

## Capitolo 10 · Ragionamento clinico: dolore al ginocchio

Un caso progressivo, dall'anamnesi alla nota finale

Questo capitolo segue una persona immaginaria con dolore al ginocchio dopo una torsione. I dati arrivano in più momenti, come in una visita reale. A ogni passaggio chiediamo che cosa sappiamo, che cosa manca e quale decisione è giustificata. L'obiettivo non è indovinare una diagnosi da un test, ma costruire una sintesi verificabile.

### Obiettivo

Collegare meccanismo, funzione, sicurezza, osservazione, movimento e test mirati; distinguere un reperto che orienta da uno che dimostra; scrivere una nota prudente e utile al professionista successivo.

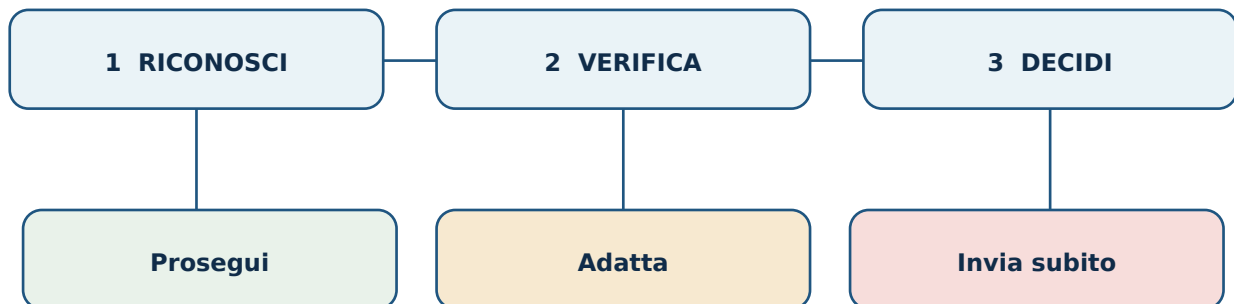


Figura 1. Raccogliere dati in sequenza consente di cambiare percorso se emergono elementi di rischio. Lo schema non identifica una lesione.

### Il caso in una frase

Una persona adulta riferisce dolore al ginocchio sinistro dopo un cambio di direzione durante attività ricreativa. Il ginocchio si è gonfiato nelle ore successive. Riesce a camminare con difficoltà. Non sappiamo ancora se vi siano deficit distali, dove sia il dolore massimo, quale movimento tolleri o se un test specifico sia interpretabile.

### Regola del capitolo

Ogni ipotesi resta provvisoria. Scrivi sempre il dato che la sostiene e quello che potrebbe cambiarla.

## 1. Primo incontro: il racconto senza conclusioni

La persona dice: “Ho girato per prendere la palla, il piede è rimasto a terra e ho sentito il ginocchio cedere. Dopo un po’ si è gonfiato.” Fermati prima di trasformare “cedere” in instabilità dimostrata. Chiedi se il cedimento è stato una sensazione, una caduta, un dolore improvviso o una perdita di sostegno. Chiedi quando è comparso il gonfiore e come è cambiata la funzione.

| Dato riferito          | Domanda di chiarimento                                       | Perché serve                             |
|------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Cambio di direzione    | “Che posizione avevano piede e corpo?”                       | Descrive il meccanismo senza inventarlo. |
| “Cedere”               | “È caduto, ha interrotto per dolore o la gamba non reggeva?” | Evita un’etichetta prematura.            |
| Gonfiore successivo    | “Dopo quanto tempo lo ha notato?”                            | Colloca l’evoluzione riferita.           |
| Cammina con difficoltà | “Quanti passi e con quale aiuto?”                            | Definisce funzione e sicurezza.          |

Chiedi anche sede del dolore, eventuale schiocco, blocco vero o semplice arresto per dolore, precedenti lesioni e sintomi sotto il ginocchio. Le parole del paziente vanno riportate come riferite; nessuna da sola dimostra il coinvolgimento di LCA o menisco.

### Nota iniziale

“Riferisce torsione del ginocchio sinistro durante cambio di direzione, sensazione di cedimento non ancora definita e gonfiore comparso nelle ore successive.”

### Domanda al lettore

Quale dettaglio cambierebbe subito la priorità: il nome dello sport, l’eventuale impossibilità a caricare o la marca delle scarpe? Spiega perché la funzione attuale è il dato più utile tra questi.

### Risposta guidata

L’impossibilità a caricare cambia la sicurezza della visita e la valutazione del trauma. Il nome dello sport aiuta a capire il contesto, ma non sostituisce meccanismo e funzione. La marca delle scarpe di solito non modifica la prima decisione. In una visita reale chiedi che cosa la persona ha effettivamente fatto dopo l’evento, evitando di dedurre la capacità di carico dalla sua presenza in ambulatorio.

### Punto di arresto

Prima di procedere, sapresti riferire lato, meccanismo, tempo del gonfiore e funzione con parole non ambigue?

## 2. Sicurezza prima dei test legamentosi

Il primo compito è verificare se l'esame può proseguire. Osserva deformità e cute; chiedi dolore intenso, impossibilità a caricare, intorpidimento, alterazioni di colore o temperatura e sintomi sistemici. Valuta i reperti distali secondo competenza. Un ginocchio molto gonfio e doloroso dopo trauma può rendere le manovre di stress non sicure o poco interpretabili.

| Se emerge...                                | Conseguenza                                          | Come documentarla                             |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Deformità o sospetto di lesione importante. | Valutazione traumatica tempestiva.                   | Aspetto, meccanismo, funzione e prove omesse. |
| Deficit neurovascolare nuovo.               | Priorità al percorso urgente.                        | Reperto specifico e tempo di esordio.         |
| Febbre e articolazione calda/dolorosa.      | Valutazione urgente della possibile causa sistemica. | Temperatura, segni e sintomi associati.       |
| Dolore che impedisce flessione.             | Evitare torsioni e test che richiedono la posizione. | "Non eseguito per dolore", non "negativo".    |

Nel nostro caso la persona riferisce di riuscire a caricare con difficoltà e non descrive formicolio. Questo non sostituisce un esame distale documentato, né esclude una lesione ossea. Se vi sono effusione o dolorabilità focale dopo trauma, la scelta delle immagini segue il quadro clinico e i criteri appropriati.

### Limite

Il caso è didattico: non eseguire una camminata di prova per "verificare" se il dolore o il rischio di caduta lo rendono inappropriato.

## Passaggio di consegne se ti fermi qui

Indica trauma, tempo, funzione, reperti distali effettivamente valutati e motivo dell'omissione dei test. Un esame breve può essere completo per la decisione immediata.

## Racconto, osservazione, omissione

| Riferito                | Osservato                                                 | Non eseguito                                             |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| "Non sente formicolio." | Cute, allineamento e movimento spontaneo realmente visti. | Test di torsione se il dolore non consente la posizione. |

La risposta "nessun formicolio" non equivale a un esame sensitivo normale. Se il dato distale è importante per il percorso, devi valutarlo o segnalare che manca.

### 3. I dati diventano più precisi

La persona chiarisce: “Non sono caduto; mi sono fermato perché ho sentito dolore e non mi fidavo a continuare.” Indica il dolore sul lato interno del ginocchio. Il gonfiore è stato notato circa due ore dopo. Oggi riesce a fare alcuni passi, ma evita le scale. La nuova descrizione riduce l’ambiguità della parola “cedimento”, senza identificare ancora una struttura.

| Prima            | Ora                                               | Interpretazione prudente                             |
|------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| “Ha ceduto.”     | Si è fermato per dolore e timore; nessuna caduta. | Non chiamarlo automaticamente instabilità oggettiva. |
| “Si è gonfiato.” | Gonfiore notato circa due ore dopo.               | Tempo riferito, da integrare con esame.              |
| “Fa male.”       | Dolore mediale durante torsione e scale.          | Localizzazione utile, non diagnosi.                  |
| “Cammina.”       | Pochi passi, evita le scale.                      | Funzione ridotta ma non assente.                     |

#### Aggiornare le ipotesi senza fissarsi

Il meccanismo e la sede rendono ragionevole esplorare menisco, legamenti e altre strutture mediali, ma un singolo dettaglio non seleziona una diagnosi. La domanda successiva è: quali reperti sono osservabili e quali test, se tollerati, potrebbero spostare l’interpretazione? Mantieni aperta anche la possibilità che dolore e gonfiore rendano i test poco informativi.

**Scrittura utile**

“Il paziente precisa che la sensazione di cedimento coincideva con dolore e interruzione volontaria del gesto; nessuna caduta riferita.”

Una buona nota si corregge quando arriva un’informazione nuova. Non lasciare la parola “instabilità” nella sintesi se il colloquio l’ha resa meno precisa.

#### Matrice delle ipotesi

| Dato                           | Può orientare                            | Non può dimostrare                   |
|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Torsione e dolore mediale.     | Esame mirato delle strutture mediali.    | Quale struttura è sicuramente lesa.  |
| Gonfiore nelle ore successive. | Valutazione del trauma e della funzione. | Un’origine specifica del versamento. |
| Interruzione per dolore.       | Limite delle prove provocatrici.         | Instabilità meccanica oggettiva.     |

## 4. Osservazione e funzione

Con consenso e posizione confortevole, confronti entrambi i ginocchi. Osservi un aumento di volume a sinistra, senza deformità evidente. La persona si alza dalla sedia usando le braccia e percorre un breve tratto già necessario alla visita, riducendo il tempo di appoggio sinistro. Nessuno di questi dati definisce da solo LCA o menisco: descrivono condizioni dell'esame e impatto funzionale.

| Osservato                   | Frase riproducibile                                | Errore da evitare                       |
|-----------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Volume sinistro maggiore.   | "Profilo periarticolare sinistro più pieno."       | "Versamento da LCA" per sola ispezione. |
| Usa le braccia per alzarsi. | "Richiede appoggio delle braccia."                 | "Quadricipite debole" da un solo gesto. |
| Appoggio breve a sinistra.  | "Nel tratto osservato riduce l'appoggio sinistro." | "Instabilità dimostrata".               |
| Evita scale.                | Dato riferito, non osservato.                      | Presentarlo come prova eseguita.        |

### Il confronto controlaterale ha limiti

Chiedi se il ginocchio destro abbia precedenti lesioni. Se sì, resta un riferimento individuale imperfetto. Registra posizione, lato e differenza senza definirla "patologica" soltanto perché non è simmetrica. La funzione osservata va interpretata con dolore, paura e ausili.

#### Nota modello

"A riposo ginocchio sinistro più voluminoso del destro; trasferimento dalla sedia con appoggio delle braccia; nel breve cammino osservato riduce l'appoggio sinistro."

Se il cammino fosse stato rischioso, la stessa qualità di esame avrebbe richiesto di ometterlo e spiegare perché.

### Una nota che separa i tempi

"Subito dopo il trauma riusciva a stare in piedi ma ha interrotto il gioco. Oggi, durante il breve tragitto osservato, riduce l'appoggio sinistro." Le due frasi non sono intercambiabili: la prima è un racconto dell'evento, la seconda un reperto della visita. Questa distinzione aiuta a non presentare come osservata una funzione che è stata soltanto riferita.

#### Controllo

Scrivi sempre se un gesto è stato visto, misurato oppure raccontato dal paziente.

## 5. Palpazione e movimento

La persona indica un dolore mediale. Inizi la palpazione lontano dal punto più dolente, poi localizzi la risposta nella regione della rima articolare mediale. Chiedi se il dolore provocato sia quello abituale. Valuti quindi flessione ed estensione attive, fermandoti dove il sintomo diventa importante. Il passivo, se tollerato, può chiarire se il limite cambia quando la persona non guida il gesto.

| Prova             | Dato nel caso                                                    | Che cosa non dimostra                     |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Palpazione        | Dolorabilità sulla rima mediale riferita come simile al sintomo. | Una lesione meniscale certa.              |
| Flessione attiva  | Incompleta per dolore nella stessa area.                         | Un blocco meccanico certo.                |
| Estensione attiva | Quasi completa nel gesto osservato.                              | Assenza di patologia.                     |
| Passivo           | Interrotto per difesa e dolore prima del limite chiaro.          | Arco anatomico misurabile con precisione. |

### Quando la parola “blocco” richiede chiarimento

Se il paziente dice che “si blocca”, chiedi se il ginocchio si ferma fisicamente e non può essere mosso, oppure se si interrompe il gesto per dolore. Nel caso l’attivo termina quando compare dolore: documenta questo dato. Non convertire un sintomo linguistico in un reperto meccanico senza verifica.

#### Nota prudente

“Flessione attiva sinistra incompleta per dolore mediale; passivo non graduabile per difesa. Dolorabilità alla rima mediale che riproduce il sintomo riferito.”

Se il passivo aumenta nettamente il dolore, l’informazione utile può essere proprio la sua non interpretabilità. Non insistere per raggiungere una posizione richiesta da un test speciale.

### Che cosa misureresti al controllo?

Se il monitoraggio della mobilità è utile, registra oggi posizione e direzione, anche se non puoi ottenere una misura in gradi affidabile. Alla visita successiva usa una condizione simile e confronta il punto in cui compare dolore. Un miglioramento del movimento non dimostra retrospettivamente quale struttura fosse lesa, ma descrive un cambiamento funzionale verificabile.

#### Frase utile

“Flessione attiva oggi interrotta dal dolore mediale prima del limite misurabile; rivalutare con stessa posizione e istruzione.”

## Tavola fotografica · Il caso in tre momenti

Immagine generata per uso didattico. Non mostra un paziente reale, non documenta reperti clinici e non rappresenta un protocollo tecnico completo.



| A · Racconto                           | B · Osservazione                                     | C · Palpazione                                                       |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| La persona descrive meccanismo e sede. | Il clinico confronta i lati e la funzione tollerata. | Il punto dolente è localizzato con consenso e pressione controllata. |

### Cosa le immagini non consentono

Non si può vedere se il gonfiore è comparso in due ore, se la rima mediale riproduce il dolore abituale o se il passivo è limitato dalla difesa. Questi dati devono venire dal colloquio e dall'esame reale. Una figura può aiutare a ricordare la sequenza, non a dedurre il risultato del caso.

#### Per il video 10

Interrompi il video dopo ciascun passaggio e scrivi: dato nuovo, ipotesi che cambia, prova successiva e condizione che ti farebbe fermare.

### Esercizio visivo

Scrivi una didascalia per il pannello C che non usi la parola “menisco”. Dovrebbe indicare sede da localizzare, pressione controllata e domanda sul dolore abituale.

#### Didascalia possibile

“L'esaminatore localizza con pressione lieve un'area mediale del ginocchio e chiede se la risposta corrisponde al sintomo che la persona riferisce durante le scale.”

## 6. Quali test mirati sono giustificati?

Il meccanismo di torsione, la rima mediale dolente e la funzione limitata possono far considerare una prova meniscale. La sensazione iniziale di cedimento può far chiedere anche un confronto legamentoso. Prima però verifica posizione, dolore e rilassamento. Nel caso la flessione passiva è interrotta dalla difesa: un McMurray completo o una prova in carico con torsione rischierebbero di aggiungere dolore più che chiarezza.

| Test considerato | Condizione necessaria                                   | Decisione nel caso                                                  |
|------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| McMurray         | Flessione e rotazione tollerate, tecnica corretta.      | Non eseguito: difesa e dolore impediscono una prova interpretabile. |
| Thessaly         | Carico ed equilibrio sicuri.                            | Non richiesto: dolore e appoggio ridotto.                           |
| Lachman          | Posizione e rilassamento sufficienti, confronto valido. | Può essere tentato solo se tollerato; documentare arresto e limite. |
| Altri stress     | Sicurezza traumatica e domanda specifica.               | Non accumulare manovre nella fase dolorosa.                         |

### Un test omesso non è un test negativo

La scelta di non fare McMurray e Thessaly ha una ragione osservabile. Scrivi che l'arco o il carico necessari non sono tollerati. Se tenti un Lachman e la difesa muscolare impedisce di valutare arresto e traslazione, il risultato è non interpretabile; non chiamarlo rassicurante.

#### Decisione

Raccogli i dati possibili senza forzare. Una rivalutazione successiva può rendere interpretabili prove che oggi non lo sono.

La visita conserva valore anche senza "positivi": meccanismo, funzione, gonfiore, sede e qualità dei movimenti orientano il percorso.

### Un risultato non interpretabile ben descritto

Immagina di iniziare un Lachman, ma la persona contrae la coscia e riferisce dolore prima che la traslazione possa essere valutata. La nota corretta è: "Manovra iniziata, non interpretabile per difesa e dolore; arresto non valutabile." Non scrivere "negativo" e non trasformare una resistenza muscolare in una sensazione finale affidabile. La prova può essere ripetuta in un contesto più favorevole se indicato.

#### Decisione successiva

Il limite tecnico diventa parte della sintesi e spiega perché serve una valutazione successiva, non un numero inventato.

## 7. Un dato nuovo modifica la priorità

Immagina ora due sviluppi alternativi. Nella versione A, il paziente riferisce che il dolore si è stabilizzato, il carico resta possibile e non compaiono sintomi distali; la visita può concludersi con sintesi, decisione sull'eventuale imaging e rivalutazione. Nella versione B, compare un nuovo intorpidimento del piede con peggioramento rapido del dolore: l'attenzione torna alla sicurezza e al percorso urgente.

| Sviluppo                  | Cosa cambia                                                           | Come comunicarlo                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| A · Quadro stabile        | I dati possono essere integrati con un piano e follow-up appropriati. | “Prove limitate dal dolore; rivalutazione mirata necessaria.”  |
| B · Sintomo distale nuovo | Priorità alla valutazione neurovascolare e tempestiva.                | “Nuovo reperto riferito, verificato e comunicato con urgenza.” |

### Non lasciare che l'ipotesi domini

Se avevi iniziato a pensare al menisco, il nuovo sintomo distale non va forzato dentro quella spiegazione. Le ipotesi sono strumenti per scegliere domande; i dati nuovi possono richiedere una strada diversa. Chiedi esordio, distribuzione e altri cambiamenti, valuta secondo competenza e documenta il passaggio di consegne.

#### Principio

Un piano clinico è una decisione temporanea basata sui dati disponibili, non una promessa che tutti i dati futuri confermeranno l'ipotesi iniziale.

Nella versione A, una prova meniscale oggi non interpretabile potrà essere rivalutata se il dolore e il gonfiore lo permettono. Non dichiarare che la lesione sia esclusa perché il test è stato omesso.

### Piano condizionale

| Se...                                                | Allora...                                                        |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Il quadro resta stabile e la funzione migliora.      | Confronta dolore, mobilità e attività nelle condizioni annotate. |
| Il dolore persiste o la funzione resta limitata.     | Riconsidera ipotesi e necessità di approfondimento.              |
| Compaiono nuovi deficit distali o sintomi sistemici. | Cambia priorità e attiva il percorso appropriato.                |

## 8. Imaging e limiti delle linee guida

Nel trauma acuto del ginocchio, la decisione su radiografia e indagini successive dipende da storia, reperti e scenario. I criteri ACR distinguono pazienti con e senza dolorabilità focale, effusione o difficoltà a camminare, e considerano i risultati delle immagini iniziali. Il caso presenta gonfiore osservato e funzione ridotta: non scegliere un esame soltanto sulla base di “rima mediale dolorosa”.

| Domanda                                  | Dato necessario                                           | Errore da evitare                               |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Serve valutazione ossea iniziale?        | Meccanismo, esame, carico, dolorabilità e criteri locali. | Prescrivere immagini da un solo test meniscale. |
| Serve approfondimento dei tessuti molli? | Persistenza, sospetto, funzione e immagini iniziali.      | Assumere che ogni dolore richieda subito RM.    |
| La linea guida meniscale è applicabile?  | Lesione acuta isolata oppure sospetto combinato?          | Estendere raccomandazioni oltre il loro ambito. |

### Perché l’ambito conta

La linea guida AAOS sulla patologia meniscale acuta isolata non riguarda automaticamente i casi con lesione concomitante del LCA, frattura o patologia degenerativa. Nel nostro caso non abbiamo ancora escluso un quadro combinato. È più accurato riferire che l’indagine va scelta da un professionista sulla base dell’intero quadro e delle regole applicabili.

#### Scrittura prudente

“La scelta dell’imaging viene definita secondo il percorso traumatico e i criteri clinici pertinenti; i test meniscali oggi non sono interpretabili.”

Una radiografia negativa, se ottenuta, non equivale automaticamente all’assenza di ogni lesione dei tessuti molli. Anche il risultato delle immagini va integrato con funzione ed esame.

### Come presentare la decisione senza automatismi

“Il quadro traumatico e i reperti osservati richiedono di valutare se sia indicata una radiografia secondo criteri applicabili. I test dei tessuti molli oggi sono limitati dal dolore, quindi una rivalutazione potrà chiarire ciò che resta aperto.” La frase non promette un esame specifico né ignora l’incertezza. Indica quali dati hanno guidato la scelta.

#### Promemoria

Una linea guida definisce un ambito. Prima di applicarla, verifica che il caso abbia caratteristiche coerenti con quello scenario.

## 9. Scrivere la nota clinica completa

La nota migliore permette a chi legge di separare racconto, osservazione e decisione.

Riporta anche prove omesse o non interpretabili. Nel caso progressivo, la parola

“cedimento” è stata chiarita, il gonfiore è stato sia riferito sia osservato e la palpazione ha riprodotto il dolore mediale. Nessun test ha dimostrato da solo LCA o menisco.

| Sezione      | Testo del caso                                                                                              |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Storia       | Torsione ginocchio sinistro durante cambio di direzione; si ferma per dolore e timore, senza caduta.        |
| Funzione     | Pochi passi con difficoltà; evita scale; gonfiore notato nelle ore successive.                              |
| Osservazione | Ginocchio sinistro più voluminoso, appoggio sinistro ridotto nel breve tratto osservato.                    |
| Esame        | Dolorabilità rima mediale simile al sintomo; flessione attiva limitata dal dolore.                          |
| Limiti       | Passivo interrotto per difesa; McMurray/Thessaly non eseguiti; forza e stabilità non concluse.              |
| Sintesi      | Trauma torsionale con dolore mediale e funzione ridotta; ipotesi da integrare con percorso e rivalutazione. |

### Correggere una frase troppo forte

“Lesione meniscale confermata perché la rima è dolorosa” è eccessiva. Meglio: “La dolorabilità della rima mediale concorda con la sede riferita, ma non è specifica; le manovre meniscali non sono eseguibili in condizioni interpretabili”. Il secondo testo consente a un collega di capire quanto la conclusione sia provvisoria.

#### Nota finale

Aggiungi data, lato, posizione delle prove, reperti distali realmente valutati e decisione concordata. Non inventare dati mancanti per completare il modello.

### Rilettura in tre colori

Sottolinea mentalmente i dati riferiti (“ho sentito cedere”), quelli osservati (volume e appoggio) e le interpretazioni (ipotesi da approfondire). Se un’interpretazione appare nella sezione dei reperti, riscrivila. Se manca il motivo di una prova omessa, aggiungilo. Questo controllo di trenta secondi rende il referto più leggibile.

## 10. Come spiegare il caso al paziente

La persona chiede: “Mi sono rotto il menisco?” Una risposta utile distingue ciò che hai visto da ciò che non puoi sapere ancora. Spiega che il ginocchio è gonfio, che un movimento provoca dolore mediale e che alcune prove non sono state possibili oggi. Presenta il passo successivo senza promettere una diagnosi certa né minimizzare il problema.

| Da evitare                                    | Una frase migliore                                                            |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| “Sicuramente è il menisco.”                   | “Alcuni dati orientano la valutazione, ma oggi non bastano per confermarlo.”  |
| “Il test è negativo, quindi stia tranquillo.” | “La manovra non era eseguibile per dolore; rivaluteremo quando appropriato.”  |
| “Deve fare subito una RM.”                    | “Valutiamo quale indagine serve secondo il quadro e le indicazioni cliniche.” |

### Spiegare un limite non è un fallimento

Dire “non posso interpretare questa prova perché il ginocchio è doloroso e difeso” è onesto. La persona capisce perché non insisti e perché una rivalutazione può essere utile. Se compaiono nuovi sintomi distali o un peggioramento importante, il percorso cambia: comunica chiaramente quando e come chiedere una nuova valutazione secondo il contesto locale.

#### Esempio di risposta

“Il dolore è sul lato interno e il gonfiore ha limitato alcuni movimenti. Oggi non possiamo dire con sicurezza quale struttura sia coinvolta. Il passo successivo è valutare il trauma e poi rivalutare le prove quando saranno interpretabili.”

Una comunicazione chiara riduce la tentazione di usare un nome diagnostico come unica spiegazione. Il paziente ha bisogno di capire che cosa è stato osservato e quale decisione è stata presa.

### Verifica della comprensione

Chiedi: “Mi dice con parole sue che cosa abbiamo capito oggi e quale sarà il prossimo passo?” La risposta può rivelare un equivoco, per esempio che “test non eseguito” sia stato interpretato come “test normale”. Correggi con una frase breve. In un contesto didattico questa verifica mostra che la comunicazione è parte del ragionamento, non una formalità finale.

#### Da evitare

Non garantire un recupero o un risultato di imaging che il caso non permette di prevedere.

## 11. Esercizi: cambia un dato, cambia la decisione

1. Se la persona dice di aver sentito uno schiocco, puoi concludere che il LCA è lesionato? 2. Se McMurray non è stato eseguito per dolore, puoi segnare “negativo”? 3. Se una settimana dopo la flessione è più tollerata, quale prova potrebbe diventare interpretabile? 4. Se compare febbre con ginocchio rosso e caldo, prosegui con test di torsione?

### Risposte ragionate

1. No, è un dato riferito da integrare con meccanismo, funzione, gonfiore ed esame. 2. No: “non eseguito” con motivo. 3. Una manovra mirata può essere rivalutata se sicura, pertinente e ben tollerata; non è automatica. 4. No: il nuovo quadro richiede una valutazione urgente della possibile causa articolare o sistemica.

### Esercizio di presentazione orale

Racconta il caso in 45 secondi usando tre frasi: una di storia e funzione, una di esame osservato, una di limiti e piano. Non usare “lesione certa”. Registra la voce e controlla se ogni frase può essere verificata nella nota. Poi prova una versione più semplice per il paziente.

| Ho incluso...                                  | Sì / da completare |
|------------------------------------------------|--------------------|
| Meccanismo e tempo del gonfiore.               |                    |
| Funzione e sede del dolore.                    |                    |
| Reperti osservati distinti da quelli riferiti. |                    |
| Test omessi e motivo.                          |                    |
| Passo successivo proporzionato.                |                    |

#### Autoverifica

Quale dato futuro renderebbe meno plausibile la tua ipotesi iniziale? Scriverlo ti aiuta a mantenere il ragionamento aperto.

### Scenario alternativo

Riscrivi la sintesi se il dolore, invece di essere mediale, è diffuso e compare febbre con ginocchio caldo. La priorità cambia: la storia di torsione non basta più a spiegare l'intero quadro. Indica quali dati verifichereesti subito e perché non proseguiresti con una serie di test provocativi. Una risposta corretta separa il nuovo segnale d'allarme dall'ipotesi iniziale.

## Scheda rapida · Caso di dolore al ginocchio

| Passaggio    | Domanda guida                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------|
| Racconto     | Meccanismo, “cedimento”, gonfiore e tempo chiariti? |
| Sicurezza    | Deformità, carico, febbre, cute e sintomi distali?  |
| Funzione     | Che cosa può fare oggi e che cosa evita?            |
| Osservazione | Volume, postura, trasferimento e cammino sicuro?    |
| Palpazione   | Sede esatta e dolore abituale riprodotto?           |
| Movimento    | Attivo/passivo distinti, dolore e difesa descritti? |
| Test mirati  | Quale ipotesi, quali condizioni, quali omissioni?   |
| Imaging      | Criteri e scenario appropriati, senza automatismi?  |
| Sintesi      | Dati concordanti, discordanti e piano comunicati?   |

### In una frase

Il ragionamento clinico è una sequenza di revisioni: ogni dato può rafforzare, ridurre o cambiare un'ipotesi.

## Riferimenti e ambito

[1] MSD Manual Professional. Knee Sprains and Meniscal Injuries. <https://www.msmanuals.com/professional/injuries-poisoning/sprains-and-other-soft-tissue-injuries/knee-sprains-and-meniscal-injuries>

[2] ACR Appropriateness Criteria. Acute Trauma to the Knee. <https://acsearch.acr.org/docs/69419/narrative/>

[3] NICE CKS. Knee pain - assessment. <https://cks.nice.org.uk/topics/knee-pain-assessment/>

[4] AAOS. Acute Isolated Meniscal Pathology (2024). <https://www.aaos.org/quality/quality-programs/acute-isolated-meniscal-pathology/>

[5] AAOS. Management of Anterior Cruciate Ligament Injuries. <https://www.aaos.org/quality/quality-programs/anterior-cruciate-ligament-injuries/>

Caso inventato per insegnare il metodo, non per guidare la cura di una persona reale. L'immagine è generata. Revisione clinica e adattamento ai percorsi locali sono necessari prima della pubblicazione.