

Capitolo 13 · Rivalutazione e monitoraggio

Confrontare le visite, aggiornare le ipotesi, comunicare il cambiamento

Una visita descrive un momento. La rivalutazione chiede che cosa sia cambiato, se il confronto sia valido e se il piano risponda ancora al problema della persona. Il dolore può ridursi mentre una funzione resta difficile; una misura può migliorare mentre emerge un sintomo nuovo. Per questo servono pochi indicatori scelti bene.

Obiettivo

Preparare una scheda iniziale, ripetere misure comparabili, distinguere miglioramento e oscillazione, riconoscere cambiamenti che richiedono un nuovo percorso e scrivere una consegna chiara.

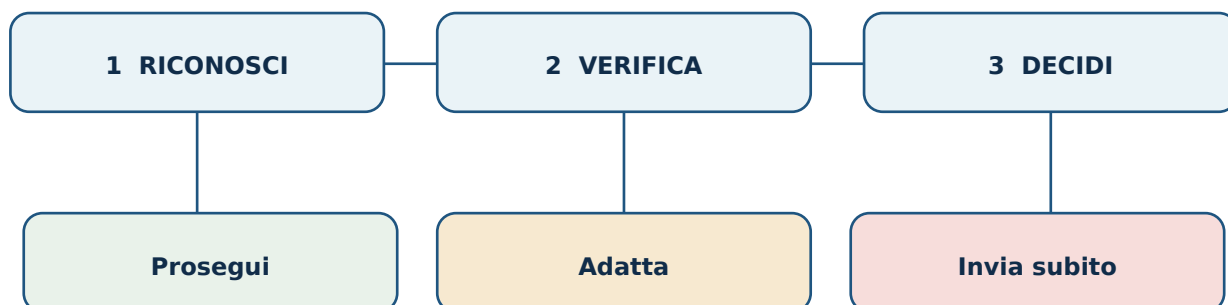


Figura 1. A ogni controllo la sicurezza precede il confronto con la visita precedente. Schema didattico.

Tre livelli da seguire

Sintomi Sede, intensità, andamento e nuovi disturbi.	Attività Gesti, distanza, autonomia e tolleranza.	Partecipazione Lavoro, sport, sonno e ruoli quotidiani.
--	---	---

La stessa persona può cambiare in un livello e restare stabile negli altri.

Esempio di obiettivo personale

Una persona dice: “Voglio tornare a fare la spesa senza chiedere aiuto.” La prima domanda è quale parte del compito crea difficoltà: cammino, trasporto della borsa, presa, scale o affaticamento. Alla visita successiva puoi controllare l’attività definita, invece di limitarti a chiedere un voto al dolore. Se una componente migliora e un’altra resta difficile, la nota deve mostrarle entrambe.

1. La prima visita diventa il riferimento

Senza una linea di partenza, “va meglio” resta difficile da interpretare. Registra sintomo principale, sede, andamento, una o due attività importanti e i reperti che prevedi di ripetere. Annota anche posizione, istruzioni, ausili, farmaci riferiti e condizioni che possono influenzare la prova.

Area	Riferimento iniziale utile	Domanda al controllo
Sintomo	Sede, frequenza e scala contestualizzata.	È cambiato il sintomo abituale?
Funzione	“Cammina 10 minuti prima di fermarsi.”	Quanto e in quali condizioni?
Movimento	Direzione, lato e punto di arresto.	La stessa prova è tollerata?
Esame	Reperto, tecnica e limite.	Il confronto è tecnicamente valido?

Scegliere ciò che conta per la persona

Chiedi quale attività vorrebbe riprendere: salire le scale, portare una borsa, dormire su un lato, tornare al lavoro. Una misura generica del dolore non racconta da sola il recupero. Definisci la prova in modo concreto, con una situazione che possa essere richiamata alla visita successiva.

Scheda iniziale

“Ginocchio sinistro: dolore durante le scale; oggi sale un piano usando corrimano e passo alternato non tollerato. Flessione attiva interrotta per dolore mediale; rivalutare nello stesso contesto.”

Non scegliere dieci misure solo perché sono disponibili. Più dati non significano migliore decisione se nessuno risponde a una domanda clinica.

Una scheda troppo vaga, corretta

“Dolore 7, movimento ridotto” non dice quale attività o quale prova siano state osservate. Una nota migliore è: “Dolore riferito 7/10 durante la salita delle scale; un piano con corrimano e pausa; flessione attiva sinistra interrotta per dolore mediale in posizione supina.” Alla rivalutazione hai una condizione da ripetere, sapendo che la scala del dolore da sola non documenta la funzione.

2. A ogni controllo, ricominciare dalla sicurezza

Chiedi subito se sono comparsi sintomi nuovi, se un deficit sta progredendo o se sono intervenuti trauma, febbre o altri eventi significativi. Nel dolore lombare, per esempio, NICE richiama a considerare diagnosi alternative durante il riesame, soprattutto con sintomi nuovi o cambiati. Un controllo non è la ripetizione automatica della scheda precedente.

Novità	Conseguenza	Nota
Deficit neurologico progressivo.	Valutazione tempestiva; interrompere test non necessari.	Esordio e funzione specifica.
Sintomi urinari/perineali nuovi con lombalgia.	Percorso di emergenza appropriato.	Parole riferite e tempo.
Febbre e articolazione calda.	Valutazione medica urgente.	Segni osservati e sistemici.
Nuovo trauma con carico limitato.	Riconsiderare il percorso traumatico.	Meccanismo e funzione attuale.

La visita precedente non protegge la successiva

Un test negativo o un andamento favorevole la settimana scorsa non escludono un problema oggi. Documenta il dato nuovo, la differenza dal riferimento e la decisione presa. Se serve un invio urgente, le misure di progresso possono attendere.

Passaggio di consegne

“Alla rivalutazione odierna compare una nuova difficoltà a sollevare il piede destro, non descritta alla visita iniziale. Valutazione urgente attivata; test provocatori omessi.”

Il tempo esatto del cambiamento è spesso più utile di un aggettivo come “peggiorato”. Chiedi quando è iniziato e se continua a evolvere.

Domanda di sicurezza da ripetere

“Da quando ci siamo visti, è successo qualcosa di nuovo che cambia il dolore, la sensibilità, la forza o la capacità di usare l’arto?” Adatta poi le domande al distretto: non basta leggere un elenco generico. Se la persona segnala un cambiamento potenzialmente urgente, scrivi quando è iniziato e quale funzione riguarda. La casella “nessuna novità” ha valore solo se la domanda è stata posta e compresa.

3. Dolore: un numero dentro una storia

Una scala numerica può aiutare a seguire un sintomo se specifichi che cosa misura: dolore a riposo, durante una stessa attività o nelle ultime 24 ore. Non confrontare “8/10 nel peggior momento” con “4/10 adesso” come fossero la stessa condizione. Chiedi anche frequenza, durata e sede.

Misura	Prima visita	Controllo valido
Dolore durante le scale	6/10 dopo un piano, con corrimano.	Stesso piano e stessa modalità, se sicuro.
Dolore a riposo	2/10 al colloquio iniziale.	A riposo al colloquio, stessa scala.
Sintomo irradiato	Arriva al polpaccio dopo cammino.	Sede e tempo durante cammino comparabile.

Un numero non dice tutto

Il dolore può oscillare con sonno, carico e attività recenti. Un punteggio più basso insieme a una riduzione drastica delle attività non è necessariamente miglioramento della funzione. Viceversa, una persona può svolgere più attività pur avvertendo ancora dolore. Descrivi entrambi i cambiamenti.

Frase modello

“Dolore al ginocchio durante lo stesso piano di scale: riferito 6/10 alla visita iniziale e 4/10 oggi; oggi usa ancora il corrimano, ma completa il percorso senza fermarsi.”

Se il sintomo ha cambiato sede o qualità, non inserirlo nella vecchia serie numerica senza segnalarlo. Potrebbe rappresentare una domanda nuova.

Esercizio di confronto

Alla prima visita il dolore era 6/10 dopo dieci minuti di cammino; oggi è 4/10 dopo due minuti, perché la persona si ferma prima. Puoi scrivere “migliorato”? No: le esposizioni non sono comparabili e la funzione potrebbe essersi ridotta. Chiedi cosa ha imposto lo stop, quale percorso era stato fatto e se ci sono sintomi nuovi. Riporta i due numeri con il loro contesto, senza sottrarli come fossero la stessa misura.

4. Funzione e partecipazione

Il quadro ICF dell'OMS aiuta a distinguere funzioni corporee, attività e partecipazione alla vita quotidiana. Una maggiore flessione del ginocchio è un reperto corporeo; salire le scale è un'attività; tornare al lavoro o allo sport riguarda la partecipazione. Registrare tutti e tre i livelli evita di confondere un progresso tecnico con un obiettivo raggiunto.

Livello	Esempio	Domanda al controllo
Corpo	Flessione attiva più ampia.	Tecnica e sintomo sono comparabili?
Attività	Sale un piano con meno pause.	Quale aiuto usa?
Partecipazione	Riprende alcune mansioni lavorative.	Con quali adattamenti e limiti?

Un obiettivo osservabile

“Tornare in forma” è troppo generico. “Camminare fino al negozio vicino e rientrare senza fermarsi per il dolore” è verificabile, ma solo se distanza e condizioni sono note. Se il tragitto non può essere osservato, dichiaralo come dato riferito. Puoi seguire il medesimo compito nel tempo senza trasformarlo in un test diagnostico.

Nota utile

“Riferisce di poter preparare un pasto completo restando in piedi circa 20 minuti; alla visita iniziale si fermava dopo 10 minuti. Dato riferito, non osservato in ambulatorio.”

Domanda aperta: quale miglioramento conta di più per questa persona? La risposta può cambiare durante il percorso e merita di essere aggiornata.

Le condizioni reali contano

Una persona riesce a salire le scale in ambulatorio, ma a casa porta anche una borsa e dispone di un corrimano diverso. Chiedi se la prova osservata rappresenta l'attività che conta per lei. La funzione in ambiente standard e quella nella vita reale possono divergere. La descrizione dell'aiuto, dell'ambiente e del compito rende più onesto il confronto tra le visite.

5. Ripetere una prova in modo comparabile

Per attribuire significato a una differenza, mantieni il più possibile le stesse istruzioni, lato, posizione, ausili e criterio di arresto. Registra se l'ultima volta il test era limitato dal dolore, mentre oggi viene completato. In quel caso puoi descrivere un miglioramento della tolleranza, senza inventare un risultato iniziale.

Variabile	Prima	Oggi
Posizione	Seduto, braccio sostenuto.	Stessa posizione.
Istruzione	“Fermati al dolore abituale.”	Stessa frase.
Arco	Interrotto prima del punto di prova.	Prova completata.
Esito	Non interpretabile.	Risposta descritta secondo criterio.

La tecnica cambia il risultato

Una misurazione con ausili, posizione o incoraggiamento diversi può produrre un cambiamento apparente. Non serve scartarla: basta dichiarare che il confronto diretto è limitato. Quando le condizioni non possono essere ripetute, scegli un indicatore più adatto al nuovo contesto.

Didascalia di confronto

“La prova è oggi completa e ben tollerata; alla visita precedente era stata interrotta dal dolore. Non è possibile confrontare esiti positivo/negativo tra le due date.”

Evita la ricerca del “miglior numero” fra molti tentativi, se non era questo il metodo iniziale. Definisci quante prove esegui e perché.

Una modifica dichiarata

La prima prova di cammino era svolta senza ausilio; oggi la persona usa un bastone. Il tratto più lungo osservato oggi non dimostra da solo un miglioramento nelle stesse condizioni. Puoi tuttavia descrivere un progresso nella mobilità con ausilio e una nuova strategia di partecipazione. Indica sempre se il cambiamento di ausilio è stato deciso prima della visita o introdotto durante la valutazione.

Tavola operativa • Registro di due visite

Il modello è un esempio didattico compilato. Può essere adattato al distretto e alla competenza dell'operatore.

Campo	Visita 1	Visita 2
Data e contesto	Giorno 0; dopo torsione.	Giorno 14; nessun nuovo trauma.
Sintomo	Dolore mediale sulle scale.	Stessa sede, minore frequenza riferita.
Funzione	Un piano con corrimano e una pausa.	Un piano con corrimano, senza pausa.
Movimento	Flessione interrotta per dolore.	Flessione maggiore, stessa posizione.
Prova speciale	Non eseguita per dolore.	Tollerata, esito descritto nella nota.
Decisione	Valutazione del trauma.	Proseguire controllo secondo percorso.

Che cosa si può concludere?

La persona riferisce meno episodi di dolore ed esegue il compito con meno pause; l'osservazione del movimento è più tollerata. Non puoi dedurre da questo la guarigione completa di una specifica struttura. Il corrimano è ancora usato e la prova speciale iniziale non era disponibile come riferimento.

Sintesi in una riga

“Rispetto alla visita iniziale, migliora la tolleranza delle scale e della flessione; persiste il bisogno di corrimano. Nessun nuovo sintomo di allarme riferito.”

Registra se le scale sono state osservate o riferite. Una tabella didattica può semplificare, ma la scheda reale deve distinguere le due fonti del dato.

Domande per leggere la tabella

Che cosa è stato osservato direttamente e che cosa è stato raccontato? Il gonfiore è stato misurato o soltanto descritto visivamente? La seconda prova speciale risponde ancora alla domanda iniziale? Per usare la tavola in un caso reale, completa una colonna “fonte del dato” e una “limite”. Il modello serve a rendere il cambiamento leggibile, non a nascondere informazioni mancanti sotto una casella ordinata.

6. Questionari e misure riferite dal paziente

Un questionario standardizzato può essere utile quando misura il costrutto rilevante, è comprensibile nella lingua della persona e viene somministrato nello stesso modo. Le proprietà da considerare includono validità del contenuto, affidabilità, errore di misura e capacità di cogliere cambiamenti. Un punteggio da solo non sostituisce storia e funzione concreta.

Domanda sullo strumento	Perché serve
Misura il problema che voglio seguire?	Evita questionari fuori bersaglio.
Esiste una versione linguistica adatta?	Protegge il significato delle risposte.
Le condizioni di compilazione sono simili?	Riduce differenze dovute al metodo.
Come si interpreta il cambiamento?	Distingue scala, errore e rilevanza clinica.

Non inventare una soglia universale

La differenza minima importante dipende dallo strumento, dalla popolazione e dal contesto. Non applicare un numero trovato per un altro distretto o per pazienti diversi. Quando la soglia non è nota, riporta il cambiamento grezzo e chiedi alla persona se l'attività che conta per lei è cambiata.

Esempio

“Punteggio del questionario inferiore rispetto alla visita precedente; interpretazione della differenza da verificare per questa versione dello strumento. Riferisce inoltre di svolgere l'attività obiettivo con meno pause.”

Se mancano risposte, non calcolare un punteggio con una regola improvvisata. Segui le istruzioni dello strumento o segnala che il risultato non è completo.

Perché scegliere una versione validata

Tradurre liberamente le domande di un questionario può cambiarne il significato, come può farlo modificarne il periodo di riferimento. Se usi uno strumento formalizzato, verifica istruzioni e versione linguistica disponibile. Se preferisci una domanda personale semplice, dichiarala come misura individuale e non attribuirle le proprietà psicometriche di un questionario validato.

7. Tre traiettorie del decorso

Un percorso non procede sempre in linea retta. Un andamento stabile, un miglioramento con oscillazioni e un peggioramento progressivo richiedono domande diverse. Evita di dichiarare “fallimento” da un solo giorno peggiore, ma evita anche di normalizzare un deficit nuovo.

Traiettoria	Esempio	Domanda
Miglioramento	Più attività, dolore simile o minore.	Il progresso è sostenibile?
Oscillazione	Peggioramento dopo attività insolita, poi ritorno.	Che cosa è cambiato nel carico?
Stallo	Stessi limiti in più controlli comparabili.	Ipotesi e piano vanno rivisti?
Peggioramento	Funzione ridotta e sintomi nuovi.	Serve nuova priorità o invio?

L'interpretazione richiede contesto

Una persona può riferire un aumento del dolore dopo aver ripreso un'attività importante. Registra carico e durata prima di attribuire la variazione alla malattia. Se invece il sintomo si estende, compare debolezza o la funzione cala senza spiegazione, riconsidera l'ipotesi iniziale.

Domanda ripetibile

“Rispetto all'ultima visita, che cosa riesce a fare di più, di meno o con una modalità diversa? È comparso un sintomo nuovo?”

Chiedi il cambiamento che la persona considera significativo. La tua misura e la sua esperienza possono divergere: entrambe informano il piano.

Una traiettoria in quattro controlli

Visita 1: dieci minuti di cammino. Visita 2: quindici. Visita 3: dodici dopo una giornata molto attiva. Visita 4: diciotto nelle condizioni abituali. Il terzo dato non cancella il progresso complessivo, ma richiede di registrare il contesto e la risposta al carico. Se alla visita 3 fosse invece comparso un deficit neurologico, la spiegazione “giornata attiva” non basterebbe: sicurezza e nuova valutazione verrebbero prima del grafico.

8. Quando aggiornare l'ipotesi

Una risposta inattesa non dimostra che l'ipotesi fosse sbagliata, ma offre un motivo per riesaminarla. Controlla se i dati iniziali erano incompleti, se una prova era poco interpretabile, se è intervenuto un nuovo evento o se la diagnosi alternativa spiega meglio il quadro.

Segnale	Domanda di riesame	Possibile azione
Sintomo cambia sede.	È lo stesso problema?	Nuova storia ed esame mirato.
Deficit nuovo.	Da quando e sta progredendo?	Valutazione tempestiva.
Funzione non migliora.	Obiettivo e misura sono adatti?	Rivedere ipotesi e percorso.
Test discordante.	Tecnica valida e stessa domanda?	Integrare dati, non scegliere per voto.

Una buona revisione non cancella la prima nota

Conserva la sequenza: “Inizialmente ipotizzato X per questi dati; oggi emerge Y, che richiede di considerare Z.” Così il lettore vede il ragionamento e non un cambio silenzioso di etichetta. La diagnosi provvisoria resta uno strumento di lavoro, non una promessa.

Esempio

“Dolore inizialmente locale alla spalla. Oggi riferisce formicolio nuovo alla mano: raccolta nuova distribuzione, confronto neurologico secondo competenza e revisione del percorso.”

Quando una linea guida riguarda un ambito preciso, verifica che il caso rivalutato vi rientri ancora. Un trauma nuovo o un sintomo sistemico cambiano l'ambito.

Una domanda alternativa

Se il dolore alla spalla persiste ma il movimento attivo è migliorato, considera se il sintomo attuale compare nello stesso gesto e nella stessa sede. Chiedi quali attività sono cambiate e se sono apparsi disturbi cervicali o neurologici. L'obiettivo non è produrre una lista infinita di diagnosi; è verificare se il problema che stai seguendo è ancora lo stesso e quale dato merita una prova mirata.

9. Comunicare un cambiamento alla persona

Spiega che cosa è cambiato con parole concrete. “Oggi percorre la stessa distanza con una pausa in meno” è più comprensibile di “migliorata funzionalità”. Distingui il progresso osservato dalla previsione: un buon controllo non garantisce un decorso identico nelle settimane successive.

Messaggio	Formula utile
Progresso	“Il compito scelto richiede meno pause rispetto alla prima visita.”
Incertezza	“Il test iniziale era limitato dal dolore; oggi abbiamo un dato più leggibile.”
Stallo	“La funzione non cambia nelle condizioni confrontate; rivediamo la domanda.”
Rischio nuovo	“Questo sintomo cambia la priorità e richiede una valutazione ora.”

Decisione condivisa

Chiedi se l’obiettivo iniziale è ancora importante e quali ostacoli pratici incontra la persona. Le informazioni dovrebbero essere adatte ai suoi sintomi e alla funzione, come raccomanda NICE nel contesto dell’artrosi. La visita non è completa se il piano è chiaro solo al clinico.

Verifica di comprensione

“Mi dice con parole sue quale cambiamento seguiremo e quale sintomo ci farebbe anticipare il controllo?”

Scrivi cosa è stato concordato, chi deve fare il prossimo passo e quando. Evita promesse sulla data di guarigione non sostenute dal quadro.

Esempio di spiegazione breve

“La flessione del ginocchio è più facile e oggi sale le scale senza fermarsi. Usa ancora il corrimano, quindi continueremo a seguire proprio quel compito. Se compare un nuovo cedimento con caduta o un sintomo diverso, ci avvisi e rivalutiamo prima.” La frase nomina un progresso, un limite residuo e una condizione per aggiornare il piano senza promettere un risultato.

10. Due casi di rivalutazione

Caso A · Caviglia. Dopo un trauma in inversione, il primo esame legamentoso era omesso per dolore e gonfiore. Due settimane dopo la persona cammina più a lungo e il gonfiore è diminuito; la prova è ora tollerata. Documenta l'esito odierno, ma non riscrivere retrospettivamente il primo esame come "negativo".

Caso B · Lombare. Il dolore iniziale era locale e la funzione stabile. Al controllo compare formicolio in entrambe le gambe e la persona riferisce una nuova difficoltà urinaria. L'obiettivo non è calcolare il miglioramento del punteggio di dolore: attiva il percorso di emergenza appropriato e comunica esordio, sintomi e dati verificati.

Domanda	Caso A	Caso B
Quale dato cambia?	Tolleranza, funzione e nuovo esito.	Sintomi neurologici/sfinterici nuovi.
Che cosa misurare?	Compito comparabile e prova valida.	Non ritardare l'invio per le misure.
Quale azione?	Aggiornare sintesi e percorso.	Valutazione di emergenza.

Differenza decisiva

Nel caso A il tempo rende un test più leggibile. Nel caso B il tempo introduce una priorità nuova. "Rivalutare" non significa sempre ripetere.

In entrambi i casi la nota deve dire quale dato era presente prima e quale è comparso oggi. È il cambiamento, non la sola sede anatomica, a spiegare la decisione.

La nota che accompagna il caso B

"Alla visita precedente dolore lombare locale e funzione stabile. Oggi riferisce formicolio bilaterale di nuova comparsa e difficoltà urinaria iniziata nelle ultime ore. Il cambiamento è stato comunicato al servizio di emergenza; test di movimento omessi per non ritardare la valutazione." Scrivere "peggioramento della lombalgia" sarebbe troppo vago per descrivere il motivo della nuova priorità.

11. Scheda pronta per il controllo

Campo	Da compilare
Data e intervallo	Visita iniziale: _____ Controllo: _____
Sintomo abituale	Sede/qualità: _____ Prima: _____ Oggi: _____
Novità di sicurezza	Nuovi sintomi/eventi e tempo: _____
Attività obiettivo	Compito e condizioni: _____
Confronto	Riferito: _____ Osservato: _____
Prova ripetuta	Tecnica uguale? _____ Limiti: _____
Sintesi	Migliora/stabile/peggiora e perché: _____
Azione	Decisione, responsabile e tempo: _____

Esempio di compilazione

“Controllo a 14 giorni. Dolore sulle scale nella stessa sede ma meno frequente. Nessun nuovo trauma o sintomo neurologico riferito. Sale un piano con corrimano senza fermarsi, mentre prima faceva una pausa; prova osservata oggi, primo valore riferito. Flessione attiva più tollerata con la stessa istruzione. Proseguire il percorso concordato e rivalutare la capacità sulle scale.”

Controllo finale

La scheda contiene un obiettivo personale, una misura comparabile, il controllo dei cambiamenti di sicurezza e un'azione leggibile.

Se la prova iniziale era omessa, la casella del confronto deve dirlo. Non usare uno spazio vuoto come sinonimo di “normale”.

Prova con un caso proprio

Scegli un'attività importante e riempi le otto righe della scheda. Alla voce “confronto” indica la fonte di ogni dato: raccontato, osservato o misurato. Alla voce “azione” scrivi un responsabile e una circostanza di rivalutazione, non soltanto “controllare”. Se non hai un riferimento iniziale, scrivi “non disponibile” e usa la visita attuale per crearne uno futuro.

Promemoria · Confrontare senza forzare

Passaggio	Domanda breve
Sicurezza	È comparso qualcosa che cambia la priorità?
Contesto	Le condizioni delle due visite sono paragonabili?
Sintomo	Stessa sede, scala e attività?
Funzione	La persona fa di più, di meno o diversamente?
Esame	Test valido, omesso o non interpretabile?
Decisione	Quale dato determina il prossimo passo?

Fonti principali

Organizzazione Mondiale della Sanità, International Classification of Functioning, Disability and Health: funzioni, attività e partecipazione.

NICE, Low back pain and sciatica in over 16s, NG59: revisione con sintomi nuovi o cambiati e diagnosi alternative.

NICE, Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management, NG226: sintomi e funzione nella gestione e nell'informazione.

COSMIN, Guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures, versione 2.0: proprietà e interpretazione degli strumenti riferiti dal paziente.

Questo materiale è didattico. La scelta di misure, intervalli e invii richiede valutazione individuale e protocolli locali. Non esiste una soglia universale di miglioramento applicabile a ogni test o questionario.

Da ricordare

Confronta ciò che è comparabile. Quando emerge un dato nuovo, prima aggiorna la sicurezza e l'ipotesi, poi il piano.