

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscolo-scheletrici
in collaborazione con Libera Università di Bruxelles

IL RUOLO DEI FISIOTERAPISTI NELLA
VALUTAZIONE DEI PAZIENTI CON
PROBLEMATICHE MUSCOLO-SCHELETRICHE:
DIFFERENZE INTERNAZIONALI

Referente

Aldo Ciuro

Candidato

Domenico Giove

Anno Accademico 2006-2007

INDICE

ABSTRACT.....	3
INTRODUZIONE.....	6
MATERIALI E METODI.....	9
RISULTATI.....	12
CAPACITA' VALUTATIVA DEL FISIOTERAPISTA NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE MUSCOLO-SCHELETRICHE.....	25
RUOLO DEL RAGIONAMENTO CLINICO E PROCESSO DIAGNOSTICO IN FISIOTERAPIA	30
ACCESSO DIRETTO IN FISIOTERAPIA	36
ALTRI AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE	40
SITUAZIONE ITALIANA.....	44
CONCLUSIONI.....	49
BIBLIOGRAFIA	51

ABSTRACT

Background e Obiettivi: La legislazione Italiana e, soprattutto le recenti normative hanno riconosciuto e legittimato il ruolo del fisioterapista nella gestione diretta del paziente con problematiche muscoloscheletriche, collocando la figura del clinico allo stesso livello giuridico dei colleghi che lavorano nei Paesi più evoluti nel campo riabilitativo (Stati Uniti, Regno Unito, Australia,...). L'obiettivo di questo lavoro è valutare le differenze internazionali rispetto alla capacità e alle competenze riconosciute ai fisioterapisti, nella valutazione e gestione dei pazienti con disturbi muscolo-scheletrici.

Materiali e metodi: A questo scopo si è utilizzato come database Medline, introducendo le parole chiave: physical therapy, diagnosis, management, education, musculoskeletal disease. Sono stati selezionati gli articoli che trattassero del ruolo che ha il fisioterapista nella valutazione e trattamento delle problematiche muscoloscheletriche, che andassero a definire le capacità del fisioterapista nel gestire autonomamente e senza referto medico un paziente, le diverse realtà internazionali che consentono questo tipo di approccio, le conoscenze di base e la preparazione post-laurea del fisioterapista in questo ambito, il rapporto costo/beneficio e qualità del servizio ad accesso diretto. Sono stati eliminati gli articoli per i quali non fosse possibile consultare l'abstract, articoli che focalizzassero l'attenzione su una patologia in particolare, articoli che non avessero come oggetto di studio la figura del fisioterapista, le sue competenze e abilità nella completa gestione del paziente con problematiche muscolo-scheletriche. Partendo dai 4 studi inclusi nella revisione, è stata effettuata una ricerca sugli argomenti correlati, che ha prodotto altri 25 articoli che restano oggetto di studio del nostro lavoro. L'assenza di articoli su Medline riguardanti la situazione Italiana, ha portato ad eseguire un'ulteriore ricerca su riviste non indicizzate, riviste disponibili solo in versione cartacea ("Riabilitazione Oggi", "Quaderni AITR", "Il Fisioterapista", "Fare Riabilitazione", "Scienza Riabilitativa") e a prendere in esame profilo professionale, codice deontologico, regolamento

didattico e le diverse normative che regolamentano la figura del fisioterapista Italiano.

Risultati: È ormai riconosciuto a livello internazionale che le procedure di valutazione o diagnosi funzionale siano patrimonio acquisito e competenze professionali del fisioterapista e costituiscono il presupposto indispensabile per la progettazione di un intervento riabilitativo, permettendo di stabilire una prognosi funzionale e di determinare i tempi di recupero. Numerosi studi confermano abilità tecniche e un patrimonio culturale adeguato per la gestione delle condizioni di carattere muscolo-scheletrico, soprattutto per i fisioterapisti che ricevono una formazione specifica in questo ramo. La capacità del fisioterapista di saper gestire adeguatamente le problematiche relative ai pazienti con disturbi muscolo scheletrici, una preparazione e una conoscenza sempre più ampia della materia e la mole di letteratura scientifica a supporto di questa capacità valutativa, hanno portato il fisioterapista ad accrescere il proprio livello di autonomia professionale e, soprattutto nelle realtà internazionali più evolute dal punto di vista riabilitativo, sono state affidate e riconosciute al clinico in questione nuove competenze per quanto riguarda le possibilità diagnostico-terapeutiche e di gestione del paziente.

Conclusioni: I risultati di questo studio ci dimostrano come i fisioterapisti, nelle diverse giurisdizioni internazionali più evolute dal punto di vista riabilitativo (Stati Uniti, Regno Unito, Olanda, Australia...), abbiano i requisiti necessari per valutare e gestire in maniera ampiamente autonoma i pazienti con problematiche muscoloscheletriche, fornendo, sia da dipendente in ambito pubblico che in regime libero professionale, un servizio sicuro per quanto riguarda le procedure diagnostico-terapeutiche, riducendo i costi del servizio sanitario e mantenendo un'elevata qualità del servizio fornito. In Italia, la legislazione vigente ci colloca allo stesso livello dei colleghi che lavorano nei Paesi più evoluti in campo riabilitativo, ma è anche vero che ci troviamo di fronte ad una carenza di modelli organizzativi, dei servizi sanitari pubblici e privati, che consentano realmente al fisioterapista di esercitare a pieno le competenze riconosciute dalle più recenti normative. Nel futuro sarebbe auspicabile

produrre studi scientifici di alta qualità metodologica, che misurino le capacità dei fisioterapisti Italiani nel gestire in modo sicuro ed efficace questi pazienti, affinché si possa rendere effettiva l'applicazione della legislazione esistente e legittimare il ruolo cardine che il fisioterapista avrà nella gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche.

INTRODUZIONE

Dal punto di vista legislativo il fisioterapista è identificato come un professionista sanitario, in possesso della laurea o titolo equipollente, che svolge in autonomia o in collaborazione con altre figure sanitarie gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e viscerali (D.M. 741/94).

Altri dettagli legislativi come la legge 42/1999 (che individua ambito di competenze e responsabilità del fisioterapista) e la legge 251/00 (che riconosce ai professionisti dell'area della riabilitazione un proprio specifico momento diagnostico attribuendo loro la competenza di effettuare "...procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai rispettivi profili professionali"), hanno riconosciuto e legittimato il rapporto diretto col paziente fulcro dell'attività clinica del fisioterapista.

Da questo punto di vista la legislazione Italiana colloca la figura del fisioterapista allo stesso livello giuridico di colleghi che lavorano nei Paesi più evoluti nel campo riabilitativo (Stati Uniti d'America, Inghilterra, Australia, Nuova Zelanda...).

In Inghilterra e in Nuova Zelanda al fisioterapista è riconosciuta la diagnosi clinica (anamnesi, esame obiettivo, valutazione funzionale) sulla cui base imposta e pratica autonomamente l'intervento riabilitativo più appropriato.

In America, la California è stato il primo Stato a concedere ai fisioterapisti di valutare i pazienti in assenza di referti medici specialistici, mentre nel Maryland dal 1979 il fisioterapista può effettuare valutazione funzionale e terapia in modo indipendente.

Attualmente in più della metà degli Stati americani è permesso effettuare diagnosi fisioterapica e trattamento senza alcun referto medico. (39)

E' indubbio che il fisioterapista, nell'esercizio della sua professionalità, debba compiere degli atti valutativi; valutare in riabilitazione clinica significa attribuire un significato, un valore ai segni , ai sintomi e alla storia del paziente.

Il fisioterapista, per compiere un'attenta e corretta valutazione deve possedere una buona capacità d'ascolto nel raccogliere le informazioni anamnestiche, competenza per rilevare i dati clinici attraverso l'esame obiettivo e conoscenza delle scienze di base e delle metodiche riabilitative per poter elaborare in modo scientifico un adeguato programma riabilitativo.

A livello internazionale da più di un ventennio si parla di valutazione o diagnosi funzionale in fisioterapia. Sahrman (1988) è stata la prima a dare una definizione di diagnosi del fisioterapista: “ la diagnosi identifica la direzione primaria d'intervento del fisioterapista. La disfunzione viene identificata dal fisioterapista grazie alla raccolta di informazioni ottenute dalla storia del paziente, dai segni, sintomi, esami e dai test eseguiti e richiesti dal fisioterapista”.

Resta assodato che il fisioterapista non deve fare diagnosi medica, il cui interesse è primariamente diretto alla ricerca dell'agente eziopatogenetico causa del particolare disturbo.

L'interesse primario della diagnosi o valutazione funzionale non è il fattore causale della menomazione, anche se questo deve essere conosciuto e attentamente considerato, ma è diretto allo studio dei processi di disorganizzazione e riorganizzazione conseguenti ad un evento lesivo che ha compromesso la funzione motoria, producendo un'alterazione delle performance.

Ciò conduce alla necessità di individuare tanto la struttura anatomica lesa, quanto gli eventi, che sul piano pato-fisiologico, la lesione produce.

Scopo della diagnosi funzionale è di identificare le menomazioni esistenti o potenziali, le limitazioni funzionali e le disabilità del paziente del paziente, identificare eventuali controindicazioni al trattamento, pianificare in modo efficace il trattamento e determinare la prognosi.

Tutto questo è frutto del ragionamento clinico del fisioterapista e fornisce le indicazioni sulle quali basare e decidere il programma riabilitativo e le relative modalità di applicazione.

Il corretto utilizzo nella pratica clinica di questa capacità valutativa è di fondamentale importanza sia per le responsabilità deontologiche e legali, ma soprattutto per quella morale nei confronti del paziente che accede direttamente alle cure del fisioterapista. Essere in grado di effettuare un'attenta valutazione delle problematiche del paziente, specie nel momento in cui al fisioterapista è concesso di ricevere i pazienti senza l'intermediazione del medico, è fondamentale per poter riconoscere tutte quelle condizioni cliniche che ricadono al di fuori della competenza e responsabilità del fisioterapista e richiedono la consulenza dello specialista al quale il paziente deve essere prontamente inviato.

Lo scopo di questo studio è quello di valutare le differenze internazionali rispetto alla capacità e alle competenze riconosciute ai fisioterapisti nella valutazione e gestione dei pazienti con problematiche muscolo-scheletriche.

Si analizzeranno, dunque, diversi studi (soprattutto americani) che hanno messo in evidenza il ruolo cruciale che ha assunto il fisioterapista nella valutazione e gestione dei pazienti con problematiche muscolo-scheletriche confermando come l'accesso diretto sia sicuro, per quanto riguarda il riconoscimento di circostanze che richiedano l'invio al medico, e risulti anche economicamente vantaggioso; la capacità del fisioterapista di discriminare i casi di propria pertinenza da quelli che richiedono il consulto dello specialista, i diversi ambiti di autonomia professionale e il rapporto con le altre figure sanitarie.

Tutti questi dati verranno rapportati alla situazione Italiana, dove, di fronte a questa responsabilità e autonomia professionale che lo Stato italiano riconosce al fisioterapista, non sono ancora stati effettuati studi che vadano a confermare e a mettere in luce le capacità valutative e di gestione del fisioterapista di fronte a pazienti con problematiche muscolo-scheletriche.

MATERIALI E METODI

Per questo lavoro è stata effettuata una revisione della letteratura attraverso MEDLINE, ricercando gli articoli con le parole chiave: physical therapy, diagnosis, management, education, musculoskeletal disease.

La ricerca inizialmente ha prodotto 146 articoli, dei quali 142 sono stati esclusi in quanto non pertinenti con l'oggetto del nostro studio.

Sono stati eliminati, infatti, gli articoli per i quali non fosse possibile consultare l'abstract, articoli che focalizzassero l'attenzione su una patologia in particolare, articoli che non avessero come oggetto di studio la figura del fisioterapista, le sue competenze e abilità nella completa gestione del paziente con problematiche muscolo-scheletriche.

Partendo dai 4 studi inclusi nella revisione, è stata poi effettuata un'ulteriore ricerca sugli argomenti correlati (LINK), in questo caso sono stati inclusi nello studio altri 25 articoli che restano oggetto della nostra trattazione.

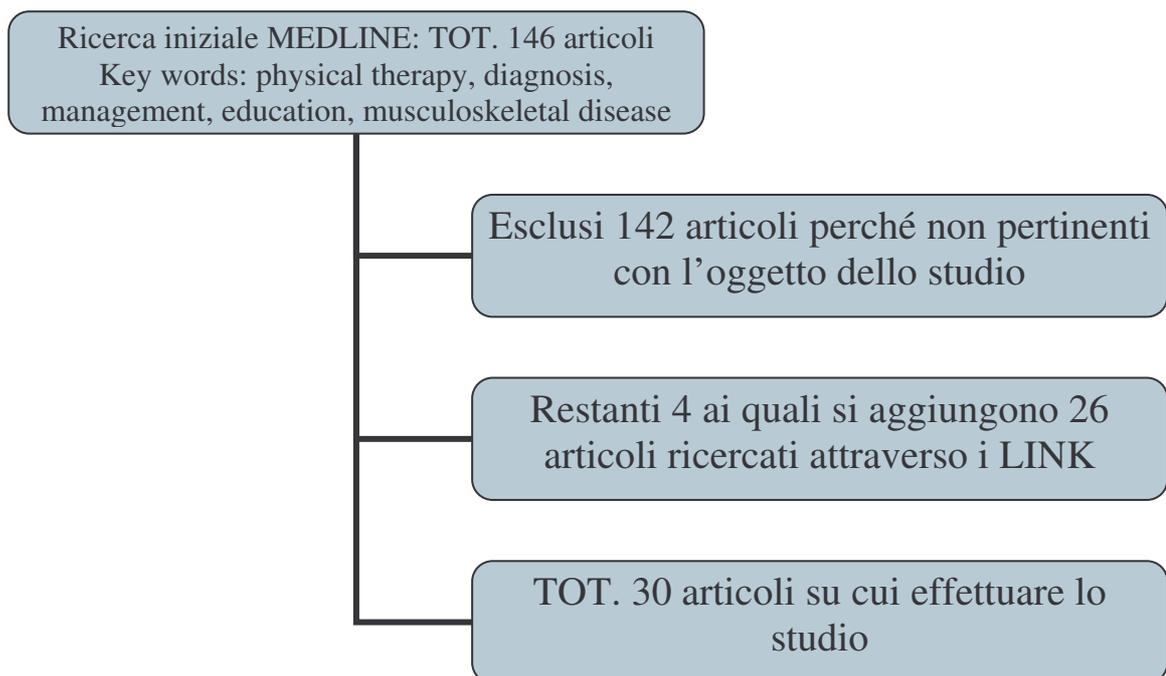
Per quanto riguarda i criteri di inclusione, sono stati selezionati per questo studio tutti gli articoli che trattassero del ruolo che ha assunto il fisioterapista nella valutazione e trattamento delle problematiche muscolo scheletriche, gli articoli che andassero a definire le capacità del fisioterapista nel valutare autonomamente e senza referto medico un paziente, le diverse realtà internazionali che consentono questo tipo di approccio e tutti gli articoli che analizzassero il rapporto costo/beneficio e la qualità del servizio negli Stati che consentono un accesso diretto al fisioterapista senza la preventiva visita medica.

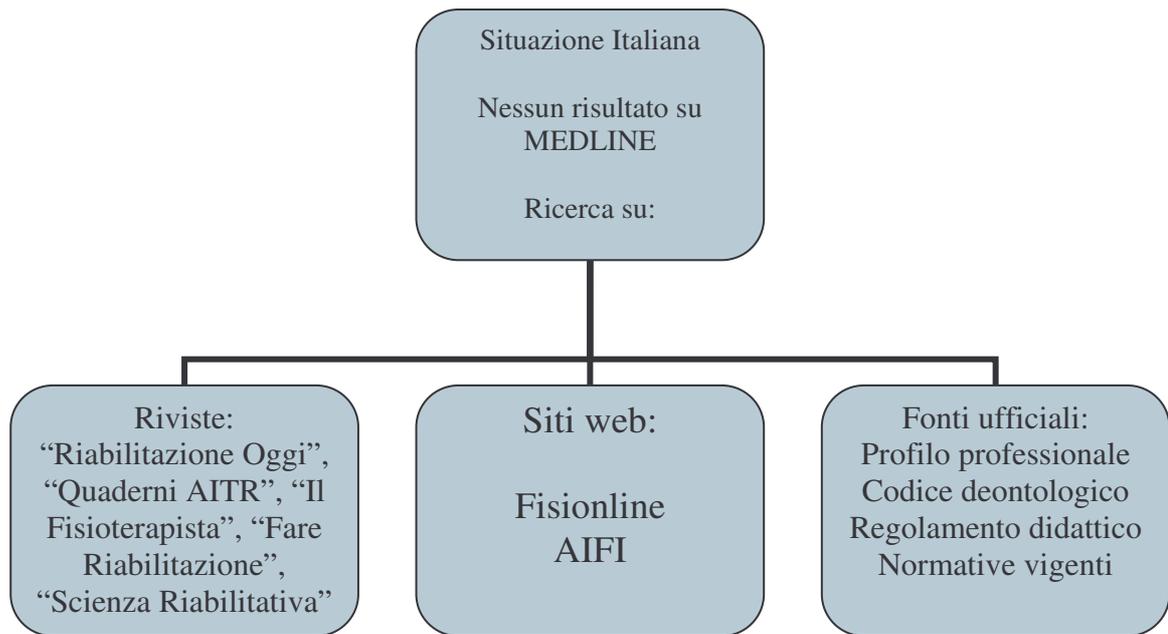
Sono stati, inoltre, inclusi tutti gli articoli che mettersero in luce le conoscenze di base, la preparazione post-laurea e la relativa influenza che potesse avere una preparazione specifica per la corretta e diretta presa in carico del paziente con disturbi muscolo-scheletrici. Infine, gli articoli che evidenziassero il livello di conoscenza

tecnica, i diversi ambiti di autonomia, le abilità e capacità riconosciute al fisioterapista con le responsabilità professionali che ne derivano.

La ricerca su MEDLINE, però, non ha prodotto alcun risultato che facesse riferimento alla situazione Italiana, per cui è stata effettuata un'ulteriore ricerca su riviste non indicizzate e riviste delle quali esiste solo la versione cartacea.

In questo tipo di ricerca, rispettando i criteri di inclusione già citati, sono state consultate le riviste: "Riabilitazione Oggi", "Quaderni AITR", "Il Fisioterapista", "Fare Riabilitazione", "Scienza Riabilitativa". Sono stati consultati, inoltre, articoli presenti sul sito web FISIONLINE e la documentazione presente sul sito web dell'AIFI relativa al profilo professionale, codice deontologico, regolamento didattico e le diverse normative che regolamentano la figura del fisioterapista in Italia.





Di seguito una tabella che indica gli articoli di maggior rilievo inclusi in questo studio.

RISULTATI

Autore, titolo e anno	Riferimento in bibliografia	Obiettivo dello studio	Popolazione in esame	Stato	Risultati
<p>J. Child, J. Whitman, P. Sizer, M. Puglia, T. Flynn, A. Delitto</p> <p>A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions</p> <p>2005</p>	1	<p>Descrivere la capacità e le conoscenze del fisioterapista nella completa gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche, senza la preventiva visita medica (direct access)</p>	<p>174 studenti in fisioterapia e 182 fisioterapisti esperti hanno completato un esame standard che andasse a testare le capacità di gestire le problematiche muscolo scheletriche – questionario precedentemente compilato anche da studenti di medicina, medici generici e medici specialisti</p>	USA	<p>I fisioterapisti esperti hanno un livello di conoscenza più alto nella gestione dei disturbi muscolo scheletrici rispetto agli studenti di medicina, medici generici e specialisti, fatta eccezione per gli ortopedici. I risultati più alti li ottengono i fisioterapisti specializzati in ortopedia e in fisioterapia dello sport</p>
<p>Childs JD, Whitman JM, Puglia ML, Sizer PS Jr, Flynn TW, Delitto A</p> <p>Knowledge in managing musculoskeletal conditions and educational preparation of physical therapists in the uniformed</p>	2	<p>Descrivere la capacità del fisioterapista delle forze armate di gestire autonomamente le condizioni muscoloscheletriche in base alla loro preparazione specifica e background educativo</p>	<p>182 fisioterapisti delle forze armate hanno compilato un questionario che andasse a testare le capacità di gestire le problematiche muscolo scheletriche. Questi risultati sono stati poi rapportati ai dati precedentemente pubblicati.</p>	USA	<p>Il percorso di studi e la preparazione dei fisioterapisti delle forze armate americane consentono di avere accesso diretto al paziente con problematiche di tipo muscoloscheletrico</p>

services. 2007					
Greathouse DG, Schreck RC, Benson CJ. The United States Army physical therapy experience: evaluation and treatment of patients with neuromusculoskeletal disorders. 1994	5	Descrivere il processo educativo, i privilegi dal punto di vista clinico dei fisioterapisti nelle forze armate americane.	Studio descrittivo. Popolazione non specificata.	USA	I fisioterapisti delle forze armate americane sono in grado di valutare per primi e intervenire autonomamente nella gestione delle problematiche muscoloscheletriche, un terzo degli infortuni in missione è gestito direttamente da fisioterapisti, con risultati significativi in termini di ritorno a lavoro e senza richiedere l'intervento del medico.
James JJ, Stuart RB. Expanded role for the physical therapist. Screening musculoskeletal disorders. 1975	18	Mettere in luce la capacità dei fisioterapisti come primi clinici nella valutazione di pazienti che presentavano low back pain.	Studio condotto in due ospedali militari. Nella prima fase dello studio si sono raccolti i dati (tempo d'attesa, durata del trattamento, etc...) dei pazienti con low back pain presi in carico con la procedura standard. Nella seconda fase dello studio sono stati raccolti gli stessi dati, ma in	USA	La qualità delle cure in questa fase sperimentale è stata valutata attraverso un'intervista ai pazienti e medici. I risultati dimostrano che la qualità delle cure risulta essere accettabile per pazienti, medici e fisioterapisti.

			questo caso i pazienti con low back pain venivano indirizzati direttamente al fisioterapista per una valutazione.		
Jette, Ardleigh, Chandler, McShea Decision-Making Ability of Physical Therapists: Physical Therapy Intervention or Medical Referral 2006	4	Scopo di questo studio è descrivere l'abilità del fisioterapista di praticare con sicurezza e prendere decisioni adeguate riguardo alla gestione dei pazienti con accesso diretto.	394 fisioterapisti della sezione Pratica Privata dell' APTA (American Physical Therapy Association) 12 ipotetiche situazioni cliniche i partecipanti allo studio indicavano: situazione che non richiedeva l'invio allo specialista; caso che richiedeva di intervenire e riferire al medico; caso che richiedeva un parere medico prima di intervenire.	USA	I fisioterapisti che hanno preso parte allo studio hanno preso la decisione corretta nell'87% dei casi di fronte a disordini muscoloscheletrici, 88% di fronte a condizioni mediche non critiche e 79% di fronte a condizioni critiche. Il fisioterapista con specializzazione ortopedica, risulta il più abile nel prendere la decisione corretta di fronte a disordini muscoloscheletrici e problemi critici
G Daker-White, AJ Carr, I Harvey, G Woolhead, G Bannister, I Nelson and M Kammerling	25	Valutare la capacità e i costi del servizio, per i fisioterapisti specializzati nella gestione dei pazienti con problematiche muscoloscheletriche.	481 pazienti con problematiche muscoloscheletriche, che presentavano una richiesta per visita specialistica ortopedica. La valutazione e	U.K.	Si è valutata la misura del dolore, la disabilità e l'handicap percepito dal paziente. Sulla base dei risultati incentrati sul

A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments 1999			la presa in carico di questi pazienti è stata affidata ai chirurghi ortopedici neo-laureati o ai fisioterapisti con specializzazione ortopedica. (244 ai medici, 237 ai fisioterapisti).		paziente, questo studio dimostra come il fisioterapista specializzato sia in grado di valutare e gestire il paziente ortopedico alla pari dei chirurghi ortopedici neo-laureati, portando inoltre alla riduzione dei costi diretti.
Delitto A. Snyder-Mackler L. The Diagnostic Process: Examples in Orthopedic Physical Therapy 1995	3	Descrivere il processo diagnostico in fisioterapia. Il ragionamento clinico, le strategie e gli errori possibili	Studio descrittivo. Popolazione non specificata.	USA	Questo articolo dimostra come la diagnosi funzionale, di competenza del fisioterapista, riceva sempre più attenzioni anche in letteratura e chiarisce come concettualmente differisca dalla diagnosi medica.
Nancy J Zimny Clinical Reasoning in the Evaluation and Management of Undiagnosed Chronic Hip Pain in a Young Adult 1998	9	Descrivere il ragionamento clinico nella valutazione e gestione di una donna di 21 anni affetta da dolore cronico all'anca.	Studio descrittivo. Popolazione non specificata.	USA	Questo articolo descrive i diversi elementi fondanti di un buon ragionamento clinico. Si elencano, inoltre, i vari modelli di ragionamento clinico per le problematiche muscoloscheletriche proposti da diversi autori.
Mark A. Jones	10	Descrivere il ragionamento clinico del	Studio descrittivo. Popolazione non	AUSTRALIA	Viene descritto un metodo di ragionamento

<p>Clinical reasoning in manual therapy</p> <p>1992</p>		<p>fisioterapista utilizzato nella valutazione e gestione del paziente</p>	<p>specificata.</p>		<p>clinico ipotetico-deduttivo nel quale le ipotesi diagnostiche sono generate dall'osservazione, dalla raccolta anamnestica e verificate attraverso l'esame obiettivo.</p>
<p>Rothstein , Echternach, Riddle</p> <p>The Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II (HOAC II): A Guide for Patient Management</p> <p>2003</p>	<p>27</p>	<p>Descrivere uno strumento utile per la valutazione e il trattamento del paziente: l'HOAC II.</p>	<p>Studio descrittivo. Popolazione non specificata.</p>	<p>USA</p>	<p>Questo articolo mette in evidenza come tutta la prima parte di questa guida sia incentrata sulla valutazione del paziente: raccolta anamnestica, storia del paziente, conduzione dell'esame funzionale, analisi dei risultati, formulazione ipotesi diagnostiche, diagnosi funzionale e obiettivi di trattamento.</p>
<p>Hattam P, Smeatham A.</p> <p>Evaluation of an orthopaedic screening service in primary care.</p> <p>1999</p>	<p>22</p>	<p>Questo studio descrive l'impatto nella gestione del paziente ortopedico da parte del fisioterapista.</p>	<p>Popolazione non specificata nell'abstract.</p>	<p>U.K.</p>	<p>Lo studio dimostra come la maggior parte dei pazienti Britannici su una lista d'attesa ortopedica, possa essere adeguatamente gestita direttamente da un fisioterapista</p>

					con esperienza in ambito dei disordini muscolo scheletrici
Sahrmann SA. Diagnosis by the physical therapist--a prerequisite for treatment. A special communication. 1988	16	Chiarire il ruolo del fisioterapista nella classificazione di segni e sintomi individuati durante l'esecuzione della valutazione del paziente.	Studio descrittivo. Popolazione non specificata.	USA	Il trattamento deve essere basato sulla valutazione o diagnosi funzionale del fisioterapista, in quanto la diagnosi medica, a volte, risulta essere aspecifica.
Jette AM. Diagnosis and classification by physical therapists: a special communication. 1989	14	Descrivere il ruolo del fisioterapista nella valutazione del paziente. Descrivere la differenza fra diagnosi medica e diagnosi funzionale del fisioterapista	Studio descrittivo. Popolazione non specificata.	U.K.	La valutazione del fisioterapista caratterizzata da raccolta anamnestica ed esame obiettivo, di fondamentale importanza per il ragionamento clinico e il trattamento riabilitativo.
J. Dekker, M. E van Baar, E. Chr Cuds, J J Kerssens. Diagnosis and Treatment in Physical Therapy: An Investigation of Their	15	Valutare la relazione fra diagnosi e intervento terapeutico.	Sono stati raccolti dati sulla diagnosi, obiettivi di trattamento e strategie terapeutiche di 8,714 pazienti. La diagnosi funzionale e gli obiettivi di trattamento erano definiti in	OLAND A	Questo studio rivela specifiche relazioni fra impairments e disability che portano ad uno specifico obiettivo terapeutico. Queste relazioni sono particolarmente evidenti a

Relationship			termini di impairments e disability		livello di impairment.
1993 Bella J May Jancls K Dennis Expert Decision Making in Physical Therapy- A Survey of Practitioners	19	Valutare aspetti in comune e differenze nella pratica clinica fra fisioterapisti Americani e Australiani.	348 fisioterapisti Americani e 290 fisioterapisti Australiani	USA/AUSTRALIA	Differenze significative sono state trovate nei due Paesi nel diverso approccio cognitivo.
1991 Browder DA, Erhard RE Decision making for a painful hip: a case requiring referral. 2005	13	Descrivere il ruolo fondamentale per il fisioterapista nel fare diagnosi differenziale. Si descrive il caso di una donna di 39 anni con dolore all'anca che all'esame obiettivo richiedeva approfondimento con diagnostica strumentale, la situazione è stata sottovalutata fino al peggioramento del quadro clinico, un successivo studio di Imaging ha rivelato la presenza di un tumore.	Studio descrittivo. Popolazione non specificata.	USA	È fondamentale per il fisioterapista essere a conoscenza delle potenziali gravi patologie che possano mimare un disturbo di tipo muscoloscheletrico, riconoscere le eventuali controindicazioni al trattamento e inviare il paziente a visita specialistica.
Davenport TE, Watts HG, Kulig K, Resnik C. Current status and correlates of physicians'	12	Valutare le informazioni contenute nel referto medico fornite al fisioterapista, per l'avvio del paziente al trattamento	Sono stati presi in esame 2183 referti medici contenenti la diagnosi.	USA	Solo 1/3 delle diagnosi analizzate riportavano la patologia specifica. Si è visto come frequentemente il medico dia

referral diagnoses for physical therapy. 2005		riabilitativo.			delle diagnosi aspecifiche riguardanti le condizioni del paziente che il fisioterapista andrà a trattare. Al fisioterapista, dunque, compete ed ha la responsabilità di eseguire un'attenta valutazione e diagnosi differenziale.
J.M Mitchell, G de Lissovoy A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy 1997	11	Questo studio analizza i costi dell'accesso diretto in fisioterapia, comparandoli con gli accessi che richiedono referto medico.	Sono stati raccolti dati nel Maryland per un periodo dal 1989 al 1993, distinguendo gli episodi ad accesso diretto (n. 252) dagli episodi che richiedevano referto medico (n.353).	USA	Il confronto rivela una spesa minore e riduzione delle liste d'attesa per gli episodi ad accesso diretto.
E. Domholdt A. G. Durchholz Direct Access Use by Experienced Therapists in States with Direct Access 1992	17	Valutare la pratica dell'accesso diretto in 3 Stati Americani in cui la legge consenta questa pratica da almeno 3 anni.	Questionario inviato a 250 fisioterapisti	USA	La maggior parte dei fisioterapisti reclutati per lo studio (44,5%) ha visitato direttamente i pazienti, riferendo che questo tipo di approccio è proficuo per il paziente e per la professione stessa.
T K Taylor E Domholdt	20	L'obiettivo di questo studio è	Questionario inviato ai	USA	La maggior parte degli Stati

Legislative Change to Permit Direct Access to Physical Therapy Services: A Study of Process and Content Issues 1991		quello di esaminare il processo e i cambiamenti legislativi che hanno portato all'accesso diretto in fisioterapia.	presidenti delle 52 capitali dell'APTA (american physical therapy association). I risultati si basano su 35 capitali (17 accesso diretto, 18 non accesso diretto)		ad accesso diretto ha ottenuto il suo status in una singola campagna legislativa; la maggior parte delle giurisdizioni ad accesso non diretto attende un cambio nella legislazione vigente.
E. JM Hendriks, J. J Kerssens, J. Dekker, R. M Nelson, R. AB Oostendorp, J. van der Zee One-Time Physical Therapist Consultation in Primary Health Care 2003	21	Descrivere l'opportunità dei medici di base di chiedere la consulenza del fisioterapista per la valutazione di determinati pazienti, prima di una possibile richiesta di terapia riabilitativa da parte del medico stesso.	59 medici di base e 59 fisioterapisti del servizio sanitario pubblico, scelti a random sui quali è stato effettuato uno studio osservazionale per 7 mesi.	OLAND A	I risultati dello studio dimostrano che i medici di base reclutati erano soddisfatti dell'opportunità di consultare il fisioterapista prima di fare richiesta di ciclo di terapia riabilitativa, inoltre, hanno affermato che questa collaborazione risulta essere appropriata e proficua per la gestione del paziente. In circa il 50% dei casi il consulto del fisioterapista ha portato il medico a cambiare il modo di gestire il paziente.
Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD,	24	Valutare i rischi correlati alla gestione dei pazienti con accesso diretto al	È stata effettuata un'analisi retrospettiva da Ottobre 1999 a Gennaio 2003.	USA	In questo periodo non è stato riportato nessun episodio sfavorevole

<p>Weishaar MD.</p> <p>Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities.</p> <p>2005</p>		<p>fisioterapista, per i militari dell'esercito americano.</p>	<p>Durante questo periodo di 40 mesi sono stati visitati 472 013 pazienti, dei quali 50 799 attraverso accesso diretto al fisioterapista.</p>		<p>riguardo alla diagnosi o gestione del paziente da parte del fisioterapista; nessun fisioterapista ha subito azioni disciplinari con modifica o revoca della licenza, nessuna causa intentata contro il governo USA riguardante l'operato dei fisioterapisti in quel periodo. Questo dimostra che vi è un rischio minimo nella valutazione e gestione dei pazienti, con o senza accesso diretto.</p>
<p>Donato EB, DuVall RE, Godges JJ, Zimmerman GJ, Greathouse DG.</p> <p>Practice analysis: defining the clinical practice of primary contact physical therapy.</p> <p>2004</p>	<p>6</p>	<p>Descrivere la percezione del livello di responsabilità professionale, le abilità e le conoscenze fra i fisioterapisti che lavorano ad accesso diretto, e confrontare questi dati con i fisioterapisti che lavorano su prescrizione medica.</p>	<p>Studio caratterizzato da tre gruppi: 212 fisioterapisti che lavorano ad accesso diretto, 250 che lavorano su prescrizione medica e un gruppo pilota. Lo strumento di indagine utilizzato presentava 171 items.</p>	<p>USA</p>	<p>Lo studio rivela differenze significative fra i 3 gruppi soprattutto nelle responsabilità professionali, nell'area delle conoscenze tecniche e soprattutto nella capacità di richiedere e valutare indagini strumentali, nell'identificazione di segni e sintomi non-muscoloscheletrici, nello stabilire una</p>

					diagnosi fisioterapica e nel prescrivere determinati tipi di farmaci.
Moore JH, Goss DL, Baxter RE, DeBerardino TM, Mansfield LT, Fellows DW, Taylor DC. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. 2005	7	Mettere a confronto l'accuratezza diagnostica tra i fisioterapisti, i chirurghi ortopedici e gli specialisti non- ortopedici.	Analisi retrospettiva su 560 pazienti con problematiche muscoloscheletriche, invitati ad eseguire una risonanza magnetica.	USA	Mettendo a confronto la diagnosi clinica e il dato strumentale della RM, si è valutata l'accuratezza diagnostica per i fisioterapisti (74,5%), per i chirurghi ortopedici (80%) e per gli specialisti non- ortopedici (35,4%). L'accuratezza diagnostica del fisioterapista e del chirurgo ortopedico su pazienti con problematiche muscolo- scheletriche risulta essere maggiore rispetto agli specialisti non ortopedici.
Deyle GD Musculoskeletal imaging in physical therapist practice. 2005	28	Descrivere come il fisioterapista sia in grado di valutare adeguatamente le indagini diagnostiche strumentali in pazienti con disordini muscolo- scheletrici	Studio descrittivo. Popolazione non specificata.	USA	Vi è una limitata ma crescente evidenza che il fisioterapista utilizza in maniera appropriata le indagini diagnostiche strumentali nella propria pratica clinica.
Little T, Lazaro R.	23	Raccogliere dati sull'interpretazione	Intervista proposta a 500	USA	Lo studio dimostra come i

<p>Physiotherapists' perceptions and use of medical imaging information in practice.</p> <p>2006</p>		<p>e e l'uso che il fisioterapista fa nella sua pratica clinica, delle informazioni provenienti dalle indagini diagnostiche strumentali.</p>	<p>fisioterapisti, 120 hanno risposto.</p>		<p>risultati delle indagini diagnostiche influenzano la gestione del paziente. L'83% dei fisioterapisti dice di usare le tecniche di imaging per valutare meglio il paziente; il 77% dice che bisogna avere conoscenze specifiche per saper interpretare questi dati, l'87% dice che sono utili per identificare controindicazioni al trattamento.</p>
<p>Cindy J Benson Richard C Schreck Frank B Undewood David G Greathouse</p> <p>The Role of Army Physical Therapists as Nonphysician Health Care Providers Who Prescribe Certain Medications: Observations and Experiences</p>	<p>8</p>	<p>I fisioterapisti delle forze armate Americane hanno limitati privilegi nella prescrizione di determinate classi di farmaci. Questo studio descrive gli eventi e i regolamenti che hanno portato il fisioterapista delle forze armate ad assumere questo ruolo privilegiato nella valutazione e completa gestione del paziente con problematiche muscolo-scheletriche.</p>	<p>Studio descrittivo. Popolazione non specificata.</p>	<p>USA</p>	<p>Le tre categorie di farmaci che è concesso di prescrivere ai fisioterapisti sono: analgesici, miorilassanti e FANS. I fisioterapisti delle forze armate hanno comunque la tendenza a richiedere meno questi agenti farmacologici (soprattutto i più esperti), riservando i FANS al solo stadio infiammatorio della patologia.</p>

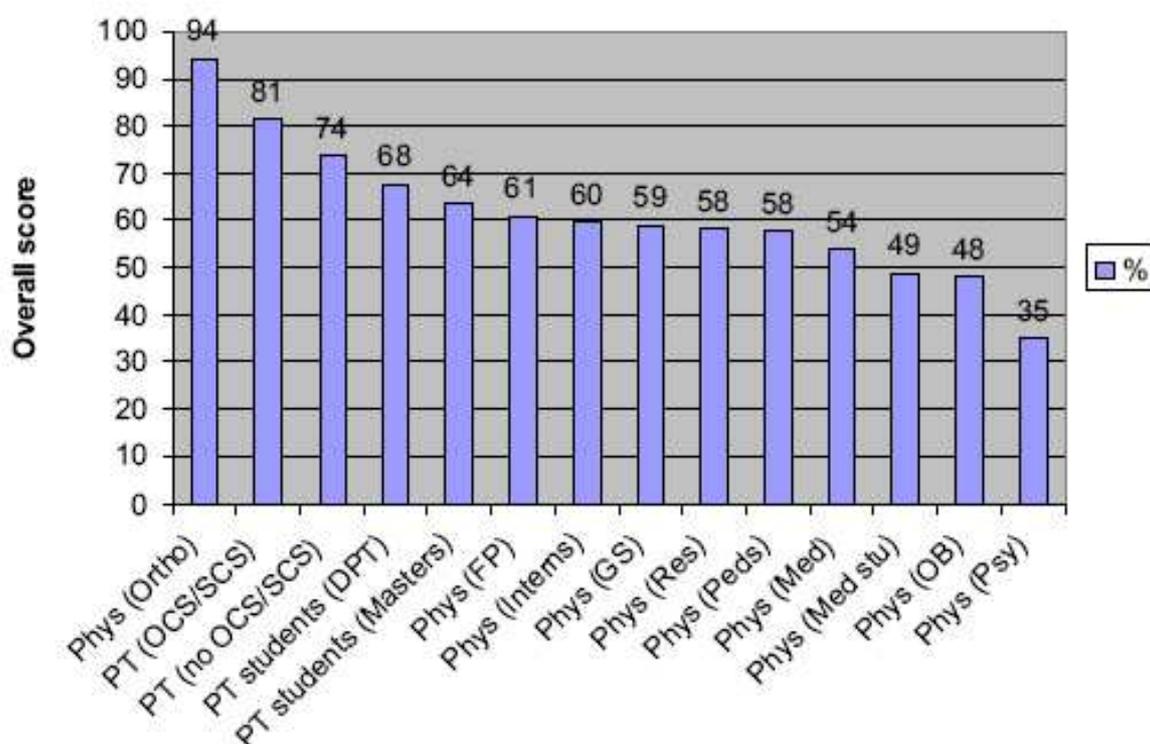
1995					
<p>K Grimmer, S Kumar, A G Milanese, S Milanese.</p> <p>Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): Physiotherapists' use, knowledge and attitudes.</p> <p>2002</p>	29	<p>Mettere il luce la conoscenza, l'uso e il comportamento dei fisioterapisti rispetto ai farmaci FANS, alcuno dei quali è stato recentemente classificato come non prescrivibile dal fisioterapista.</p>	<p>Intervista scritta proposta a 750 fisioterapisti Australiani, 285 hanno risposto.</p>	AUSTRALIA	<p>È messo in evidenza il diverso livello di conoscenza fra i fisioterapisti a proposito del dosaggio e azione dei FANS per via orale e topica. Si delineano, inoltre, le responsabilità etiche e morali del fisioterapista rispetto all'utilizzo dei FANS. Lo studio indica il continuo bisogno di aggiornamento per un corretto uso di questi farmaci.</p>
<p>Ann Green, Jo Perry, Karen Harrison</p> <p>The influence of a postgraduate clinical master's qualification in manual therapy on the careers of physiotherapists in the United Kingdom</p> <p>2006</p>	26	<p>Valutare lo sviluppo delle carriere di un gruppo di terapisti manuali dopo la laurea e identificare l'influenza che un master specifico possa avere su queste carriere.</p>	<p>I laureati in terapia manuale dal 1994 al 2005 sono stati invitati a completare un questionario. Su 77 contattati hanno risposto in 48.</p>	U.K.	<p>Il master in terapia manuale ha consentito ai fisioterapisti di guadagnare nuovi ruoli dal punto di vista della pratica clinica, del management, dell'insegnamento e della ricerca.</p>

CAPACITA' VALUTATIVA DEL FISIOTERAPISTA NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE MUSCOLO-SCHELETRICHE

È sicuramente in crescendo, soprattutto in ambito internazionale, il numero dei fisioterapisti che fornisce un servizio di accesso diretto per i pazienti che presentano problematiche muscolo-scheletriche.

Numerosi studi, infatti, confermano abilità tecniche e un patrimonio culturale adeguato per la gestione delle condizioni di carattere muscolo-scheletrico, soprattutto per i fisioterapisti che ricevono una formazione specifica in questo ramo.

A tal proposito, lo studio di J.D. Childs et al. (1) mettendo a confronto i risultati di 174 studenti in fisioterapia e 182 fisioterapisti esperti, ottenuti dalla compilazione di un questionario (preventivamente completato da studenti di medicina, medici generici e medici specialisti), che testasse le loro abilità nella conoscenza e gestione delle condizioni muscolo-scheletriche, ha dimostrato che rispetto ai medici (eccezione fatta per gli ortopedici), i fisioterapisti hanno un livello di conoscenza più ampio riguardo alla gestione delle problematiche muscolo-scheletriche. (TAB. 1).



TAB. 1 La tabella dimostra come i risultati più alti li ottengano i medici ortopedici, a seguire i fisioterapisti con specializzazione ortopedica o sportiva. (1) PT = physical therapist, Phys = physician, OCS = Orthopaedic Clinical Specialist, SCS = Sports Clinical Specialist, DPT = doctoral physical therapy program, MPT = master's physical therapy program, Ortho = orthopaedics, Other = anesthesia, emergency medicine, ophthalmology, radiology, and transitional, FP = family practice, GS = general surgery, Res = Resident, Peds = Pediatrics, Med = internal medicine, Med stu = medical student, OB = obstetrics-gynecology, and Psy = psychiatry

Si noti, in particolare, come i fisioterapisti esperti in medicina ortopedica o sportiva hanno dimostrato conoscenze maggiori rispetto agli studenti frequentanti il dottorato o il master in fisioterapia.

Ad una attenta analisi, dunque, risulta chiaro che i fisioterapisti e gli studenti in fisioterapia tendono ad avere livelli di conoscenza più elevati nella gestione delle problematiche muscolo-scheletriche, e questo, soprattutto nell'ambito del sistema formativo Americano, appare scontato dal momento che i corsi di studio in fisioterapia enfatizzano molto la trattazione di questi aspetti.

Un'area molto calcata e presa in considerazione nei programmi di studio del dottorato in fisioterapia è la diagnosi differenziale, vista come una competenza assolutamente necessaria da sviluppare per poter praticare autonomamente la propria attività clinica.

Si mette in evidenza, inoltre, come il fisioterapista sia in grado di valutare il paziente adeguatamente, riconoscendo le situazioni che ricadono al di fuori delle proprie competenze e richiedere, in questo caso, il consulto di uno specialista.

Il questionario proposto in questo studio, infatti, era incentrato essenzialmente sulla diagnosi differenziale fra patologie muscolo-scheletriche che comunemente il fisioterapista è chiamato a gestire autonomamente ed emergenze ortopediche che richiedevano un immediato invio dallo specialista.

Diverse evidenze dimostrano come i fisioterapisti, in base al loro background culturale conoscenze specifiche, abbiano i requisiti necessari per garantire un accesso diretto e gestire i pazienti con problematiche muscolo-scheletriche fornendo un servizio sicuro, riducendo i costi del servizio sanitario e mantenendo un'elevata qualità del servizio fornito. (2,1)

Ci sono studi, infatti, soprattutto in ambito militare americano, che dimostrano come un adeguato processo formativo, un'attenta supervisione del medico e la concessione di privilegi clinici hanno portato il fisioterapista a poter valutare e trattare adeguatamente i pazienti con disturbi muscolo-scheletrici, con risultati decisamente significativi in termini di qualità e senza richiedere l'intervento del medico. (5,2)

Il servizio fornito come accesso diretto al fisioterapista e la qualità delle cure risulta essere, inoltre, accettabile non solo per i pazienti ma anche per i medici. (18)

Un altro studio Americano mette in evidenza come i fisioterapisti con specializzazione ortopedica siano ampiamente abili nel prendere la decisione corretta di fronte a situazioni critiche e a problematiche muscolo-scheletriche.

Negli Stati Uniti è opinione ormai diffusa e ampiamente condivisa che il fisioterapista sia in grado di provvedere direttamente e autonomamente alla gestione dei disordini muscolo-scheletrici. Con la consapevolezza che ci si affida ad un professionista, che per conoscenze e preparazione, sia in grado di discernere i casi di propria competenza dai casi che richiedono un approfondimento di tipo specialistico.

(4)

Al pari degli Stati Uniti, anche in Inghilterra abilità e capacità valutative, rispetto alle problematiche muscolo-scheletriche, sono ampiamente riconosciute al fisioterapista, il quale esercita un ruolo cardine nella gestione del paziente ortopedico non solo in ambito privato, ma anche all'interno di strutture sanitarie pubbliche.

Lo studio di Daker-White et al. (25), infatti, rivela la capacità valutativa dei fisioterapisti specializzati mettendo in luce come questi, alla pari dei chirurghi ortopedici neolaureati, siano in grado di gestire direttamente in prima istanza un paziente che afferrisce al reparto di ortopedia, sapendo distinguere le situazioni che richiedono il consulto del chirurgo ortopedico, dalle condizioni muscolo-scheletriche che andranno a valutare e gestire autonomamente.

Anche nel sistema formativo Inglese la gestione delle problematiche muscolo-scheletriche riceve grossa enfasi.

In questo caso si riconosce al fisioterapista un ruolo con funzioni estese, il quale è in grado di eseguire una adeguata raccolta anamnestica, condurre un esame clinico, richiedere eventuali indagini strumentali, arrivare ad una diagnosi provvisoria e indicare la corretta gestione del paziente con un adeguato piano di trattamento.

In Inghilterra il primo episodio di accesso diretto si è verificato nel 1986, quando un fisioterapista adeguatamente preparato è stato utilizzato come primo "filtro" per i pazienti ortopedici che non richiedevano intervento chirurgico.

Da allora il numero dei fisioterapisti ai quali veniva conferito questo ruolo con funzioni estese è cresciuto rapidamente portando a risultati notevoli per quanto riguarda la riduzione dei tempi nelle liste d'attesa e riduzione dei costi del servizio sanitario nazionale.

Questo studio, inoltre, rivela l'ampia autonomia e le specifiche competenze del fisioterapista Inglese nella gestione del paziente. Da un'attenta analisi dei dati si evince come i fisioterapisti siano più selettivi nel richiedere indagini diagnostiche strumentali rispetto ai medici, i quali risultano essere più propensi nel richiedere radiografie; così come i fisioterapisti preferiscono dare consigli comportamentali e

rassicurazioni al paziente in larga misura rispetto ai medici che preferiscono iniezioni intrarticolari e invio alla chirurgia. (TAB. 2)

TAB. 2 Metodi di valutazione e gestione del paziente scelti da medici o fisioterapisti.

Questa tabella dimostra le significative differenze nella gestione del paziente da parte di medici e fisioterapisti (25)

<i>Investigations</i>	<i>Doctor</i>	<i>Physiotherapist</i>	<i>Significance*</i>
None	32 / 217	106 / 223	<0.000001
Plain radiographs	90 / 217	31 / 223	<0.000001
Bone scan	2 / 217	1 / 223	0.55
MRI†	74 / 217	61 / 223	0.15
Computed tomography	10 / 217	11 / 223	1.00
Nerve conduction studies	2 / 217	4 / 223	0.43
Full blood count	4 / 217	4 / 223	1.00
Erythrocyte sedimentation rate	3 / 217	4 / 223	1.00
C reactive protein	1 / 217	4 / 223	0.38
Uric acid	0 / 217	0 / 223	—
RA latex	3 / 217	2 / 223	0.98
Other investigations	5 / 217	1 / 223	0.12
<i>Management options</i>			
Advice / reassurance	63 / 194	116 / 197	<0.000001
Referral to other hospital specialist	5 / 195	2 / 197	0.28
Discharged to GP with information	20 / 195	18 / 197	0.84
Discharged to GP with plan	3 / 195	4 / 197	1.00
Intra-articular injection	19 / 195	16 / 197	0.70
Intra-muscular injection	7 / 195	1 / 197	0.04
Prescription for NSAID / analgesics	4 / 195	0 / 197	0.06
One off physiotherapy intervention‡	0 / 195	6 / 197	—
Referral for physiotherapy	46 / 195	42 / 197	0.68
Referral for orthotics / appliances	15 / 195	25 / 197	0.14
Referral to the pain clinic	15 / 195	8 / 197	0.19
Referral for orthopaedic surgery§	33 / 195	14 / 197	0.005

Questo studio, infine, indica come i pazienti che afferiscono al reparto di ortopedia possono essere valutati e gestiti in maniera ugualmente efficiente dai fisioterapisti specializzati in ortopedia e dagli assistenti chirurgi, inoltre, l'impiego dei fisioterapisti che svolgono funzioni estese porta ad una riduzione dei costi diretti del servizio sanitario nazionale Inglese.

RUOLO DEL RAGIONAMENTO CLINICO E PROCESSO DIAGNOSTICO IN FISIOTERAPIA

La capacità valutativa del fisioterapista è frutto di un consolidato e adeguato ragionamento clinico; l'importanza di questo aspetto valutativo-diagnostico assume ulteriore significato, soprattutto, alla luce delle responsabilità a cui va incontro il fisioterapista, dal momento in cui interviene con completa titolarità e autonomia nella gestione del paziente.

Il ragionamento clinico parte necessariamente da un'attenta analisi degli eventi che hanno portato allo stato disfunzionale del paziente e le sue modalità di espressione sia cliniche che cognitive. Si tratta, quindi, di effettuare innanzitutto una valutazione degli elementi relativi al disturbo fisico (menomazione), all'effetto di questo sulle attività funzionali (disabilità), alle conseguenti limitazioni nella vita sociale (partecipazione); attribuendo un valore più o meno marcato agli aspetti legati a fattori prettamente fisici piuttosto che all'atteggiamento psicologico che assume il paziente (fattori bio-psico-sociali). Una volta effettuata una buona raccolta anamnestica, tutti questi elementi iniziali contribuiranno ad orientare la pianificazione della valutazione clinica e del successivo intervento terapeutico del fisioterapista. Valutazione clinica che avviene tramite test, prove motorie e funzionali altamente specifiche, scelte in base ad una precisa strategia d'indagine che viene man mano formandosi e articolandosi contemporaneamente alla raccolta di informazioni. Continuamente il fisioterapista esegue una costante autocritica e rivalutazione rispetto al proprio operato e alle ipotesi diagnostiche formulate. Si giunge, quindi, ad una diagnosi funzionale, la quale fornisce le indicazioni su cui andare a definire il programma terapeutico-riabilitativo.

È ormai riconosciuto a livello internazionale che le procedure di valutazione o diagnosi funzionale siano patrimonio acquisito e competenze professionali del fisioterapista e costituiscono il presupposto indispensabile per la progettazione di un intervento riabilitativo, permettendo di stabilire una prognosi funzionale e di determinare i tempi di recupero.

Il percorso clinico della diagnosi funzionale, si caratterizza per essere la risultante di un procedimento induttivo-deduttivo: a partire dal danno della particolare struttura si giunge a motivare e quantificare la compromissione della funzione motoria in generale; con il procedimento opposto, invece, a partire dalla performance motoria alterata si giunge ad individuare la struttura compromessa.

Il ragionamento clinico che guida il fisioterapista nella valutazione del paziente è, dunque, un procedimento che non è finalizzato alla ricerca di un agente eziologico (diagnosi medica), ma all'individuazione di un problema di una struttura compromessa, cercando di capire i meccanismi dell'azione lesiva e ipotizzando una soluzione con la pianificazione dell'intervento riabilitativo. (38)

Una adeguata diagnosi funzionale consente al fisioterapista di determinare quali siano gli atti terapeutici necessari, quelli rischiosi o addirittura dannosi per il paziente, può suggerire l'opportunità di un approfondimento diagnostico da parte di uno specialista o particolari indagini strumentali; la diagnosi funzionale costituisce, inoltre, uno strumento utile di verifica e valutazione del processo di recupero. (37)

Il processo diagnostico in fisioterapia riceve sempre più attenzioni in letteratura internazionale, diversi studi, infatti, hanno descritto varie metodiche di ragionamento clinico per arrivare ad una corretta diagnosi funzionale, presupposto fondamentale e punto di partenza per una corretta gestione del paziente.

Nello studio di Zimny, si fa accenno, per esempio, al modello di ragionamento clinico di Cyriax il quale utilizzando le informazioni provenienti dal paziente e il ragionamento clinico, giungeva ad una diagnosi che correlava il problema ad una determinata struttura, sulla quale porre l'attenzione per un adeguato tipo di trattamento. L'approccio di Maitland, invece, più che a una particolare struttura volgeva l'attenzione a segni e sintomi che indicavano quale fosse il problema primario (dolore, rigidità, spasmo). Sahrman, infine, nella sua diagnosi funzionale poneva l'accento sui pattern di movimento alterati che necessitano di un intervento riabilitativo. (9)

Lo studio di Jones, invece, ci dimostra come il ragionamento clinico del fisioterapista, definito come il processo cognitivo usato nella valutazione e gestione del paziente, debba necessariamente basarsi su un metodo scientifico ipotetico-deduttivo nel quale le ipotesi diagnostiche siano generate dall'osservazione, dalla raccolta anamnestica e verificate attraverso l'esame obiettivo.

Notevoli ricerche sono state effettuate in questo contesto e la maggior parte della letteratura riguardante il ragionamento clinico del fisioterapista indica come soprattutto i clinici più esperti abbiano sviluppato un metodo ipotetico-deduttivo per giungere ad una corretta diagnosi funzionale. (10)

Nello stesso studio, inoltre, si afferma che i clinici che intendano usare questo modello di ragionamento debbano considerare diversi aspetti, come:

- “Source of symptoms or dysfunction”, saper riconoscere la struttura che provoca la sintomatologia;
- “Contributing factors”, fattori associati o predisponenti all'insorgenza della disfunzione (es. fattori ambientali, comportamentali, emozionali, fisici);
- “Precautions and contraindications” saper riconoscere quando il trattamento riabilitativo è indicato e quando ci sono controindicazioni;
- “Management” saper scegliere il corretto approccio al problema;
- “Prognosis” il fisioterapista deve essere in grado di informare correttamente il paziente circa il suo disturbo e dare una stima dei tempi di recupero, valutando la probabile evoluzione del problema.

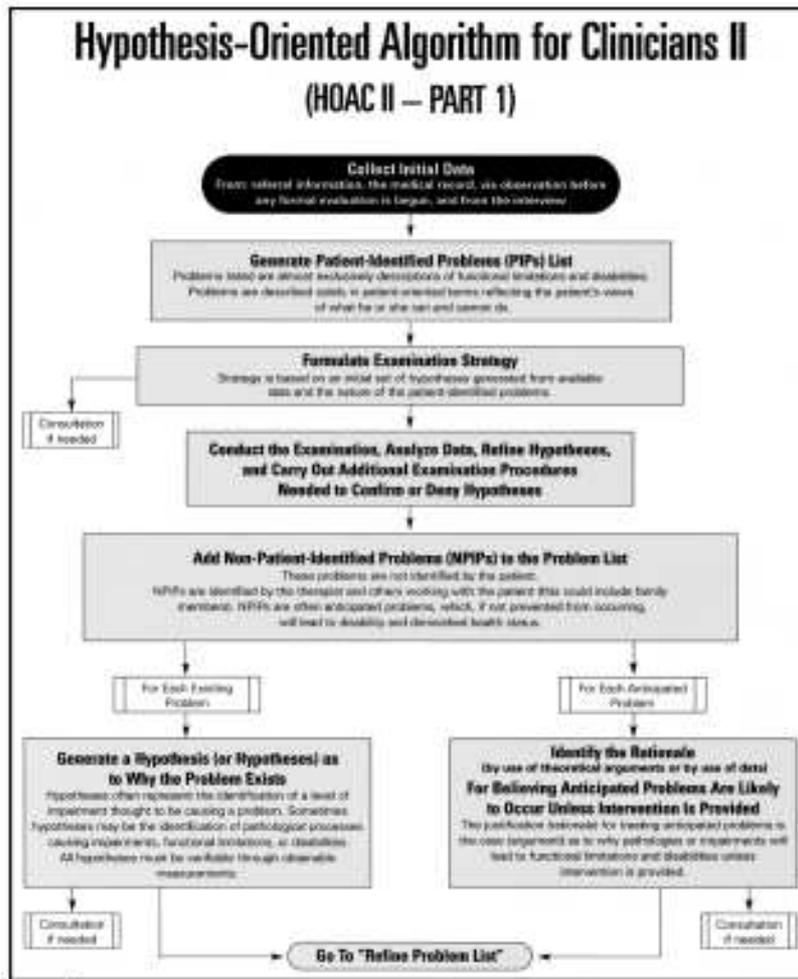
Lo stesso autore propone un modello di ragionamento clinico per il fisioterapista che parte dall'osservazione del paziente e dall'interpretazione dei dati raccolti attraverso l'intervista anamnestica, porta il clinico a sviluppare un concetto iniziale del problema e a generare diverse ipotesi diagnostiche che verranno poi verificate attraverso l'esame obiettivo. Le informazioni provenienti dall'esame obiettivo saranno continuamente integrate con i dati raccolti inizialmente, vi sarà una ridefinizione delle ipotesi diagnostiche, il ragionamento clinico opera fino a quando

non saranno state raccolte tutte le informazioni necessarie a dare una diagnosi funzionale, che darà la direzione primaria d'intervento del fisioterapista.

Questo studio Americano, inoltre, rivela come la capacità di ragionamento clinico, sicuramente influenzata dalle capacità cognitive e dalle conoscenze di base del fisioterapista, sia già parte fondante dei programmi di studio per fisioterapisti, affinché si sviluppi negli studenti la consapevolezza dell'importanza della capacità valutativa del clinico, il quale forte di un'autonomia professionale in crescita, si trova a dover gestire direttamente le problematiche dei pazienti. Per questo, recentemente, un'altro studio Americano (27) ha prodotto una sorta di guida per il fisioterapista, uno strumento utile che si pone l'obiettivo di uniformare, a livello internazionale, il modo di condurre un'attenta valutazione del paziente.

L' HOAC II (Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians, algoritmo guida per il clinico basato sulle ipotesi) guarda al bisogno del fisioterapista di saper valutare correttamente un paziente, giungere ad una diagnosi funzionale e programmare un intervento riabilitativo adeguato alla problematica riscontrata.

La prima parte della guida, infatti, è incentrata sulla valutazione del paziente: raccolta anamnestica, conduzione dell'esame funzionale e analisi dei risultati, formulazione di ipotesi diagnostiche, diagnosi funzionale e per ogni problema riscontrato si definisce un obiettivo di trattamento. (TAB. 3)



TAB. 3 Parte iniziale dell'HOAC II, si descrivono i diversi step nella conduzione della valutazione del paziente. (27)

Anche in Europa, specie in Inghilterra e Olanda, la diagnosi funzionale in fisioterapia e il ruolo che assume il ragionamento clinico nella pratica quotidiana del fisioterapista sono studiati ormai da tempo.

Vi è un articolo del 1989 di Jette (14) che descrive come il fisioterapista debba pensare alla sua diagnosi funzionale in termini di impairment, disability and handicap, rifacendosi alla visione dell'ICIDH proposta dall'organizzazione mondiale della sanità. A tal proposito, in Olanda, negli anni successivi (1989-1992), una volta stabilito che la diagnosi del fisioterapista dà la giusta indicazione per un determinato tipo di trattamento, sono state studiate le relazioni esistenti fra diagnosi e intervento terapeutico facendo ancora riferimento all'ICIDH.

I risultati raccolti su 74 fisioterapisti che svolgevano attività clinica in ambito privato, hanno dimostrato come vi siano delle relazioni specifiche fra diagnosi fisioterapica e

trattamento, evidenziando come impairments o disabilities fossero utilizzate nella stesura degli obiettivi di trattamento. (15)

Da questo studio, inoltre, si evince che i fisioterapisti anche se ricevevano i pazienti solo su prescrizione medica, erano comunque chiamati ad effettuare una diagnosi funzionale, fondamentale, come abbiamo visto per impostare un adeguato intervento riabilitativo.

In Australia, invece, già dal 1991 ai fisioterapisti era consentito l'accesso diretto senza prescrizione medica, per cui avevano ampia autonomia nella valutazione e completa gestione del paziente. (19)

Una volta inquadrata la diagnosi funzionale in fisioterapia, descritto il processo di ragionamento clinico e messe in luce le capacità valutative del fisioterapista, attitudini necessarie per la corretta impostazione dell'intervento riabilitativo, la letteratura scientifica più recentemente, ha cercato di dimostrare l'importanza e l'efficacia di queste capacità valutative del fisioterapista, affinché questo ruolo che gli spetta e gli compete sia sempre più riconosciuto a livello internazionale.

Si è sempre affermato che il trattamento riabilitativo è basato sulla diagnosi del fisioterapista, in quanto, capita spesso, che la diagnosi medica di riferimento non dia sufficienti indicazioni per una corretta impostazione di un piano riabilitativo. (16,12)

In questo contesto, dunque, l'abilità del fisioterapista nel condurre una valutazione funzionale non risiede solo nel giungere ad una diagnosi fisioterapica, ma è anche nella capacità di riconoscere patologie gravi che si celano dietro sintomi di tipo muscolo-scheletrico e che richiedono l'invio immediato dallo specialista. (13)

Il fisioterapista, dunque, ha il dovere di visitare il paziente al fine di garantirgli una prestazione adeguata alla richiesta, ma ha anche l'obbligo morale di evitare che il proprio intervento risulti inappropriato, questo perché, come afferma Davenport, la pratica della fisioterapia basata sull'evidenza risulta minata dall'alto tasso di diagnosi mediche aspecifiche. (12)

ACCESSO DIRETTO IN FISIOTERAPIA

Soprattutto in merito alla valutazione delle problematiche muscolo scheletriche, il fisioterapista ha sviluppato, grazie alle sue conoscenze e al background culturale, un livello di esperienza clinica e di capacità gestionali del paziente notevoli, ben supportate dalla letteratura internazionale.

Queste capacità ampiamente riconosciute, hanno portato il fisioterapista, in diverse giurisdizioni internazionali, ad ampliare le proprie competenze nella pratica clinica.

Viene riconosciuto, infatti, al fisioterapista l'accesso diretto, ossia, la possibilità di poter ricevere il paziente senza prescrizione medica e nello stesso tempo gli si riconoscono le competenze e le capacità di poter valutare ed eventualmente trattare il paziente senza l'intermediazione del medico.

Un notevole impulso alla pratica dell'accesso diretto in fisioterapia proviene dal modello militare Americano, è in particolare durante la Guerra del Vietnam (1962-1973) che vengono affidate al fisioterapista funzioni estese in ambito clinico.

Inizialmente i fisioterapisti, sotto la supervisione del medico ma senza prescrizione, valutavano e trattavano i pazienti con problematiche muscolo scheletriche; studi effettuati sull'efficacia di questo modello hanno dimostrato una riduzione dei tempi nelle liste d'attesa e un più rapido ritorno alle armi da parte dei militari. (5, 18)

Questo sistema di gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche, oggi, è un punto di forza per la politica sanitaria dell'esercito Americano. Attualmente i fisioterapisti, negli ospedali militari, valutano direttamente e trattano pazienti con disturbi muscolo scheletrici senza l'intermediazione del medico, inoltre, ricevono una preparazione adeguata per poter richiedere approfondimenti diagnostici con indagini strumentali e una formazione specifica per poter prescrivere determinate classi di farmaci.

Gli studi effettuati in questo ambito hanno dimostrato una marcata riduzione dei costi del servizio sanitario, una riduzione degli esami radiografici del 50%, un

miglioramento nella qualità del servizio fornito, una riduzione delle liste d'attesa. (18,1, 5)

Questo modello di gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche proposto dall'esercito Americano ha avuto notevole influenza a livello internazionale. In America, la California è stato il primo Stato a concedere ai fisioterapisti di valutare i pazienti in assenza di referti medici specialistici, mentre nel Maryland dal 1979 il fisioterapista può effettuare valutazione funzionale e terapia in modo indipendente.

Dal Settembre 1989, invece, 24 Stati Americani hanno concesso l'accesso diretto in fisioterapia. (39, 20)

Consultando la guida dell'APTA (associazione fisioterapisti americani) relativa all'anno 2007, si può ben capire come questa pratica dell'accesso diretto sia diversamente regolamentata di Stato in Stato; ci sono negli USA, infatti, alcuni Stati che consentono al fisioterapista di valutare direttamente il paziente senza una diagnosi medica di riferimento e prendere autonomamente decisioni sulla gestione del paziente stesso, Stati che non consentono accesso diretto, altri che consentono di valutare, ma non di trattare il paziente senza referto medico e, infine, Stati in cui per ricevere direttamente il paziente, il fisioterapista deve attendere a determinati requisiti, di esperienza clinica e di formazione professionale post-laurea. (30)

Per avvalorare la validità e l'efficacia di questo sistema di gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche sono stati effettuati negli Stati Uniti diversi studi che mettendo a confronto Stati ad accesso diretto e Stati che non lo consentono, dimostrano come i fisioterapisti, anche di fronte a responsabilità civili e penali maggiori, siano più gratificati e preferiscano lavorare tramite accesso diretto, pratica che risulta essere più proficua per il paziente e per la professione stessa. (17)

Oltretutto, la pratica dell'accesso diretto sembrerebbe ridurre le liste d'attesa e i costi del servizio sanitario, rispetto agli Stati che non consentono al fisioterapista di ricevere direttamente il paziente, nei quali una esagerata prescrizione di farmaci e di cicli di fisioterapia più lunghi determinano costi maggiori. (11)

Per valutare, invece, l'efficacia della pratica ad accesso diretto sono stati effettuati recentemente diversi studi che andavano ad analizzare il livello responsabilità professionale percepita, il livello di conoscenze e i rischi correlati all'impiego di questo modello di gestione del paziente. Lo studio di Donato et al., dimostra differenze significative fra i fisioterapisti che lavorano ad accesso diretto, soprattutto in termini di conoscenze tecniche, maggiore consapevolezza delle responsabilità professionali, capacità di richiedere indagini strumentali, identificare segni e sintomi di patologie non muscolo scheletriche che richiedono l'invio dallo specialista, stabilire una diagnosi fisioterapica e prescrivere, negli Stati in cui è previsto, determinati tipi di farmaci. (6)

Per quanto riguarda, invece, i rischi correlati all'accesso diretto, nello studio di Moore et al., i dati analizzati in un arco di tempo di 40 mesi, non hanno riportato nessun episodio sfavorevole derivante dalla diagnosi o gestione del paziente da parte del fisioterapista, nessun fisioterapista ha subito azioni disciplinari con modifica o revoca della licenza, nessuna causa intentata contro il governo USA riguardante l'operato dei fisioterapisti in quel periodo; questa analisi, dunque, dimostra il minimo rischio per gravi negligenze nella valutazione e gestione del paziente. (24)

Anche in Europa il fisioterapista riceve grande riconoscimento dell'autonomia del suo ruolo e delle sue competenze, sia in ambito pubblico che privato.

Per quanto riguarda la situazione Europea, infatti, i fisioterapisti del Regno Unito e Olandesi sono stati, recentemente, impiegati nella consulenza e nel "Triage" nell'area delle problematiche muscolo scheletriche, per la selezione di pazienti che richiedono l'intervento diretto del fisioterapista o l'invio immediato ad altro specialista.

Lo studio di Hattam e Smeathan (1999), dimostra come la maggior parte dei pazienti Britannici su una lista d'attesa ortopedica, possa essere adeguatamente gestita direttamente da un fisioterapista con ampia esperienza clinica in ambito dei disordini muscolo scheletrici. (22)

Risultati simili, invece, sono stati riscontrati nello studio di Daker-White et al., in cui è stato dimostrato come fisioterapisti Britannici con specializzazione ortopedica, alla

pari dei chirurghi ortopedici neolaureati, siano in grado di gestire direttamente e adeguatamente un paziente che afferrisce al reparto di ortopedia. (25)

Prendendo in esame la realtà Olandese, invece, uno studio del 2003 valuta la possibilità di utilizzare la consulenza del fisioterapista da parte dei medici di base, al fine di migliorare la qualità delle cure erogate al paziente. (21)

In un Paese in cui il servizio di fisioterapia può essere erogato solo su prescrizione medica, il 25% dei pazienti con disturbi muscolo scheletrici è inviato dal medico di base ad altri specialisti, in particolare il 18% di questi è inviato al fisioterapista.

Questo dimostra come il medico di base riconosca le conoscenze del fisioterapista, la sua capacità di arrivare ad una diagnosi funzionale e di impostare un adeguato ed efficace piano di trattamento.

In questo studio vi è una proficua collaborazione fra medico di base e fisioterapista; infatti, nel momento in cui il medico ha dubbi su problematiche per lui poco familiari, fa una richiesta scritta al fisioterapista per una valutazione del paziente, al fine di ricevere informazioni riguardanti la sua diagnosi funzionale e la prognosi, in maniera tale da facilitare la gestione del paziente stesso.

Il fisioterapista una volta esaminato il paziente comunica per iscritto il risultato della sua valutazione al medico di base, consigliando o meno l'intervento riabilitativo.

I risultati di questo studio dimostrano come fisioterapisti e medici di base trovino questa procedura facile da introdurre nella pratica clinica quotidiana e nello stesso tempo siano soddisfatti di questa collaborazione, ritenendola appropriata e proficua, infatti, in circa il 50% dei casi i medici di base hanno cambiato il modo di gestire il paziente seguendo le raccomandazioni cliniche fornite dal fisioterapista.

In Australia, invece, l'accesso diretto al fisioterapista è pratica ormai diffusa e consolidata da tempo, uno studio del 1987 dimostra come il 90% di coloro che lavorano in ambito privato ricevano i pazienti tramite accesso diretto, senza prescrizione medica. (17, 19)

ALTRI AMBITI DI AUTONOMIA PROFESSIONALE

La capacità del fisioterapista di saper gestire adeguatamente le problematiche relative ai pazienti con disturbi muscolo scheletrici, una preparazione e una conoscenza sempre più ampia della materia e la mole di letteratura scientifica a supporto di questa capacità valutativa, hanno portato il fisioterapista ad accrescere il proprio livello di autonomia professionale e, soprattutto nelle realtà internazionali più evolute dal punto di vista riabilitativo, sono state affidate e riconosciute al clinico in questione nuove competenze per quanto riguarda le possibilità diagnostico-terapeutiche e di gestione del paziente.

I fisioterapisti delle forze armate Americane, infatti, rappresentano i clinici di primo contatto per i pazienti con disordini muscolo scheletrici, per cui oltre a valutare e stabilire un piano di trattamento, possono richiedere indagini strumentali (RX, TAC, RM), concedere giorni di riposo e prescrivere determinate tipologie di farmaci.

Per lavorare in questo ruolo con funzioni estese, però, il fisioterapista dell'esercito Americano deve essere laureato in fisioterapia, ottenere una licenza di praticare la sua attività senza restrizioni, completare un addestramento specifico delle forze armate nella valutazione e trattamento dei pazienti con problematiche muscolo scheletriche, effettuare un periodo minimo di 6 mesi di lavoro con la supervisione di un fisioterapista che ha già la facoltà di valutare e gestire autonomamente i pazienti.

Per la prescrizione dei farmaci, questi fisioterapisti, devono aver seguito una formazione specifica con un farmacista e il medico supervisore; i farmaci prescrittibili sono: analgesici, miorilassanti e FANS, non possono essere prescritti a pazienti con età inferiore a 17 anni e superiore ai 65 anni.

Ogni anno questi fisioterapisti seguono un corso di formazione specifica nella valutazione e trattamento dei disturbi muscolo scheletrici, per incrementare e migliorare la preparazione di questi clinici con funzioni estese nella diretta gestione del paziente; un farmacista, inoltre, tiene un corso sugli agenti farmacologici autorizzati per la prescrizione. (8)

Studi effettuati sull'efficacia della concessione di tali privilegi clinici rivelano come nessuna azione legale sia stata intrapresa contro l'esercito Americano o contro il governo USA nei confronti dei fisioterapisti ai quali sono conferite funzioni estese, incluso coloro i quali hanno facoltà di prescrivere farmaci. (8, 24)

Altri studi confermano che i fisioterapisti Americani, che lavorano come primo contatto diretto per i pazienti con disturbi muscolo scheletrici, siano abili nella valutazione, nello stabilire una diagnosi funzionale, abbiano le conoscenze, capacità e competenze necessarie per richiedere indagini strumentali e per prescrivere farmaci. (6)

Si è visto, inoltre, che questo modello di gestione del paziente risulti essere anche economicamente vantaggioso, in quanto, i fisioterapisti tendono a prescrivere meno agenti farmacologici, riservando i FANS alla sola fase infiammatoria della patologia (8) e richiedono un numero minore di indagini radiologiche (fino al 50% in meno), per una corretta valutazione delle problematiche del paziente. (5)

A questo proposito lo studio di Moore et al., rivela che l'accuratezza diagnostica del fisioterapista e del chirurgo ortopedico su pazienti con disturbi muscolo scheletrici inviati ad eseguire una RM, è significativamente maggiore rispetto agli specialisti non ortopedici, senza particolari differenze di risultati fra fisioterapisti e chirurghi ortopedici (7); questo dimostra come il fisioterapista sia in grado di interpretare le informazioni provenienti dall'indagine strumentale e integrarle nella sua valutazione funzionale, al fine di giungere ad una corretta diagnosi funzionale.

Un altro studio Americano dimostra come il fisioterapista sia in grado di valutare adeguatamente le indagini strumentali, rilevando una limitata ma crescente evidenza che utilizzi in maniera appropriata queste informazioni nella sua pratica clinica. (28)

Nel momento in cui il fisioterapista assume la responsabilità di tutti gli aspetti della gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche, i risultati delle indagini strumentali diventano patrimonio fondamentale per il clinico, in quanto potrebbero influenzare le sue decisioni cliniche. Su questa scia, lo studio di Little e Lazaro, rivela che la maggior parte dei fisioterapisti intervistati dice di avere le

conoscenze e capacità necessarie per interpretare questo tipo di informazione, di utilizzarle nella clinica per valutare meglio il paziente, che migliorano la comunicazione del problema, il processo diagnostico, la prognosi e la pianificazione dell'intervento terapeutico, che sono importanti per individuare le controindicazioni al trattamento; da questo studio, però, si evince anche che non tutti i fisioterapisti siano abili nel valutare le indagini strumentali, la cui interpretazione dovrebbe, invece, diventare patrimonio consolidato della formazione di base del fisioterapista.

(23)

Anche in Australia è concesso al fisioterapista di utilizzare nella propria pratica clinica determinate classi di farmaci. Nell'analisi di Grimmer et al., si mettono in luce le conoscenze, l'uso e il comportamento dei fisioterapisti Australiani di fronte ai FANS. Questo studio dimostra una buona conoscenza da parte del fisioterapista delle condizioni per le quali è necessario l'utilizzo dei FANS e le relative controindicazioni, ma denota anche una inadeguatezza rispetto alla conoscenza della legislazione che va a regolamentare l'uso dei FANS nella pratica clinica; per cui sarebbe auspicabile formare adeguatamente i fisioterapisti ponendo degli standard di conoscenze da raggiungere riguardo a: meccanismo d'azione del farmaco, indicazioni, effetti collaterali, controindicazioni, corretto dosaggio, interazione con altri farmaci, ma anche responsabilità legali, etiche e morali legate all'utilizzo di questi farmaci. (29)

Nel Regno Unito, invece, il fisioterapista viene impiegato anche come clinico di prima scelta nei reparti di ortopedia, per differenziare i pazienti che presentano quadri compatibili con una gestione conservativa del problema, dai pazienti che necessitano un approfondimento diagnostico strumentale, indicando quali tecniche di imaging utilizzare.

I fisioterapisti Britannici risultano, inoltre, avere le capacità, conoscenze e competenze per somministrare infiltrazioni articolari, anche se in questo caso, la prescrizione del farmaco spetta al medico.

Lo studio in questione, analizzando il rapporto costo/beneficio dell'impiego dei fisioterapisti con funzioni estese nella gestione dei pazienti con disturbi muscolo scheletrici, mette in luce come i fisioterapisti siano più propensi a richiedere meno radiogrammi rispetto ai medici, i quali preferiscono le iniezioni intra-articolari e l'invio dal chirurgo ortopedico; a parità di risultati, la gestione di questi pazienti da parte del fisioterapista risulta essere economicamente vantaggiosa, in quanto riduce i costi diretti iniziali della struttura. (25)

Un altro studio Britannico, infine, valutando l'influenza che un master in terapia manuale possa avere nella carriera dei fisioterapisti, dimostra che questo tipo di preparazione specialistica ha consentito ai clinici in questione di guadagnare nuovi e prestigiosi ruoli dal punto di vista della pratica clinica, del management, dell'insegnamento e della ricerca.

Il livello formativo del master, infatti, offre opportunità di sviluppare conoscenze e abilità nel ragionamento clinico; gli studenti del master sviluppano le qualità necessarie per essere impiegati in ruoli dove è richiesta capacità di giudizio, responsabilità e iniziativa personale. (26)

Questo dimostra che alla base di questo modello di presa in carico diretta del paziente da parte del fisioterapista, vi è un sistema formativo-educazionale ben strutturato in grado di preparare adeguatamente i clinici ai quali verranno affidati incarichi privilegiati nella gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche.

SITUAZIONE ITALIANA

La ricerca effettuata nell'ambito di questo studio non ha prodotto alcun risultato riguardante il ruolo che il fisioterapista Italiano assume nella valutazione e gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche.

Ad oggi, infatti, non vi sono in letteratura studi che analizzino le capacità valutative del fisioterapista Italiano o che mettano in luce il livello di conoscenza e preparazione riguardo alla gestione dei disturbi muscolo scheletrici.

Si prendono in considerazione, dunque, il profilo professionale, il codice deontologico, gli ordinamenti didattici e le recenti normative approvate, per mettere in luce quello che è l'ambito di autonomia professionale del fisioterapista italiano e le competenze riconosciute per quanto riguarda la gestione del paziente.

Secondo il Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n. 741, si individua il Profilo Professionale del fisioterapista italiano, il quale, svolge in via autonoma o in collaborazione con le altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali.

In riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle proprie competenze il fisioterapista:

- elabora, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile;
- pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;
- propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;
- verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.
- Il fisioterapista svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale.
- Svolge attività di studio, didattica e consulenza professionale, nei servizi sanitari ed in quelli dove si richiedono le sue competenze professionali.

Successivamente al DM del 1994, un ulteriore e determinante passo avanti si ottiene con la legge n. 42/99, che andava ad integrare e a completare quanto previsto dal profilo professionale. Questa legge, infatti, evidenzia definitivamente la capacità delle professioni interessate al provvedimento di avere vita propria e di essere autonome pur nel rispetto delle altre professionalità, l'opportunità di poter espletare le proprie competenze a pieno diritto diviene una realtà sanitaria per legge.

Legge n. 42/99: *“...il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie...è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici..., nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali ”.*

L'importanza di questa legge è indiscussa, in quanto l'affermazione dell'autonomia va di pari passo con l'affermazione delle responsabilità nella presa in carico del paziente e delle procedure terapeutiche messe in atto.

In questo ambito acquisisce valore giuridico il codice deontologico del fisioterapista, il quale negli art. 10, 11 e 15 mette in luce competenze, responsabilità e rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie.

- ART. 10 del Codice Deontologico - Al Fisioterapista compete la valutazione della persona assistita attraverso l'anamnesi ed un esame clinico funzionale
- ART. 11 Il Fisioterapista elabora il programma terapeutico - riabilitativo in riferimento alla diagnosi ed alla prescrizione medica. Qualora risultino valutazioni discordanti, cambiamenti del quadro clinico e/o risposte non coerenti durante il trattamento, il Fisioterapista è tenuto ad informare il medico curante, collaborando a fornire elementi utili sia per un eventuale approfondimento diagnostico, che per la definizione di un più appropriato programma terapeutico.
- ART. 15 Il fisioterapista ha la responsabilità diretta delle procedure diagnostiche e terapeutiche che applica.

Il successivo dettaglio legislativo è costituito dall'emanazione della legge 251/00, la quale all'art. 2, co. 1 recita: *“Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali”*.

Questa normativa evidenzia ancora una volta le attività basilari che svolge il fisioterapista e per le quali gli viene riconosciuta piena autonomia e titolarità.

Si presta, inoltre, particolare attenzione alla diagnosi funzionale, evidenziandone la specificità come percorso clinico e professionale di competenza del fisioterapista. Essa costituisce il presupposto indispensabile per la progettazione di un intervento riabilitativo, permettendo di stabilire una prognosi funzionale e determinare i tempi di recupero.

La capacità di effettuare una corretta valutazione funzionale per poter espletare un efficace intervento riabilitativo, è diventata ormai un'esigenza imprescindibile del fisioterapista moderno.

Il corretto utilizzo nella pratica clinica quotidiana di questa capacità valutativa è di fondamentale importanza, sia per la responsabilità morale nei confronti del paziente, sia per quella legale.

A questo proposito la sentenza della Corte di Cassazione sez. IV 10.04.1998 n. 859, ha ritenuto colpevole il fisioterapista ritenendo che: *“incombe sul fisioterapista, nell'espletamento della sua attività professionale, un obbligo di accertamento delle condizioni del paziente traumatizzato prima di compiere manovre riabilitative che possono rivelarsi dannose; sicché, in mancanza di idonea documentazione medica (eventualmente non prodotta dal paziente), lo stesso fisioterapista ha il dovere di assumere tutte le informazioni richieste dal trattamento che si accinge a praticare...”*.

Il fatto scaturiva dalla frattura dell'omero conseguente a mobilizzazione dell'arto, richiesta dal medico con prescrizione, a detta del fisioterapista, troppo generica. La Corte di Cassazione, però, sottolineandola necessità di accertamento delle condizioni

del paziente, ha introdotto giuridicamente il concetto di valutazione funzionale e ribadito la piena titolarità e responsabilità del fisioterapista nella gestione del paziente.

Quindi il fatto che il fisioterapista Italiano lavori in “riferimento” alla prescrizione medica (DM n. 741/94) non esaurisce, né è limitata la conseguente responsabilità del clinico in questione; la prescrizione del medico ha senza dubbio validità giuridica, ma è altrettanto vero che l’acritica applicazione della stessa non solleva il fisioterapista dall’obbligo di effettuare una propria valutazione funzionale sulle condizioni del paziente, in relazione al trattamento al quale questi dovrà essere sottoposto.

La diagnosi funzionale, dunque, non può che essere un atto implicante autonoma capacità di giudizio. Questa determina ogni successivo atto professionale del fisioterapista, incide sull’intero percorso terapeutico-assistenziale, consente di identificare quelle condizioni che, ricadendo al di fuori della propria competenza e responsabilità, richiedono la consulenza di altri specialisti.

Secondo la realtà legislativa italiana, essere professionisti della riabilitazione significa ricevere dal medico la diagnosi della patologia e, quindi, l’indicazione alla fisioterapia; a questo punto sta al fisioterapista stabilire una diagnosi funzionale, il programma riabilitativo, i tempi di trattamento, i controlli clinici e la prognosi.

Anche in Italia, però, vi sono realtà lavorative (soprattutto in ambito libero-professionale) dove il livello di professionalità e di autonomia operativa è molto alto, per cui prendendo esempio dai Paesi Anglosassoni, i fisioterapisti ricevono direttamente pazienti che non hanno una prescrizione medica.

Quindi, se in Italia la legislazione vigente ci colloca allo stesso livello dei colleghi che lavorano nei Paesi più evoluti in campo riabilitativo, è anche vero che ci troviamo di fronte ad una carenza di modelli organizzativi, dei servizi sanitari pubblici e privati, che consentano realmente al fisioterapista di esercitare a pieno le competenze riconosciute dalle più recenti normative.

Facendo riferimento al sistema formativo Italiano, invece, ci rendiamo conto che siamo ben lontani dalle realtà universitarie dei Paesi Anglosassoni, nei quali il titolo

di dottore in fisioterapia viene rilasciato dopo 7 anni di studio al college, di cui 4 di “Undergraduate program” e 3 anni di “Graduate Program” in Physical Therapy. L’offerta formativa, poi, si amplia ulteriormente con il dottorato di ricerca e master specialistici.

In Italia la formazione di base abilitante alla professione del fisioterapista ha una durata triennale; segue la laurea specialistica, di durata biennale, che mira alla formazione di dirigenti del settore della riabilitazione, ma non conferisce delle specifiche competenze in una determinata area della riabilitazione.

A questa necessità di specializzarsi, di approfondire determinati aspetti nel vasto campo della riabilitazione e acquisire un’adeguata padronanza nella valutazione e gestione del paziente, il sistema formativo Italiano, da qualche anno a questa parte, risponde con l’istituzione di master universitari che mirano a dare una formazione altamente specifica nelle diverse aree della riabilitazione.

Nonostante l’istituzione di master altamente professionalizzanti e specifici, però, non abbiamo ancora delle evidenze che ci dimostrino il livello di preparazione e le competenze specifiche acquisite dai fisioterapisti Italiani rispetto alla valutazione e gestione dei pazienti con problematiche muscoloscheletriche.

CONCLUSIONI

L'analisi della letteratura oggetto di studio di questo lavoro, ci dimostra come i fisioterapisti, nelle diverse giurisdizioni internazionali più evolute dal punto di vista riabilitativo (Stati Uniti, Regno Unito, Olanda, Australia...), abbiano i requisiti necessari per valutare e gestire in maniera ampiamente autonoma i pazienti con problematiche muscoloscheletriche, fornendo, sia da dipendente in ambito pubblico che in regime libero professionale, un servizio sicuro per quanto riguarda le procedure diagnostico-terapeutiche, riducendo i costi del servizio sanitario e mantenendo un'elevata qualità del servizio fornito. (2, 1, 5, 18, 4, 25, 13)

Oltre ad una solida legislazione in merito, questi Paesi prevedono un sistema formativo-educazionale che dà grande enfasi alla gestione dei disturbi muscoloscheletrici; così il fisioterapista viene a configurarsi come il clinico di prima scelta nel rapporto e nel processo di gestione del paziente, in grado di eseguire una adeguata raccolta anamnestica, condurre un esame clinico, richiedere approfondimenti diagnostici strumentali, arrivare ad una diagnosi funzionale e indicare la corretta gestione del paziente con un adeguato piano di trattamento.

Soprattutto in merito alla valutazione delle problematiche muscoloscheletriche, la letteratura internazionale riconosce il background culturale e le conoscenze specifiche del fisioterapista, che hanno portato il clinico in questione a raggiungere un livello di esperienza e capacità gestionali del paziente notevoli, tali da ampliare le proprie competenze e autonomia professionale nella pratica clinica.

In Italia, invece, si è cominciato a parlare di valutazione funzionale con un ritardo più che trentennale rispetto alle realtà internazionali più avanzate.

La pratica di eseguire una attenta valutazione rientra nel dovere di accertamento delle condizioni del paziente da parte del fisioterapista, che oltre a rappresentare una esigenza primaria sul piano clinico, costituisce un dovere di legge, la cui omissione configura la perseguibilità del clinico in caso di danno arrecato al paziente (sentenza Corte di Cassazione 859 del 10.04.98).

I risultati di questo studio, però, dimostrano come in Italia vi sia carenza di letteratura scientifica che vada a supportare le capacità e le competenze riconosciute da un punto di vista legislativo al fisioterapista, soprattutto nell'ambito della valutazione e gestione del paziente con problematiche muscoloscheletriche.

Ad oggi, non si riesce ancora a dare una valenza pratica alla legge 251/00, la quale prevede che: *“Lo Stato e le regioni promuovono...lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione Europea.”*

Allo stato attuale emerge un evidente contrasto: sono numerose sul piano legislativo le innovazioni introdotte, in questi ultimi anni, che interessano il fisioterapista, dall'emanazione del profilo professionale, alla legge 42/99, fino alla legge 251/00 che obbliga il fisioterapista a procedere alla valutazione funzionale del paziente.

Non altrettanti sono i cambiamenti introdotti nell'articolazione organizzativa delle aziende e dei servizi sanitari, tali da rendere realmente operative le competenze previste dalle più recenti normative.

Facendo leva, dunque, sugli standard di preparazione dei master, soprattutto quelli che conferiscono una competenza di livello specialistico nella valutazione e nel trattamento delle problematiche muscolo scheletriche, sarà indispensabile produrre studi scientifici di alta qualità metodologica, che misurino le capacità dei fisioterapisti Italiani nel gestire in modo sicuro ed efficace questi pazienti.

Oltretutto, il supporto della letteratura sarà indispensabile per rendere effettiva l'applicazione della legislazione esistente e legittimare il ruolo cardine che il fisioterapista avrà nella gestione del paziente con problematiche muscolo scheletriche.

BIBLIOGRAFIA

1. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS Jr, Flynn TW, Delitto A. *A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions*. BMC Musculoskeletal Disorders, June 2005; 6:32.
2. Childs JD, Whitman JM, Pugia ML, Sizer PS Jr, Flynn TW, Delitto A. *Knowledge in managing musculoskeletal conditions and educational preparation of physical therapists in the uniformed services*. Mil Med. Apr. 2007; 172(4):440-5.
3. Delitto A, Snyder-Mackler L. *The Diagnostic Process: Examples in Orthopedic Physical Therapy*. Physical Therapy, March 1995; vol. 75 n. 3.
4. Jette, Ardleigh, Chandler, McShea. *Decision-Making Ability of Physical Therapists: Physical Therapy Intervention or Medical Referral*. Physical Therapy, December 2006; vol. 86 n. 12.
5. Greathouse DG, Schreck RC, Benson CJ. *The United States Army physical therapy experience: evaluation and treatment of patients with neuromusculoskeletal disorders*. J Orthop Sports Phys Ther, May 1994; 19(5):261-6.
6. Donato EB, DuVall RE, Godges JJ, Zimmerman GJ, Greathouse DG. *Practice analysis: defining the clinical practice of primary contact physical therapy*. J Orthop Sports Phys Ther. June 2004; 34(6):284-304.
7. Moore JH, Goss DL, Baxter RE, DeBerardino TM, Mansfield LT, Fellows DW, Taylor DC. *Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance*

- imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. J Orthop Sports Phys Ther, Feb. 2005; 35(2):67-71.*
8. Cindy J Benson, Richard C Schreck, Frank B Undewood, David G Greathouse. *The Role of Army Physical Therapists as Nonphysician Health Care Providers Who Prescribe Certain Medications: Observations and Experiences.* Physical Therapy, May 1995; vol. 75 n. 5.
 9. Nancy J Zimny. *Clinical Reasoning in the Evaluation and Management of Undiagnosed Chronic Hip Pain in a Young Adult.* Physical Therapy, January 1998; vol. 78 n. 1.
 10. Mark A. Jones. *Clinical reasoning in manual therapy.* Physical Therapy, December 1992; vol. 72 n. 12.
 11. J.M Mitchell, G de Lissovoy. *A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy.* Physical Therapy, January 1997; vol. 77 n. 1.
 12. Davenport TE, Watts HG, Kulig K, Resnik C. *Current status and correlates of physicians' referral diagnoses for physical therapy.* J Orthop Sports Phys Ther, Sep. 2005; 35(9): 572-9.
 13. Browder DA, Erhard RE. *Decision making for a painful hip: a case requiring referral.* J Orthop Sports Phys Ther, Nov. 2005; 35(11): 738-44.
 14. Jette AM. *Diagnosis and classification by physical therapists: a special communication.* Phys Ther., Nov. 1989; 69 (11): 967-9.

15. J. Dekker, M. E van Baar, E. Chr Cuds, J J Kerssens. *Diagnosis and Treatment in Physical Therapy: An Investigation of Their Relationship*. Physical Therapy, September 1993; vol. 73 n. 9.
16. Sahrmann SA. *Diagnosis by the physical therapist--a prerequisite for treatment. A special communication*. Phys Ther., Nov. 1988. 68 (11): 1703-6.
Comment in: Phys Ther. 2001 May;81(5):1152-4.
17. E. Domholdt A. G. Durchholz. *Direct Access Use by Experienced Therapists in States with Direct Access*. Physical Therapy. August 1992; vol.72 n.8.
18. James JJ, Stuart RB. *Expanded role for the physical therapist. Screening musculoskeletal disorders*. Physical Therapy. Feb 1975; 55(2):121-31.
19. Bella J May, Jancis K Dennis. *Expert decision making in physical therapy-a survey of practitioners*. Physical Therapy. Mar 1991; vol. 71 n.3.
20. Tamra K Taylor, Elizabeth Domholdt. *Legislative change to permit direct access to physical therapy services: a study of process and content issues*. Physical Therapy. May 1991; vol. 71 n. 5.
21. E. JM Hendriks, J. J Kerssens, J. Dekker, R. M Nelson, R. AB Oostendorp, J. van der Zee. *One-time physical therapist consultation in primary health care*. Physical Therapy. Oct. 2003; vol. 83 n. 10.
22. Hattam P., Smeatham A. *evaluation of an orthopaedic screening service in primary care*. Clinical performance and quality health care. Jul-Sep 1999; 7(3):121-4.
23. Little T., Lazaro R. *physiotherapists' perceptions and use of medical imaging information in practice*. Physiother Res Int. Mar. 2006; 11(1): 14-23.

24. Moore JH., McMillian DJ., Rosenthal MD., Weishaar MD. *Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities.* J Orthop Sports Phys Ther. Oct. 2005; 35(10):674-8.
25. G Daker-White, AJ Carr, I Harvey, G Woolhead, G Bannister, I Nelson and M Kammerling. *A randomized controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapist in orthopaedic outpatient departments.* Epidemiol Community Health. March 1999; 53:643-650.
26. Green A., Perry J., Harrison K. *the influence of a postgraduate clinical master's qualification in manual therapy on the careers of physiotherapists in the United Kingdom.* Manual Therapy (2007), doi: 10.1016/j.math.2006.12.001
27. Rothstein JM., Echternach JL., Riddle DL. *The hypothesis-oriented algorithm for clinicians II (HOAC II): a guide for patient management.* Physical Therapy. May 2003; vol. 83 n.5.
28. Deyle GD. *Musculoskeletal imaging in physical therapist practice.* J Orthop Sports Phys Ther. Nov. 2005; 35(11):708-21.
29. Grimmer K., Kumar S., Gilbert A., Milanese S. *Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): physiotherapists' use, knowledge and attitudes.* Australian Journal of Physiotherapy. 2002; vol.48: 82-92.
30. APTA. *A summary of direct access language in state physical therapy practice acts. Direct access to physical therapy laws.* July 2007. www.apta.org/AM/TemplateRedirect.cfm?template=/CM/ContentDispaly.cfm&ContentID=47526-

31. Capaldo G. *Diagnosi differenziale in fisioterapia: uno strumento utile al fisioterapista, una tutela per il paziente*. Scienza Riabilitativa. Luglio 2007; 9.1: 23-35.
32. Benci L. *10 anni del profilo professionale è ora di un lifting?* Fisioterapisti. Feb-Mar 2004; anno II n.3.
33. Benci L. *Il fisioterapista e i suoi ambiti di autonomia professionale: rapporti con le figure mediche*. Riabilitazione Oggi. Nov. 2002. www.fisionline.org/20ATTUAL/1attual.html
34. Stucki G., Ewert T., Cieza A. *ICF: valore e applicazione in medicina riabilitativa*. Il Fisioterapista. Set-Ott 2005; anno 11 n.5.
35. Mosconi E. *Il 13° congresso del WCPT delinea i termini generali della fisioterapia*. Quaderni AITR (2000); anno XXIII n. 29.
36. Bertozzi L. *La formazione del fisioterapista in Europa*. Quaderni AITR (2000); anno XXIII n. 30.
37. Fraietta N. *Diagnosi funzionale e procedure di valutazione: autonomia, responsabilità professionale e modelli organizzativi*. Riabilitazione Oggi. Maggio 2002; anno XIX n.5.
38. Fraietta N. *Diagnosi funzionale e procedure di valutazione: un percorso clinico di competenza del fisioterapista*. Riabilitazione Oggi. Marzo 2002; anno XIX n.3.
39. Casonato O., Poser A. *Il fisioterapista e la diagnosi funzionale*. Riabilitazione Oggi. Maggio 1999; anno XVI n.5.

40. Casonato O. *Dall'autonomia alla diagnosi funzionale e differenziale del fisioterapista.* www.siriscuola.it/pubbl_autonomia.htm
41. Migliorino N. *La diagnosi funzionale del fisioterapista.* Il Fisioterapista. Ottobre 2006; anno 12 n. 5.
42. AIFI. *Profilo Professionale.* D.M. 14 Settembre 1994, n.741. www.aifi.net/profilo-professionale.html
43. AIFI. *Codice Deontologico.* Approvato Ottobre 1998. www.aifi.net/codice-deontologico.html
44. AIFI. *Legge 42/99.* www.aifi.net/legge-42-99.html
45. AIFI. *Legge 251/00.* www.aifi.net/legge-251-00.html
46. Regolamento didattico dei corsi di laurea in fisioterapia. www.med.unifi.it/SEGRETERIA/LAUREA/fisioterapista/normativa/regolamento.rtf