligament Injuries, Clinical Practice Guideline (2022). <https://www.aaos.org/quality/quality-programs/anterior-cruciate-ligament-injuries/>
- [4] Mulligan EP et al., The reliability and diagnostic accuracy of assessing the translation endpoint during the Lachman test. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4325288/>
- [5] AAOS OrthoInfo, Meniscus Tears, sezione Physical Examination. <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/meniscus-tears/>
- [6] AAOS, Clinical Practice Guideline for Acute Isolated Meniscal Pathology (2024). <https://www.aaos.org/aaos-home/newsroom/press-releases/guideline-management-acute-isolated-meniscal-pathology/>