



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



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

CAMPUS UNIVERSITARIO DI SAVONA

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

In collaborazione con Master of Science in Manual Therapy

Vrije Universiteit Brussel



L'USO DEL RAGIONAMENTO CLINICO
NELLA PRATICA CLINICA
DELLE PROFESSIONI SANITARIE
NON MEDICHE

Candidato:
Monia Gardini

Relatore:
Aldo Ciuro

Anno Accademico 2009 / 2010

Indice

Abstract.....	5
Introduzione.....	7
Materiale e metodi.....	27
Risultato.....	29
Discussione.....	46
Conclusione.....	48
Bibliografia.....	49

Abstract

Obiettivi: Il ragionamento clinico è stato definito come un processo in cui il terapeuta, interagendo con il paziente e altre persone vicine a lui (per esempio la famiglia e altre figure sanitarie), progetta il significato, gli obiettivi e le strategie di gestione della salute sulla base dei dati clinici, le scelte del paziente e del giudizio professionale e la conoscenza. Questo lavoro ha lo scopo di compiere una revisione della letteratura sui diversi modelli di ragionamento clinico proposti per le professioni sanitarie non mediche, in particolar modo per il fisioterapista. L'obiettivo principale è quello di individuare i processi di “*decision-making*” specifici di ogni professione e verificarne il loro uso nella pratica clinica quotidiana.

Materiale e metodi: è stata condotta una ricerca attraverso prevalentemente Medline, utilizzando le seguenti parole chiave: “*clinical reasoning*”, “*health occupations*”, “*health personnel*” e loro combinazioni possibili. Si è scelto di prendere in esame gli articoli che riguardassero l'essere umano, in lingua inglese o italiana.

Risultati: sono stati inclusi 22 studi, che sono in gran parte studi osservazionali descrittivi.

In base ai risultati ottenuti da questa revisione sistematica si può sostenere che, in letteratura, sono presenti ancora poche evidenze sui processi di ragionamento clinico nelle professioni sanitarie non mediche, e che alcune professioni operano in contesti in cui perdura una ridotta possibilità di lavorare in autonomia.

Conclusioni: Il processo di ragionamento clinico tenta di stabilire le informazioni utili dei singoli pazienti e di far luce sul loro comportamento in condizioni diverse. Ai professionisti si richiede che non solo abbiano un'ampia conoscenza di base, ma abbiano anche competenze di ragionamento diagnostico, narrativo, collaborativo, prognostico ed etico. Si consolida la necessità di sensibilizzare maggiormente i professionisti, anche attraverso ulteriori studi, affinché comprendano che le competenze non si acquisiscono solo con l'esperienza, ma in gran parte, attraverso un ragionamento clinico consapevole.

Parole chiave:

clinical reasoning[All Fields] AND ("health occupations"[Mesh] OR "health personnel"[Mesh]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Italian[lang]))

Introduzione

Professioni sanitarie

Si definiscono professioni sanitarie “quelle che lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione”.

Dal 1994 sono stati pubblicati i profili professionali, ma la vera svolta si ha con le due leggi di riforma dell’esercizio professionale:

- Legge 26 febbraio 1999, n°42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”
- Legge 10 agosto 2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”.

Le principali caratteristiche di questa rivoluzione normativa sono la scomparsa del carattere dell’ausiliarità, il riconoscimento dell’autonomia, l’abrogazione di norme di carattere mansionariale, il richiamo ai codici deontologici.²

Le professioni sanitarie ad oggi, sono 22, non tutte esistenti (Tabella 1).

Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica	Infermiere Ostetrica Infermiere pediatrico
Professioni sanitarie riabilitative	Podologo Fisioterapista Logopedista Ortottista- assistente di oftalmologia Terapista della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva Tecnico della riabilitazione psichiatrica Terapista occupazionale Educatore professionale
Professioni tecnico sanitarie	Tecnico audiometrista Tecnico sanitario di laboratorio biomedico Tecnico sanitario di radiologia medica Tecnico di neurofisiopatologia Tecnico ortopedico Tecnico audioprotesista Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare Igienista dentale Dietista
Professioni tecniche della prevenzione	Tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro Assistente sanitario

Tabella 1 schema sinottico delle professioni sanitarie non mediche secondo la legge 251/00 e il DM del 29 Marzo 2001

Definizione

Il ragionamento clinico è considerato come una delle caratteristiche fondamentali per la responsabilità e l'autonomia professionale. In seguito al riconoscimento dell'autonomia, i professionisti sono tenuti a prendere un'ampia varietà di decisioni nella loro pratica clinica quotidiana; tutti quindi sono interessati a migliorare il proprio “*decision making*”, come un'importante risorsa di apprendimento.⁸

Il ragionamento clinico è definito come un processo grazie al quale il professionista, interagendo con il paziente, i parenti, il caregiver, raccogliendo le informazioni, è in grado di dare un significato, un obiettivo, e una strategia su come gestire lo stato di salute, basandosi sui dati clinici, sulla necessità del paziente, sulla conoscenza, e la competenza professionale, organizzando in maniera significativa un insieme di dati e di situazioni che si verificano in un preciso contesto clinico e prendendo delle decisioni in relazione alla loro interpretazione.^{1,8,26} Non trattandosi di un procedimento puramente logico, è molto importante interagire con il paziente per determinare gli obiettivi e le strategie di trattamento.²⁶ È questo modo di pensare e di decisione associate con la pratica clinica che consente ai professionisti di prendere le decisioni più idonee per i singoli pazienti, e di far luce sul loro comportamento in condizioni diverse.

Viene suggerita quindi l'importanza di riconoscere un mezzo di comunicazione comune che faccia da base per un dialogo interprofessionale per il ragionamento clinico che può portare ad una cura effettivamente basata sul paziente (Figura 1).²⁴

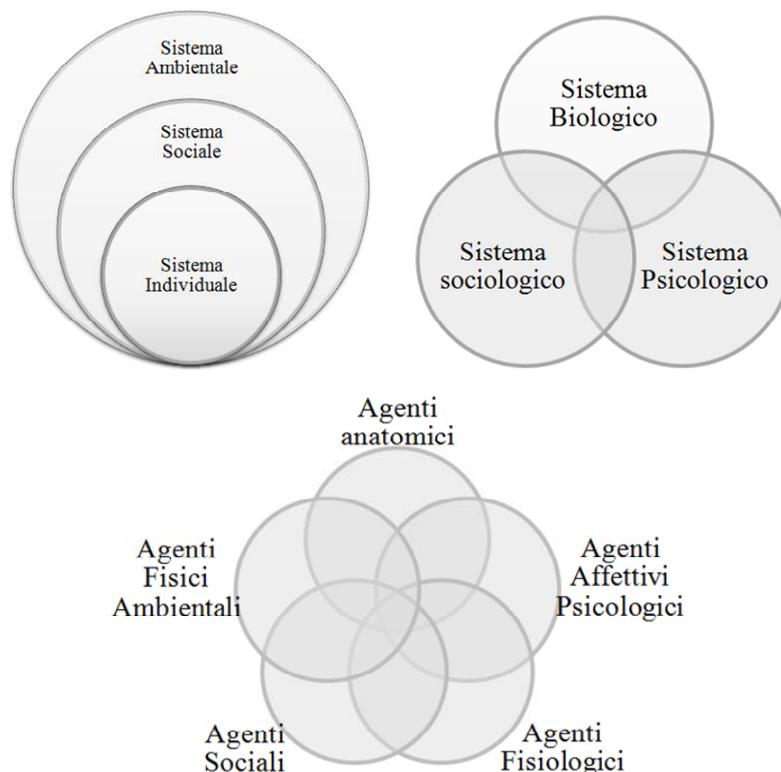


Figura 1 Tratto da Stephenson²⁴ 2008

Ragionamento clinico del fisioterapista

La letteratura presente sul ragionamento clinico si è concentrata prevalentemente sulla diagnosi e meno sulla scelta del trattamento e valutazione. Per migliorare la precisione del ragionamento clinico, alcuni autori hanno individuato dei sottogruppi tra i pazienti con una stessa condizione, mentre altri autori hanno sviluppato regole di predizione clinica per determinare sottogruppi che hanno maggiori probabilità di rispondere a specifici interventi.²⁸

McGinnis et al hanno suggerito un processo di ragionamento clinico e di riflessione coinvolto nella scelta di test e misure specifiche per la valutazione del paziente. In particolare hanno descritto 3 fasi del ragionamento clinico:¹

- Impressione iniziale e osservazione del movimento
- Raccolta dei dati
- Diagnosi e pianificazione del trattamento.

Anche Payton ha descritto i passaggi chiave presenti in un ragionamento clinico¹⁸ ponendo maggiormente l'attenzione sulla "formazione di un elenco dei problemi evidenziati", successivamente alla raccolta di informazioni.

May et al. hanno descritto invece un "modello intuitivo" di elaborazione delle informazioni come modello adottato dai fisioterapisti, focalizzando l'obiettivo su come questi mantenessero nella memoria di lavoro il problema nella sua globalità e contemporaneamente considerassero altre alternative.¹⁸

Altri autori hanno proposto la "valutazione delle ipotesi", descritto anche come "ragionamento ipotetico deduttivo".

Rothstein et al hanno distinto in 2 parti il processo di "valutazione delle ipotesi" come modello di ragionamento clinico.¹⁸ La prima parte del processo viene definito come "un algoritmo orientato all'ipotesi", in cui il fisioterapista raccoglie i dati iniziali e fa un inquadramento del problema. Poi si prosegue con un esame fisico per verificare o confutare l'ipotesi. Dopodiché si sviluppa un approccio terapeutico generale con specifiche tecniche di trattamento e si adotta una strategia di rivalutazione per una valutazione dell'efficacia del trattamento, prevista dalla seconda parte.

Se la strategia di trattamento fallisce, allora il modello prevede un processo sistematico interrogatorio. In particolare, il fisioterapista dovrebbe chiedersi se:

1. il trattamento sia stato effettuato correttamente
2. che sia stata scelta la corretta tecnica specifica di trattamento
3. che l'approccio terapeutico sia corretto
4. che l'ipotesi sia valida

Jones ha proposto per i fisioterapisti un adattamento del modello di ragionamento clinico.¹⁸ Questo modello enfatizza il carattere ciclico del processo del ragionamento clinico in cui il fisioterapista inizia con l'osservazione e l'interpretazione iniziale dell'esame del paziente (ad esempio, schemi di movimento, posizione di riposo). Queste informazioni sono importanti per formulare un'ipotesi iniziale. Man mano che si raccolgono i dati, il fisioterapista modifica l'ipotesi precedente, creando un'ipotesi sempre in evoluzione. Alla fine, quando i dati raccolti sono sufficienti, il terapeuta può formulare una diagnosi e decidere quale strategia o intervento sarebbe più indicato per il problema del paziente. Durante tutto l'intervento, la rivalutazione continua è un aspetto essenziale del concetto di evoluzione dei problemi e delle esigenze del paziente, in questo modo si riflette e si rivaluta continuamente la propria pratica clinica, intrecciando le fasi di valutazione a quelle di trattamento, proprio come se seguissimo un percorso a spirale.

Modelli di ragionamento clinico

Secondo Edwards et al⁹, si possono descrivere due processi di ragionamento fondamentalmente differenti: il ragionamento ipotetico – deduttivo e il ragionamento narrativo.

Entrambi hanno un ruolo importante, e seguono principi paralleli ai paradigmi della ricerca quantitativa e qualitativa (Tabella 2).

Il paradigma quantitativo corrisponde al ragionamento ipotetico - deduttivo e sostiene che la conoscenza sia oggettiva, misurabile, predittiva e generalizzabile. La ricerca quantitativa genera conoscenza attraverso la valutazione deduttiva delle ipotesi. Allo stesso modo, il ragionamento ipotetico – deduttivo prevede la generazione e la successiva valutazione di ipotesi in una modalità deduttiva per giungere a una decisione diagnostica o procedurale. La ricerca qualitativa spesso produce conoscenza attraverso una generazione induttiva di ipotesi nelle aree in cui un fenomeno è conosciuto meno. In termini generali l'approccio di ricerca qualitativa e il ragionamento narrativo ritengono che la conoscenza sia costruita socialmente, sia dipendente dal contesto e che vi siano

molteplici realtà da scoprire.

Il ragionamento narrativo si basa, quindi, sul presupposto che gli individui costruiscono la loro propria interpretazione della loro esperienza (esperienza di dolore, di disabilità, o di partecipazione sociale). Infatti, due persone possono avere

Generazione di conoscenza: paradigma di ricerca	Ricerca quantitativa	Ricerca qualitativa
↓ Caratteristiche di base	Oggettiva Misurabile Predittiva Generalizzabile	Dipendente dal contesto Costruita socialmente Molteplici realtà
↓ Processi di ragionamento clinico	Ipotetico -deduttivo	Narrativo
↓ Azione	Strumentale	Comunicativo

Tabella 2- Tratto da Edwards⁹ 2006

disturbi molto simili in termini di patologia dei tessuti, ma avere livelli molto diversi di disabilità dovuta non solo alla situazione particolare, ma anche alla loro interpretazione del dolore/esperienza di malattia e il significato che attribuiscono a questa interpretazione del problema per la loro vita.⁹ In questo modello clinico di ragionamento la fisioterapia comprende un ambito di conoscenze e competenze cliniche che vanno al di là della semplice scelta di una procedura adeguata, della sua applicazione e rivalutazione.

L'apprendimento è un risultato tangibile del ragionamento clinico. Le azioni cliniche intraprese a seguito di un ragionamento possono portare ad una crescita sia per il paziente che per il fisioterapista.

Dalla metà degli anni '90, si è iniziato a prendere in considerazione alcuni metodi per studiare lo sviluppo di competenze e la natura del ragionamento clinico: il fisioterapista ha iniziato a porre domande al paziente che indagassero la natura dell'esperienza dolorosa, della malattia e disabilità, si richiedeva quindi una comprensione della persona così come della malattia.

In contrasto con il paradigma di ricerca empirico - analitico, un approccio di ricerca interpretativa riconosce che la verità o conoscenza è legata al contesto in cui viene prodotta e, quindi, ammette che in ogni situazione ci possano essere molteplici realtà, verità, o prospettive.

In particolare, nel 1991 Mattingly e Fleming hanno descritto quattro modelli di ragionamento clinico:²⁹

- Narrativo
- Procedurale
- Interattivo
- Condizionale

Successivamente, nel 1993 Schell e Cervero hanno proposto tre modelli di ragionamento clinico:²⁹

- Scientifico (equivalente al modello “procedurale” di Mattingly)
- Narrativo (che si rifà ai modelli “narrativo”, “interattivo”, “condizionale” della classificazione di Mattingly)
- Pragmatico

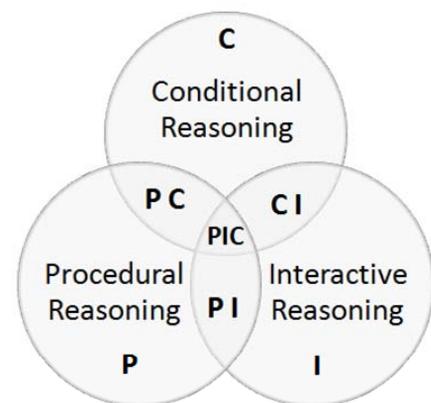


Figura 2 Relazioni tra i principali modelli di ragionamento clinico tratto da Unsworth²⁹ 2005

Tutti i modelli elencati possono essere alternabili fra loro e utilizzabili durante uno stesso colloquio, in base all'aspetto che si ha necessità di focalizzare, come proposto dalla Figura 2.

Ragionamento narrativo

È un processo per cui il fisioterapista crea una immagine nella propria mente su come il paziente potrebbe vivere, dandogli un significato temporale e una contestualizzazione. Questa immagine dà una base per organizzare il lavoro³⁰ al fisioterapista che cerca di comprendere al meglio la singola esperienza vissuta dal paziente, al di là della mera sequenza cronologica degli eventi. Nel raccontare si tende a dare una interpretazione, una scelta, per cui alcuni elementi si enfatizzano, mentre altri vengono omessi. In fisioterapia, il ragionamento narrativo riguarda la comprensione della storia del paziente, per conoscere le sue esperienze di dolore e disabilità o le successive credenze, desideri, motivazioni, emozioni e comportamenti di salute.

Un ragionamento narrativo di successo, finalizzato alla comprensione della persona, richiede una buona organizzazione della conoscenza biopsicosociale e una buona capacità di comunicazione, al fine di applicare tale conoscenza con successo.

Questo modello si distingue dal ragionamento ipotetico – deduttivo in quanto non c'è una ipotesi validata da test ma solo dal consenso tra terapeuta e paziente.⁸

Ragionamento procedurale

Processo usato dai fisioterapisti per definire il problema del paziente e scegliere il trattamento. Questo processo in genere non è limitato al ragionamento sui problemi fisici ma anche sugli aspetti psicosociali.³⁰

Ragionamento interattivo

Processo che porta a considerare il paziente come persona, e comprendere come viva lo stato di malattia. Mattingly e Fleming sottolineano la natura collaborativa del processo, nel quale il fisioterapista si interessa con il paziente sulla malattia coinvolgendolo attivamente.

Schwartzberg ha descritto gli elementi che caratterizzano questo processo.³⁰

1. Ascoltare attivo
2. Essere empatici
3. Costruire un'alleanza
4. Osservare i segni e definirli con chiarezza
5. Dare e ricevere informazioni
6. Valutare la situazione reale

Ragionamento condizionale

Il fisioterapista considera il paziente come un insieme di condizioni, nel contesto personale, sociale, culturale; lo immagina nel passato e lo proietta nel futuro, tenendo conto dei cambiamenti causati dalla disabilità e di come si adatterebbe alla nuova condizione. Questo processo richiede una profonda conoscenza del paziente.³⁰

Ragionamento pragmatico

Definito da Schell e Cervero, questo processo include considerazioni su alcuni fattori come la disponibilità dello spazio e delle attrezzature, le motivazioni personali e le competenze professionali del fisioterapista.³⁰

Ragionamento ipotetico - deduttivo

Il modello di ragionamento ipotetico - deduttivo ha le sue radici nel paradigma di ricerca empirico - analitico.⁸ Questo è anche conosciuto come il paradigma scientifico o positivista, e sostiene che la verità e la conoscenza sono oggettive e misurabili, utilizzando l'osservazione e l'esperienza per produrre un risultato che può essere generalizzato e condurre alla previsione. In fisioterapia, il ragionamento ipotetico - deduttivo intende convalidare le informazioni o i dati acquisiti dal paziente attraverso la misura, in modo affidabile.

Dal punto di vista empirico - analitico, altri modelli di ragionamento clinico, si sono concentrati meno sui processi e più sull'organizzazione e l'accessibilità delle conoscenze nella memoria del professionista.

Alcuni esempi di organizzazione della conoscenza utilizzati nel ragionamento clinico includono "*illness scripts*" e "*pattern recognition*". Grazie a questi modelli, vengono riconosciute alcune caratteristiche di un caso clinico quasi istantaneamente, e il riconoscimento comporta l'uso di altre informazioni pertinenti, tra cui la regola del "se-allora", nella rete delle conoscenze memorizzate. Questa forma di ragionamento si sposta da un insieme di osservazioni specifiche verso una generalizzazione ed è noto come "*forward reasoning*". Questo è in contrasto con il ragionamento ipotetico - deduttivo dove una persona si muove da una generalizzazione (più ipotesi) verso una conclusione specifica. Si concorda comunque sul fatto che entrambe le forme di questo ragionamento con orientamento cognitivo vengano utilizzate in diversi momenti, in particolare il "*Pattern recognition*" è più veloce e più efficiente e viene utilizzato da professionisti esperti nel loro settore. Al contrario, il ragionamento ipotetico - deduttivo è utilizzato da professionisti più inesperti oppure esperti di fronte ad un problema sconosciuto o una presentazione più complessa. Questi due metodi di orientamento cognitivo nel loro insieme sono spesso indicati come "ragionamento diagnostico".

Hendrick et al distinguono 3 fasi per il ragionamento ipotetico deduttivo:¹³

1° fase: focalizzata sugli aspetti psicometrici del ragionamento e dello sviluppo di strumenti di misura

2° fase: più cognitiva e orientata al processo che coinvolge strutture e strategie, analizzando comportamenti e stimolando passi successivi per risolvere il problema; in particolare prevedeva:

- 1) la generazione d'ipotesi sulla base di precedenti conoscenze di dati clinici
- 2) un ragionamento induttivo per generare ipotesi
- 3) un ragionamento deduttivo necessario per la verifica delle ipotesi.

3° fase: si focalizza sulla comprensione delle esperienze vissute dai professionisti e riflette sulla cura centrata sul paziente.

La conoscenza e il ragionamento clinico sono fortemente correlati tra loro: un ragionamento clinico efficace richiede una profondità e una organizzazione della conoscenza, per cui è stato inteso prevalentemente come un modello di formazione e riconoscimento, un processo di percezione e memorizzazione delle informazioni che vengono poi riutilizzate nel momento in cui si ripresenti un caso simile. I modelli sono stati costantemente rivisti e riformulati, rendendo il ragionamento clinico come un modello a spirale, di trasformazione, che riflette un processo di sviluppo ciclico.



Ogni ciclo della spirale incorpora un'immissione di dati, interpretazione e formulazione per ottenere una comprensione più ampia e più profonda del problema clinico; questo modello risulta più adeguato alla definizione di ragionamento clinico come processo di integrazione di conoscenza, cognizione e metacognizione.

In contrasto con le fasi precedenti, il ragionamento clinico nella *3° fase* è un processo che riguarda l'interazione con il paziente.

Ragionamento collaborativo

In questo modello (Figura 3), il ragionamento clinico è visto come un processo di indagine riflessiva composto da tre elementi fondamentali – la cognizione, la metacognizione e la conoscenza – effettuata in un quadro collaborativo con le parti interessate (ad esempio, il paziente, gli assistenti, gli altri operatori sanitari, l'ambiente di lavoro). Numerose variabili influenzano il successo di questa collaborazione fisioterapista – paziente, tra cui:

- le caratteristiche del fisioterapista, ad esempio la conoscenza, la familiarità e l'esperienza con il tipo di caso in gestione, la competenza di ragionamento, la comunicazione e le competenze didattiche e tecniche;
- le caratteristiche del paziente, come le esigenze, le convinzioni, gli atteggiamenti individuali e le circostanze fisiche e psico-sociali, compresa la capacità e la disponibilità a partecipare ad un processo condiviso decisionale e di pianificazione;
- le caratteristiche dell'ambiente, ad esempio le risorse economiche, o qualsiasi requisito (ad esempio professionale) imposto dall'esterno.

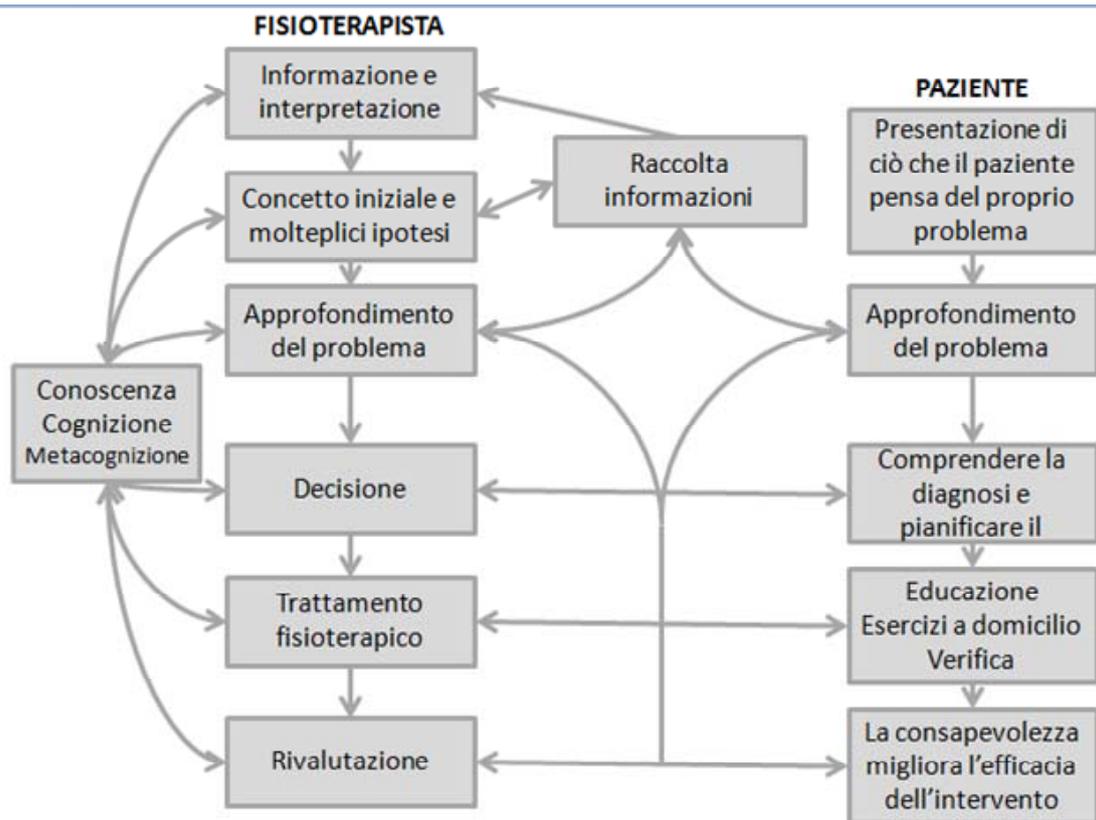


Figura 3 Modello integrato di ragionamento centrato sul paziente, tratto da Jones¹⁵ 2004

Per capire e gestire i pazienti ed i loro problemi con successo, i fisioterapisti devono quindi considerare non solo l'*impairment*, ma anche tutti i fattori che possono contribuire alla salute di una persona, in particolare gli effetti che l'*impairment* stesso può causare sulla vita dei pazienti o su quella delle persone a loro vicine. Si può raggiungere questo obiettivo attraverso un processo di indagine / intervista, di esame fisico, ambientale e una "rivalutazione continua", in cui gli indizi raccolti dal colloquio con il paziente suggeriscono nuove ipotesi. Fatta eccezione per i casi clinici molto semplici, in cui si è in grado rapidamente di riconoscere il problema e la soluzione, questo processo risulta indispensabile per la valutazione ed eventualmente la gestione del trattamento.

La rivalutazione continua descrive al meglio l'evoluzione del processo del ragionamento clinico adottato per la presa in carico del paziente. Alcune forme di rivalutazione²⁸ possono riguardare:

1. Risposta immediata del paziente durante l'applicazione di una tecnica di trattamento
2. Cambiamenti in corso del dolore o mobilità durante l'applicazione di un trattamento
3. Modello di risposta tra i trattamenti
4. Relazione tra ciascuno dei livelli di riabilitazione e cambiamenti nella capacità funzionale del paziente.

Ad ogni risposta del paziente, possono essere assegnati dei coefficienti, ad esempio se sono presenti più cambiamenti ma in direzioni diverse.

Qui di seguito, viene esposto un elenco di sintomi che possono modificarsi, in ordine di significatività²⁸:

- 1) Sintomi neurologici (cambiamenti nella forza o nei riflessi)
- 2) Centralizzazione di anestesia o parestesia
- 3) Centralizzazione del dolore
- 4) Range di movimento attivo
- 5) Localizzazione del dolore nel movimento attivo
- 6) L'intensità del dolore nel movimento attivo
- 7) Dolore a riposo
- 8) Impressione del professionista sulla mobilità passiva

La rivalutazione di un parametro ritenuto indicativo dei limiti del paziente subito dopo un intervento provvisorio è spesso usato per guidare il trattamento. Per poter usare la rivalutazione di un parametro per orientare meglio il trattamento, sono necessarie tre condizioni:

- 1) Il parametro può essere attendibilmente valutato
- 2) Possono avvenire cambiamenti del parametro entro l'intervallo tra una valutazione e un'altra
- 3) I cambiamenti immediati del parametro possono prevedere a lungo termine risultati significativi per quel paziente.

È stato dimostrato che i pazienti i cui sintomi migliorano immediatamente con movimenti attivi ripetuti continueranno a migliorare con lo stesso tipo di trattamento.²⁸

Nella pratica clinica è importante che la riduzione del sintomo scelto per la rivalutazione sia legata al raggiungimento degli obiettivi funzionali del paziente, considerando il fatto che menomazioni e risultati funzionali possono non essere necessariamente correlati.

È bene che il professionista ipotizzi un primo collegamento tra una riduzione di un sintomo e gli obiettivi di un paziente, ma successivamente deve anche discutere e verificare l'ipotesi. Se, per esempio, dopo il trattamento migliora la rigidità postero – anteriore ad un specifico livello lombare, ma non migliora il sintomo per cui il paziente si è sottoposto al trattamento, allora la rigidità postero – anteriore in quel dato livello non è probabilmente un sintomo appropriato per la rivalutazione. È possibile che un singolo intervento possa incidere su diversi fattori che contribuiscono alla disabilità di un paziente in modi opposti. Ad esempio, una tecnica dolorosa di mobilizzazione passiva può peggiorare le condizioni del paziente, aumentando la convinzione di malattia di un paziente o la sensibilità del sistema nervoso centrale, ma migliorare la propria condizione con un effetto sulla condizione patologica locale. Valutare la risposta del paziente dopo il trattamento, può fornire un modo per sommare gli effetti di tali fattori opposti e valutare se vi è un guadagno o una perdita in seguito all'intervento.²⁸

Confronto tra fisioterapisti esperti e principianti

Jensen et al hanno confrontato il comportamento dei professionisti esperti e principianti durante la loro interazione terapeuta - paziente^{18,19}. Nel loro studio, le caratteristiche che differenziano gli esperti dai principianti comprendono il controllo della presa in carico del paziente, la ricerca di informazioni, l'uso abile delle informazioni della patologia, un'accurata attenzione nella comunicazione, dedicando molto tempo al colloquio, la valutazione e l'educazione, con un forte accento sull'interazione con il paziente, incoraggiandolo sia verbalmente sia con stimoli tattili durante il trattamento, e la fiducia nel prevedere la prognosi del paziente.

La letteratura attuale sul ragionamento clinico suggerisce che il processo di applicazione della conoscenza e abilità, associata con la capacità intuitiva di cambiare una valutazione o trattamento basandosi sulla riflessione e l'interazione allo scopo di raggiungere un risultato positivo per un singolo paziente, è ciò che separa gli esperti dai principianti che si avvicinano al ragionamento clinico.¹

Jensen et al hanno descritto in dettaglio le caratteristiche di professionisti alle prime armi ed esperti e ha proposto quattro peculiarità del fisioterapista esperto:¹

- (1) conoscenza multidimensionale e centrata sul paziente;
- (2) ragionamento clinico collaborativo e riflessivo;
- (3) abilità di manuale osservazione del movimento, con particolare attenzione alla funzione;
- (4) abilità logica.

La responsabilizzazione del paziente attraverso la partecipazione attiva, l'educazione e il ragionamento collaborativo, l'utilizzo di misure di *outcome*, sono ciò che distingue un fisioterapista esperto. Jette e colleghi hanno scoperto che, sebbene molti fisioterapisti ne riconoscano l'importanza, le misure di *outcome* sono sottoutilizzate.¹

Una componente chiave del processo di ragionamento è dunque la collaborazione con il paziente.

Resnik et al hanno accertato che le competenze del fisioterapista non sono dipendenti dagli anni di esperienza e sono più legate alla qualità della vita e alla soddisfazione del paziente.¹

Una tipologia di conoscenza proposta da Higgs e Titchen, che rappresenta 3 tipi di conoscenza utilizzate nella pratica clinica (proposizionale, professionale, personale) è stata poi adottata come quadro concettuale per caratterizzare le dimensioni di conoscenza descritti.⁸ La conoscenza proposizionale si riferisce alla conoscenza pubblica in un particolare settore; la conoscenza professionale si riferisce a forme di conoscenza pratica, spesso intuitiva, che riflette anche competenze pratiche e tecniche del professionista. La conoscenza personale è quella esperienziale che avviene attraverso la riflessione del professionista e aiuta a formare un suo quadro di riferimento.

Strumenti di ragionamento clinico

Nella pratica clinica di tutti i giorni, la richiesta d'aiuto più frequente riguarda la presenza di dolore e la disabilità. I rapporti tra dolore e disabilità e le conseguenze che ne vengono determinate coinvolgono molteplici fattori socioeconomici, affettivi, lavorativi, familiari. L'interazione tra i diversi fattori costituiscono lo stato di malattia del paziente. Per dare una risposta adeguata al paziente è necessario fare uso di alcuni modelli teorici di riferimento che aiutano ad organizzare le informazioni della valutazione, del progetto terapeutico, e a scegliere le tecniche terapeutiche più idonee alla condizione del paziente.²⁵ Questi modelli sono: International Classification of Functioning (ICF), Modello multidimensionale di carico e capacità di carico (MLCM), Prognostic health profile (PHP), Cockpit model.

Icf

La struttura dell'ICF è composta da 3 aree che descrivono lo stato di salute del soggetto: funzione della struttura corporea, attività, partecipazione.²⁵ Su ognuna di queste interagiscono i fattori ambientali e fattori personali. Grazie a questo strumento, il professionista sintetizza le informazioni qualitative e quantitative, considera tutti i fattori descritti nell'ICF, e fa una diagnosi, una prognosi e stila un piano di trattamento. Dare la priorità ai problemi del paziente e collegarli all'ICF è importante nel determinare se e come la fisioterapia può aiutare il paziente. Lo sviluppo di un diagramma di flusso o di una mappa concettuale può aiutare a organizzare le informazioni in modo significativo: contribuiscono a capire quali problemi sono più importanti per il paziente, quali costituiscono il maggiore e quali possono essere di pertinenza del fisioterapista.¹

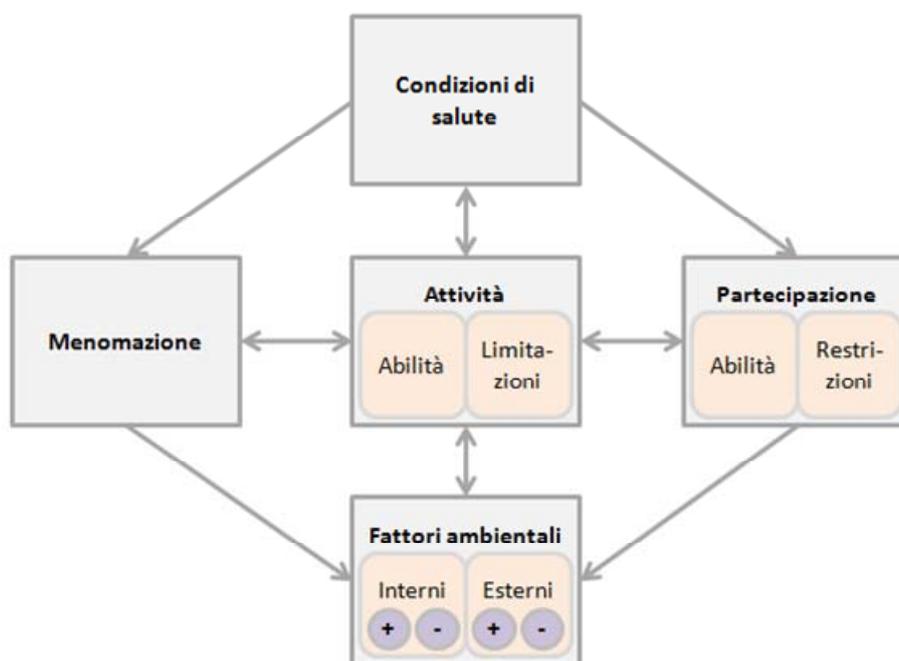


Figura 4 Tratto da Atkinson¹ 2001

Modello multidimensionale di carico e capacità di carico

Nell'ambito dei disturbi muscolo-scheletrici un utile strumento per guidare il ragionamento clinico verso la formulazione delle ipotesi e per modulare le strategie terapeutiche è il modello carico/capacità di carico, che mette in relazione le richieste funzionali del soggetto e la tollerabilità alle stesse da parte dell'organismo a livello generale e locale. Considera la capacità di risposta generale dell'individuo locale di una struttura corporea alle sollecitazioni ambientali e permette di formulare ipotesi patogenetiche e prognostiche per impostare il trattamento fisioterapico.²⁵

Prognostic health profile

Il profilo prognostico è il risultato descrittivo della raccolta critica dei dati anamnestici e dell'esame clinico, organizzata secondo le aree dell'ICF, e in riferimento al modello biopsicosociale, in cui l'individuo è considerato come un sistema integrato delle dimensioni somatica, psicologica e sociale.²⁵

Cockpit model

È un modello che aiuta a scegliere la posologia di una tecnica terapeutica: ogni tecnica può essere costruita identificando ogni singolo parametro che la compone, come ad esempio il ritmo, l'intensità di applicazione, il numero, tipo di componenti di movimento coinvolte.²⁵

Ragionamento clinico dell'infermiere

Il ragionamento clinico è il processo di applicazione della conoscenza e l'esperienza ad una situazione clinica attingendo anche a strategie di pensiero formali e non, per giungere ad una soluzione²¹(Figura 5). Questo processo di identificazione del bisogno e soluzione è influenzata dalla concezione che si ha dell'infermiere da parte del medico e dei pazienti che ricevono assistenza.⁴ Secondo Kitson (1993), mappe concettuali consce e non, comprese le idee su temi come la salute e la presa in carico, influenzano la pratica clinica.

Fitzgerald et al. (2003) suggeriscono che l'esame della pratica del team infermieristico può scoprire le filosofie tacitamente accettate che guidano il loro lavoro.

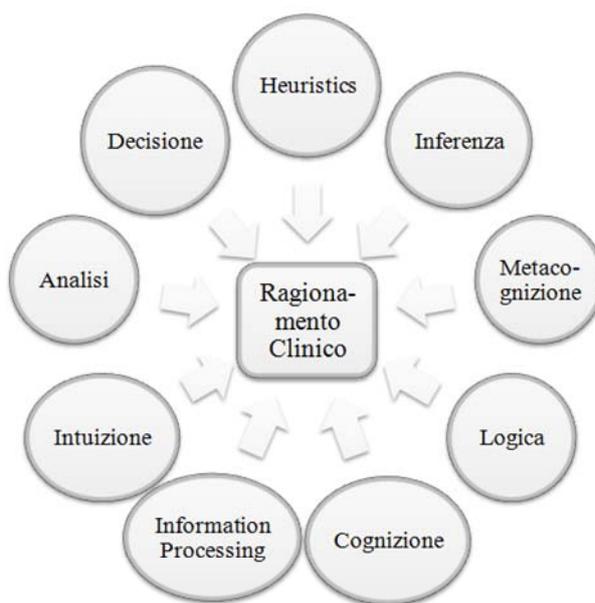


Figura 5 Tratto da Simmons²¹ 2010

Bucknall (2000) sottolinea la necessità di considerare il contesto in cui si pratica e sottolinea la mancanza della letteratura che descriva i fattori ambientali che influenzano i processi decisionali degli infermieri.⁴

Pesut osserva quattro C (criteri, contrasti, considerazioni concomitanti, conclusioni) come essenziali strategie di pensiero che sostengono il giudizio clinico.¹⁶

Le quattro C comprendono una riflessione sul contrasto tra presente e stato desiderato; i criteri relativi al raggiungimento dello stato desiderato; considerazioni concorrente del problema, *outcome* e di intervento; e conclusione o giudizi sulla realizzazione dell'*outcome*.¹⁶

Si definisce “triage” il processo con cui viene valutato un paziente in arrivo presso un Pronto Soccorso per determinare l'urgenza del problema e deviarlo verso adeguate risorse di assistenza sanitaria.⁷ Recentemente il concetto è stato ampliato per includere le risposte alle richieste effettuate tramite il telefono. Triage prevede che l'infermiere faccia un rapido giudizio riguardante lo stato del soggetto, la risposta al problema di salute e il contesto situazionale.

Durante il triage, il paziente viene valutato, spesso da un infermiere professionale, che indicherà per quanto tempo il paziente potrà aspettare di vedere un medico senza che la sua salute sia in serio pericolo. L'infermiere di triage prende complesse decisioni in modo indipendente in una situazione clinica che è permeata dall'incertezza.¹²

Questo processo di ragionamento implica quindi una miscela complessa di osservazione, di pensiero critico e capacità di raccolta dei dati.⁷

Metodi di indagine nel processo di ragionamento sono prevalentemente incentrata su due principali approcci: l'approccio fenomenologico e l'approccio di elaborazione delle informazioni.

La prospettiva fenomenologica sottolinea l'uso dell'intuizione, la comprensione immediata di una situazione clinica che si verifica senza un ragionamento cosciente. I giudizi intuitivi sono capacità ricorrenti che implicano una interiorizzazione della formazione ed esperienza.⁷

Il fatto però che un infermiere esperto prenda decisioni intuitivamente di per sé non rendono quella persona un esperto: potrebbe essere intuitivamente sbagliato. Viene suggerito quindi che ipotesi generate dall'intuizione vengano poi utilizzate come base per la raccolta di informazioni successiva, al fine di verificare quale ipotesi sia la più probabile.^{7,14}

Inoltre, concentrandosi sulla causa più probabile per il problema del paziente consente all'infermiere di raggruppare i segni e sintomi, in modo da massimizzare la capacità della loro memoria di lavoro.

Il metodo analitico è invece associato a principianti o professionisti esperti che si trovano in situazioni non familiari.⁷ L'accuratezza nel processo decisionale dipende dalla capacità di adattarsi

alla complessità e alla presentazione del compito. Inoltre, questa teoria sostiene che il processo decisionale è sia analitico che intuitivo. La teoria intuitiva suggerisce che nei principianti il processo decisionale si basa su regole *context-free*, mentre l'approccio decisionale degli esperti è intuitivo, i processi decisionali variano a seconda della esperienza dei professionisti.¹²

Information processing model²⁰

Elstein, et al (1978) hanno proposto un modello che include diversi componenti (



Figura 6):

- Acquisizione dati
- Generazione di ipotesi
- Interpretazione dei dati che porta alla raccolta di ulteriori dati
- Valutazione dell'ipotesi.

Inizialmente si organizzano le informazioni “a blocchi” nella memoria a breve termine e si fa un'ipotesi diagnostica. Successivamente si raccolgono altre informazioni per validare o confutare l'ipotesi. Infine si sceglie l'ipotesi più appropriata e la si valuta.²⁰



Figura 6 Information processing model. Tratto da Ritter²⁰ 2003

Kassirer e Gorry (1978) hanno sostenuto questo modello, aggiungendo che la generazione delle ipotesi fosse correlata all'organizzazione delle competenze nella memoria a lungo termine, e al recupero di questa in base alle correlazioni presenti tra indizi e ipotesi.

Neufeld, et al (1981) hanno suggerito che il contenuto e l'accuratezza delle ipotesi sono correlate alle competenze: il professionista con maggiore conoscenza fa le ipotesi più accurate.

White, et al (1992) hanno applicato questo modello al ragionamento dell'infermiere, concludendo che l'abilità del professionista non sta nel formulare le ipotesi, ma nel capire quali siano i dati importanti per fare una corretta diagnosi.²⁰

Hermeneutical model²⁰

Benner and Wrubel (1982) sono stati i primi a dare credito all'uso dell'intuizione tra gli infermieri, e sostengono che il giudizio clinico non può essere oggettivo e quantificabile. Il professionista esperto ha una effettiva percezione della situazione perché ha già vissuto esperienze analoghe; non deve riflettere analiticamente per determinare gli elementi rilevanti, lo fa solo in una situazione clinica sconosciuta. Per diventare un infermiere esperto è fondamentale avere maturato una esperienza con casi simili e l'abilità a riconoscere molteplici sintomi e segni. L'abilità non consiste nell'analizzare i singoli segni, ma piuttosto nel inquadrare la situazione nell'insieme, distinguendo informazioni rilevanti da quelle irrilevanti.

Benner et al hanno quindi proposto una teoria per spiegare il ragionamento clinico nell'infermiere.

Il modello prevede 6 fasi del pensiero intuitivo (Figura 7):²⁰

- 1- Riconoscimento del quadro (abilità di riconoscere le relazioni tra i vari sintomi presentati dal paziente)
- 2- Ricordo delle situazioni simili già vissute
- 3- Comprensione del senso comune (profonda comprensione della cultura e del linguaggio del paziente, cosicché risulti possibile una corretta interpretazione: questa è la base per comprendere come la persona vive la propria malattia e non la malattia stessa)
- 4- Competenza qualificata (mancanza di affidamento al pensiero analitico: "saper fare" e non "sapere cosa fare")
- 5- Senso di rilevanza
- 6- Decisione razionale (abilità di fare la giusta ipotesi, e considerarne altre nel momento in cui il decorso del paziente non coincide con le esperienze precedenti).



Figura 7 Hermeneutical model. Tratto da Ritter²⁰ 2003

Alcuni autori spesso considerano questi due modelli come un modello unico (Figura 8). In questo modo il ragionamento diagnostico inizia come “*Information processing*”, principalmente con il compito della raccolta dati; successivamente vengono coinvolte anche le caratteristiche del “*Hermeneutical model*”(mettendo in risalto la forma del “sapere cosa” e “sapere come fare”). Questo vuole dimostrare che i due modelli non sono indipendenti tra loro, ma in stretta connessione.

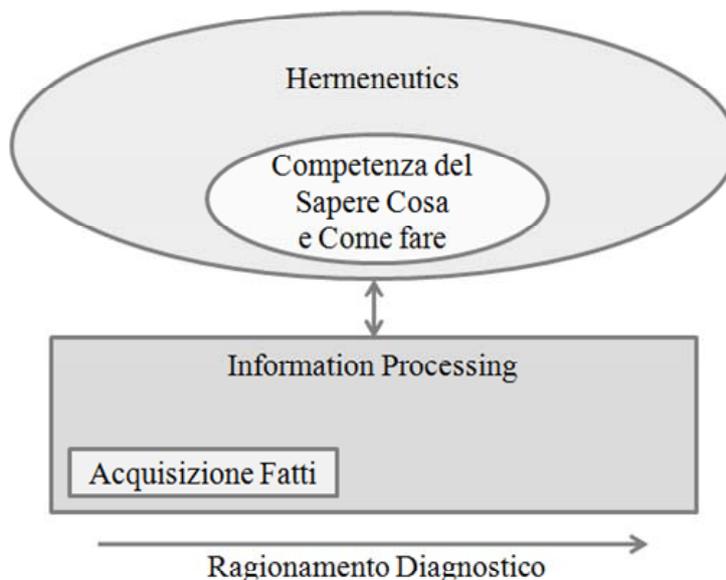


Figura 8 Blended "information processing" e "hermeneutical model" Tratto da Ritter²⁰ 2003

Ragionamento clinico dei terapisti occupazionali

La capacità di vivere a casa è una priorità importante per i pazienti. Per poter rispondere a tale priorità, è necessario che il lavoro dei terapisti occupazionali sia efficace e che miri a massimizzare l'autonomia e la sicurezza del paziente. È quindi importante saperne di più su come i questi professionisti scelgano il tipo di intervento dato che l'efficacia di questo può essere influenzato dal ragionamento clinico. Nella pratica clinica, i terapisti occupazionali utilizzano strumenti di valutazione fatti in casa o teorie informali sviluppati nel corso del loro lavoro; sono quindi le teorie informali o le conoscenze “*tacite*” che svolgono un ruolo importante nella scelta degli interventi. Integrare il tutto con la conoscenza formale può ottimizzare l'istruzione dei terapisti occupazionali e degli interventi, ma per fare ciò, è indispensabile rendere esplicita la conoscenza “*tacita*”.⁵

Conoscere il ragionamento clinico può risultare utile per comprendere come i terapisti scelgano i loro interventi e che cosa influenzi la loro scelta.

La maggior parte di studi sul ragionamento clinico vertono sulla diagnosi. Quest'ultima è spesso vista come l'aspetto più critico del “*decision making*” e della pratica clinica. Nel ragionamento diagnostico è decisiva la raccolta dell'anamnesi: l'età del paziente, le sue abitudini, il contesto in

cui vive e altri fattori possono contribuire all'inquadramento del problema o di una condizione importante per la diagnosi medica. Lo stesso vale per i terapeuti occupazionali, anche se l'aspetto più importante non è centrato sulla diagnosi clinica, ma sul conoscere come questa influenzi la funzione attuale e futura, focalizzando l'attenzione su ciò che il paziente riesce a fare e su cosa potrebbe essere in grado di fare in futuro. I terapeuti si pongono come obiettivo quello di individuare il trattamento personalizzato per ogni paziente. L'individualizzazione si riferisce all'adattamento di un trattamento per le particolari abilità, i bisogni e gli interessi di ciascun paziente. L'idea che un trattamento sia specifico per un particolare paziente contraddice l'ipotesi comune che tutte le persone con una certa malattia o disabilità possano essere trattate con lo stesso rimedio. Coloro che utilizzano un approccio ipotetico adottano una progressione lineare e ordinata. Sembra che i terapeuti non usino una singola forma di ragionamento lineare per l'intera seduta: spesso iniziano con una linea d'indagine seguendo un "modello ipotetico" e poi si spostano in un "*propositional study*" per rispondere a domande del paziente in maniera poco professionale. Il ragionamento clinico dei terapeuti non è scandito nel tempo da sequenze ordinate, né per la diagnosi, né per prognosi e trattamento. Sembra piuttosto esserci un flusso continuo di piccole decisioni o ipotesi provvisorie, nel pensare ai problemi e alle possibili soluzioni. Inoltre non si considera il pensare come una funzione separata dall'agire: il risultato dell'azione o la reazione del paziente potrebbero richiedere al terapeuta di pensare nell'immediato ad una soluzione alternativa. Lo scambio di pensiero e di azione e la revisione rapida delle ipotesi e del piano d'azione si verifica così rapidamente che spesso si osserva che tutti questi processi sono condotti simultaneamente.

Feinstein (1973) propose di pensare prima di tutto ad un problema più ampio e successivamente stringere la ricerca attraverso sottosistemi più piccoli.¹⁰ Invece, Feinstein et al (1978) hanno identificato 4 caratteristiche importanti per il "*problem solving*":

- 1) Identificazione dei dati
- 2) Generazione di più ipotesi
- 3) Interpretazione dei dati
- 4) Valutazione delle ipotesi

"Generazione di ipotesi" e "valutazione delle ipotesi" entrano in gioco frequentemente in 5 situazioni:¹⁰

- a) Quando non c'è diagnosi
- b) Quando il terapeuta non conosce la diagnosi
- c) Quando il terapeuta vuole conoscere più dettagli del problema del paziente
- d) Quando la terapia non sta andando come previsto
- e) Quando il terapeuta nota un qualcosa di atipico nel paziente

Ragionamento clinico dell'ostetrica

Questa revisione della letteratura si concentra sulla decisione clinica in ostetricia, e più specificamente nel corso del parto. Sappiamo che il termine “nascita” è talvolta usato in senso ampio, tuttavia, qui si intende dall'inizio della seconda fase del travaglio fino all'ora dopo la nascita. La seconda, terza e quarta fase del lavoro è un periodo di cure che richiede un'intensa concentrazione dell'ostetrica nella valutazione clinica e nel decision – making. Si prenderanno decisioni che coinvolgono la madre, il bambino o entrambi. La seconda, terza e quarta fase del travaglio sono momenti delicati anche per la donna, sia che stia affrontando un parto fisiologico, che non.

La Confederazione Internazionale delle Ostetriche (ICM) ha delineato un quadro di riferimento per il processo decisionale dell'ostetrica. È stato proposto un modello di decision – making anche dall'*Australian Nursing and Midwifery Council* (ANMC) e dall'*Australian College of Midwives* (ACM). Questi documenti mirano a regolamentare il grado di autonomia dell'ostetrica nei confronti anche di altre professioni sanitarie. I documenti non affrontano la complessa problematica delle relazioni interpersonali tra l'ostetrica e la donna o dell'ostetrica che lavorando in un ospedale, deve rispondere ad altre maternità che sono nel reparto durante il travaglio di una di queste.

La professione dell'ostetrica si basa su una filosofia di assistenza sanitaria e collaborazione con la partoriente. In questa visione, la gravidanza e la nascita sono visti come normali eventi fisiologici della vita, dove le ostetriche dovrebbero lavorare in continuità di rapporto di cura con le donne dal pre-concepimento alla gravidanza, al travaglio e al parto, fino alle 6 settimane dopo la nascita del bambino. Questa concezione presuppone che l'ostetrica utilizzi le proprie competenze e conoscenze basate sull'evidenza per sostenere le donne e a renderle protagoniste nel corso della loro esperienza di gravidanza.

In letteratura non è stata data ancora importanza al processo di “*decision-making*” delle ostetriche, al contrario delle altre professioni sanitarie. Il ragionamento clinico è una forma di pensiero ipotetico -deduttivo logico. I punti di forza di questo approccio mettono l'accento sullo sviluppo di una forte capacità di ragionamento logico e sulle scelte di un trattamento che si basa sulle conoscenze, sulle prove di efficacia e non sulla “tradizione”. Il ragionamento clinico è stato criticato per essere troppo lineare e riduzionista, con particolare attenzione al dettaglio e alle catene di relazioni causali, mentre deve essere considerato come un concetto più ampio che tiene conto sia del riduzionismo che della globalità nelle varie fasi del processo decisionale.

Possibili errori di ragionamento clinico nella pratica clinica

Categoria	Caratteristiche
Vaghezza	Lo scopo della valutazione o di trattamento non è chiara, e non vi sono informazioni sufficienti per giudicare la saggezza delle decisioni cliniche
Limitatezza	Approcci familiari che sembrano efficaci sono utilizzati senza considerazione dei metodi alternativi
Rigidità	Gli schemi standardizzati di valutazione e il trattamento vengono utilizzati di routine con poca o nessuna considerazione di importanti differenze nei bisogni dei singoli pazienti e le risposte. Inoltre, le reazioni di trattamento non sono monitorate per rilevare risultati imprevisti. Tale pratica può essere appropriata per un tecnico preprofessionale ma non per un fisioterapista
Irrazionalità	Le scelte cliniche sono basate sulla convenienza, sull'abitudine, sulle impressioni soggettive o sostenendo specifiche tecniche 'guru', piuttosto che su prove del suono
Sprechi	Le indagini sono estese. Ma i loro risultati hanno poca influenza sulla scelta del trattamento. Tecniche di trattamento costosi vengono utilizzati senza valutare se interventi più economici potrebbero essere altrettanto efficaci. Un ragionamento critico riflessivo su esperienza clinica e le prove di ricerca disponibili dovrebbero minimizzare questo errore
Insensibilità	I valori personali dei pazienti e le famiglie, le loro preoccupazioni psicosociali vengono ignorate, e viene data una priorità maggiore al miglioramento delle prestazioni fisiche rispetto al miglioramento della qualità della vita.
Mistero	Il processo clinico del processo decisionale non è spiegato in termini semplici ai pazienti o colleghi, e così gli altri non possono mettere in discussione e contribuire a questo processo

Tabella 3 Tratta da Jones¹⁵ 2004

Attività	Errori
Raccolta delle informazioni	Trascurare informazioni importanti o non avere informazioni sufficienti Interpretare in modo sbagliato informazioni o fare ipotesi senza chiarire Basare le decisioni su prove insufficienti Enfatizzare i segni e i sintomi Non riuscire a individuare incongruenze durante il colloquio
Formazione dell'ipotesi	Concentrarsi troppo sull'ipotesi preferita (o ovvia) Contemplare o enfatizzare solo quelle caratteristiche di un caso clinico che supportano l'ipotesi preferita, trascurando le caratteristiche che la confuterebbero (<i>bias</i> di conferma) Considerare troppe poche ipotesi o non verificare le ipotesi alternative Limitare prematuramente le ipotesi considerate Formulare ipotesi non specifiche Non considerare le ipotesi in altre categorie Travisare le informazioni poco utili, come conferma di una ipotesi già esistente Raggiungere una decisione definitiva prematuramente
Identificazione di segnali vitali	Controindicazioni mancanti o precauzioni per la valutazione o il trattamento Non riuscire a individuare segnali indicativi di una patologia grave o collegare gli spunti per ipotesi
Diagnosi	Enfatizzare i risultati clinici che sono di secondaria importanza nel contesto del caso clinico Fare una diagnosi errata Omettere una relazione tra sintomi o confondere una relazione tra sintomi come causa ed effetto Confusione e uso improprio della logica deduttiva e induttiva, portando a interpretazioni errate
Trattamento	Agire ingiustificato Non riuscire a controllare il proprio ragionamento Uso clinico come 'ricette' e non conseguenti ad un ragionamento clinico (cioè seguire ciecamente protocolli di trattamento) Non riuscire a coinvolgere il paziente nel processo decisionale Non tenere conto del contesto del problema del paziente o il suo impatto sulla sua vita

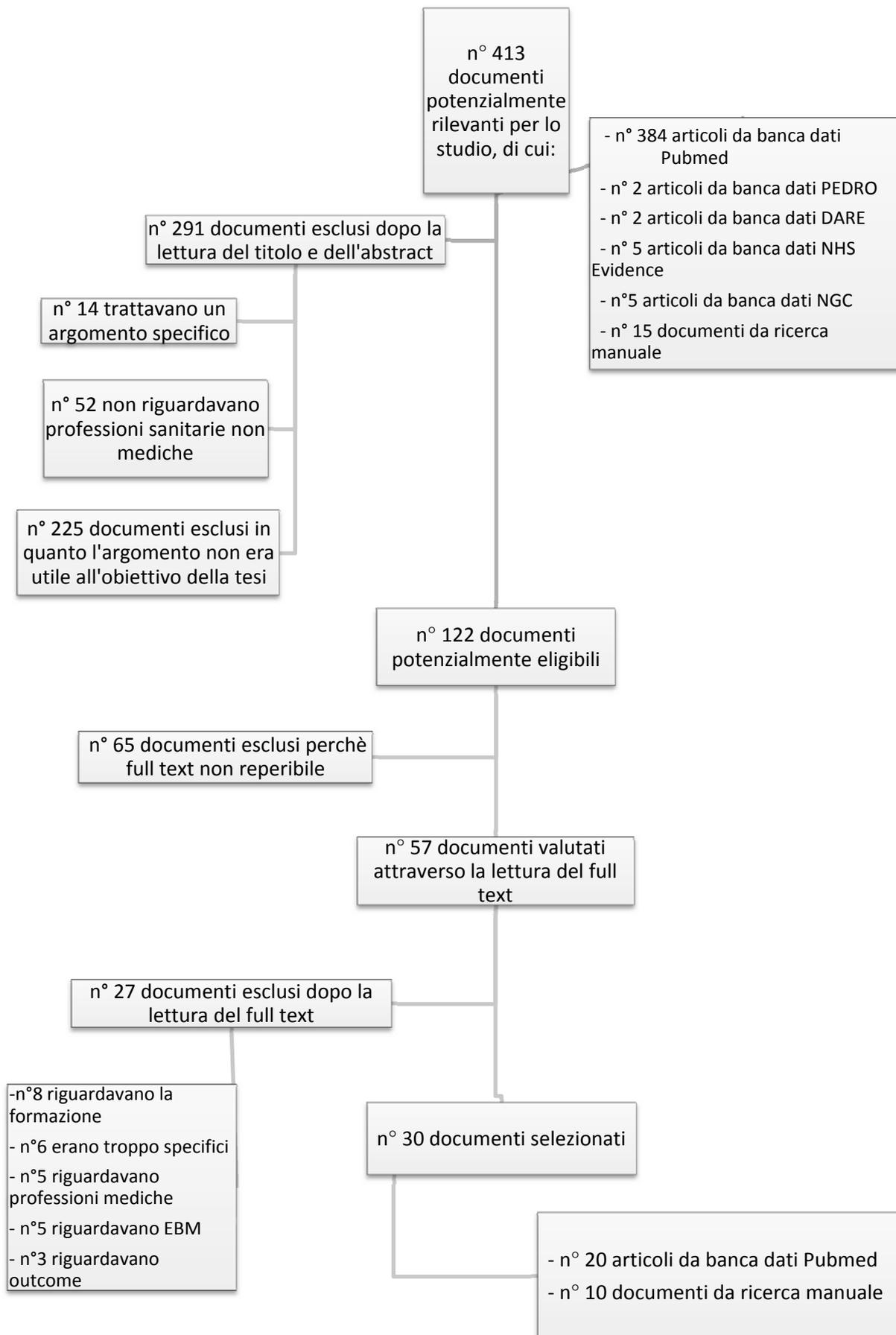
Tabella 4 Tratta da Jones¹⁵ 2004

Materiali e metodi

È stata condotta una ricerca attraverso le banche dati elencate in tabella (Tabella 5), utilizzando le seguenti parole chiave: “*clinical reasoning*”, “*health occupations*”, “*health personnel*” e loro combinazioni possibili. Sono stati inseriti come limiti della ricerca su database la lingua, inglese o italiana e il genere umano. Una prima selezione è stata eseguita sulla base del titolo e dell’abstract, perché l’argomento di studio non riguardava le professioni sanitarie non mediche, oppure era troppo specifico, oppure non era inerente con l’obiettivo della ricerca. Successivamente sono stati esclusi gli articoli, che non sono stati reperibili. Una più approfondita valutazione è stata effettuata dopo la lettura completa degli articoli. Questo ha permesso di escludere dallo studio gli articoli che riguardavano professioni sanitarie mediche, o si focalizzavano su un argomento troppo specifico, sulla formazione universitaria, sull’EBM o su outcomes. Tra i full-text letti, sono stati inclusi nello studio 30 documenti, di cui 10 documenti da ricerca manuale e 20 dalla banca dati Pubmed.

BANCA DATI	RISULTATI	PAROLE CHIAVE
Pubmed	384	clinical reasoning[All Fields] AND ("health occupations"[Mesh] OR "health personnel"[Mesh]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Italian[lang]))
Embase	0	Clinical reasoning
Cochrane review search	0	Clinical reasoning
DARE (Database of Abstract of Review of Effect)	2	Clinical reasoning
PEDro (Physiotherapy Evidence Database)	2	Clinical reasoning
Canadian Task Force	0	Clinical reasoning
New Zealand Guidelines group	0	Clinical reasoning
NHMRC (National Health and Medical Research Council)	0	Clinical reasoning
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	0	Clinical reasoning
NHS Evidence	5	Clinical reasoning
CMA (Canadian Medical Association)	0	Clinical reasoning
AHRQ (Agency for Health care Research and Quality)	0	Clinical reasoning
NGC (National Guideline Clearinghouse)	5	Clinical reasoning

Tabella 5 Banche dati consultate



Risultati

Rivista, Anno, tipo di Pubblicazione	Autore e titolo	Professione sanitaria	Scopo	Metodo	Risultato
J Orthop Sports Phys Ther. 1999 Apr Studio Osservazionale Descrittivo	Milidonis MK, Godges JJ, Jensen GM. ¹⁸ <i>Nature of clinical practice for specialists in orthopaedic physical therapy</i>	Fisioterapista	Confrontare le competenze cliniche in fisioterapia ortopedica ai modelli di ragionamento clinico scelti e i modelli di sviluppo delle abilità in fisioterapia; interpretare il tutto alla luce delle teorie attuali	Analisi descrittiva usando i risultati raccolti dal 1993 per collegare le qualità identificati in 3 modelli teorici di ragionamento clinico (Rothstein, Jensen, Jones)	Analizzando i contenuti dei diversi modelli di ragionamento clinico, sono stati individuati molti elementi comuni, soprattutto nella fase di valutazione del paziente, in particolare nella interpretazione dei dati, sviluppo di ipotesi, l'individuazione dei problemi principali, e la scelta del trattamento adeguato. Si è invece evidenziato un minor numero di collegamenti nelle fasi di decisione clinica e nella rivalutazione del paziente.
Physical Therapy 2003 Dec Studio Osservazionale Descrittivo	Resnik L, Jensen GM. ¹⁹ <i>Using clinical outcomes to explore the theory of expert practice in physical therapy</i>	Fisioterapista	Descrivere le caratteristiche dei terapisti che sono stati classificati come esperti, basandosi sull' <i>outcome</i> dei loro pazienti	6 fisioterapisti esperti, e medi. Lo studio è stato guidato da un approccio teorico. L'analisi integrata dei dati di tipo quantitativo e qualitativo ha sviluppato una teoria di base	I risultati sono stati organizzati attorno a 3 temi principali: (1) la teoria di base risultante dallo studio, (2) caratteristiche comuni di professionisti considerati esperti, (3) punti in comune tra gruppi di terapisti classificati come esperti o medi. lo studio afferma che la base per l'approccio alla cura deve comprendere un'etica della cura e il rispetto per l'individualità. I professionisti che danno valore all'individualità del paziente sono in grado di raccogliere ulteriori informazioni sui pazienti, che vengono acquisite attraverso l'ascolto attento, la fiducia, l'osservazione. I risultati suggeriscono che la dedizione del terapeuta - e il suo desiderio di imparare e migliorare continuamente l'abilità associato alle qualità di umiltà e curiosità - guida il la sua riflessione nella pratica clinica. Questa combinazione di fattori contribuisce ad accelerare l'acquisizione e l'integrazione delle conoscenze. L'approccio centrato sul paziente è esemplificato dal enfasi del terapeuta sull'educazione dei pazienti.

					<p>Si afferma che questi sforzi promuovano l'empowerment del paziente, una migliore continuità dei servizi, più presa in carico più sapiente, e piani di assistenza più personalizzati .</p> <p>I terapeuti classificati come esperti possiedono un'ampia base di conoscenza multidimensionale, cioè un insieme di conoscenze acquisite dalla formazione professionale, l'esperienza clinica, il lavoro, i colleghi, pazienti, la formazione continua, l'esperienza personale con il movimento e la riabilitazione, ed esperienza di insegnamento.</p> <p>Tutti i fisioterapisti hanno dimostrato attenzione per la crescita professionale e l'etica del prendersi cura del paziente. I fisioterapisti classificati come esperti hanno avuto un approccio centrato sul paziente, caratterizzato da un ragionamento clinico di tipo collaborativo che promuoveva la responsabilizzazione del paziente.</p>
<p>Physical Therapy</p> <p>2004 Apr</p> <p>Studio Osservazionale Descrittivo</p>	<p>Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM.⁸</p> <p><i>Clinical reasoning strategies in physical therapy</i></p>	Fisioterapista	<p>Esaminare il ragionamento clinico di fisioterapisti con esperienza in 3 differenti casi clinici: ortopedico, neurologico, assistenza domiciliare</p>	<p>È stata studiata la pratica clinica di 6 fisioterapisti con esperienza in 3 campi diversi</p>	<p>Le strategie di ragionamento clinico possono essere considerate come un modo di pensare e di agire nella pratica clinica.</p> <p>Si sono evidenziate diverse strategie di ragionamento che sono state incorporate in 2 grandi temi: “diagnosi” e “management”</p> <p style="text-align: center;">Diagnosi</p> <p>Ragionamento diagnostico: formulazione di una diagnosi associata alla disabilità fisica e menomazione con considerazione dei meccanismi di dolore associato, patologia dei tessuti e potenziali altri fattori.</p> <p>Ragionamento narrativo: comprende l'apprensione e la comprensione della storia del paziente, l'esperienza di malattia, cioè le prospettive, i contesti, le credenze, la cultura.</p>

					<p style="text-align: center;">Management</p> <p>Ragionamento circa la procedura decisionale è dietro la determinazione e lo svolgimento delle procedure di trattamento.</p> <p>Ragionamento interattivo: è finalizzato alla creazione e la gestione continuativa del rapporto terapeuta-paziente.</p> <p>Ragionamento collaborativo: coltivare un approccio consensuale verso l'interpretazione dei risultati dell'esame, al fissazione di obiettivi e priorità, e la progressione di intervento.</p> <p>Ragionamento riguardo l'insegnamento: è il pensiero rivolto al metodo, al contenuto, e alla quantità di insegnamento nella pratica clinica, che viene poi valutato se esso è effettivamente compreso.</p> <p>Ragionamento intuitivo: è l'immaginare scenari futuri con i pazienti, tra cui l'esplorazione delle proprie scelte e le conseguenze di tali scelte</p> <p>Ragionamento etico: comprende l'apprensione di dilemmi etici e pratici che si ripercuotono sia sul comportamento di intervento e gli obiettivi desiderati, e la conseguente azione verso la loro risoluzione.</p>
<p>Manual Therapy</p> <p>2006 Nov</p> <p>Studio Osservazionale Descrittivo</p>	<p>Edwards I, Jones M, Hillier S⁹</p> <p><i>The interpretation of experience and its relationship to body movement: a clinical reasoning perspective</i></p>	Fisioterapista			<p>Viene presentato un modello di ragionamento clinico basato sulla ricerca per "concettualizzare" l'insegnamento del movimento per pazienti con dolore cronico.</p> <p>L'azione comunicativa offre ai professionisti un modo per riconoscere, nella pratica clinica, la complessità delle relazioni mente-corpo. Questo articolo si focalizza sull'interpretazione dell'esperienza e di movimento corporeo dei pazienti con dolore cronico. Tuttavia, per comprendere il pensiero di questi pazienti, i terapeuti manuali devono anche comprendere le basi del proprio modo di pensare o di ragionamento.</p>

<p>Manual therapy</p> <p>2007 Feb</p> <p>Studio Osservazionale Descrittivo</p>	<p>Smart K, Doody C.²²</p> <p><i>The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists</i></p>	<p>Fisioterapista</p>	<p>Studiare il ragionamento clinico di fisioterapisti esperti in relazione a 3 presentazioni di dolore differenti.</p> <p>Determinare come il ragionamento può informare o influenzare altre aree di “clinical decision-making” in fisioterapia</p>	<p>7 fisioterapisti con esperienza decennale nel reparto di fisioterapia. Ogni terapeuta ha visto nella stessa sequenza 3 videotape di una intervista con un paziente che descrive 3 presentazioni di dolore differenti</p>	<p>Sono state identificate 5 principali categorie di ragionamento basato sul dolore che si susseguivano intercambiandosi vicendevolmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biomedico ragionamento del dolore correlato all’origine anatomica e strutturale, i principi biomeccanici, l’eziologia, i processi patologici e la diagnosi. - Psicosociale Ragionamento del dolore correlato alla percezione del paziente, i sentimenti, i comportamenti, il coping, fattori sociologici esterni, come il lavoro, la famiglia la vita sociale, la situazione economica, e il loro impatto sulla manifestazione del dolore - Meccanismo del dolore ragionamento del dolore correlato ai meccanismi fisiopatologici sottostanti responsabili della sua generazione e mantenimento. In particolare si riferisce alle 5 classi del dolore (nocicettivo, neurogenico periferico, neurogenico centrale, meccanismo motorio e autonomo, meccanismo emotivo) - Cronicità Ragionamento correlato all’aspetto temporale del dolore (“acuto”, “cronico”) - Severità/instabilità Ragionamento correlato alla severità, al grado di dolore e alla sua “irritabilità” come definito da Maitland (1986), cioè la suscettibilità del disordine a trasformarsi in sintomo doloroso, quanto doloroso può diventare, e quanto tempo impiega a diminuire.
--	--	-----------------------	---	---	--

<p>Adv Health Sci Educ Theory Pract.</p> <p>2008 Nov</p> <p>Studio</p>	<p>Stephenson R, Richardson B.²⁴</p> <p><i>Building an interprofessiona l curriculum framework for health: a paradigm for health function</i></p>	<p>Fisioterapista</p>	<p>Promuovere l'uso della ICF come mezzo di comunicazione interprofessionale e di ragionamento clinico</p>		<p>L'articolo sottolinea l'importanza di focalizzarsi sul futuro del singolo individuo nel contesto dei cambiamenti della suo stato di salute nell'arco della sua vita. Un senso di "onnicomprensività e orizzontalità" nella cura della salute può riconoscere l'importanza della correlazione della malattia con il contesto sociale del paziente.</p> <p>I programmi di studio che si fondano sul concetto di funzione umana, l'esperienza e il comportamento, devono essere integrati con un concetto di pratica basata sull'evidenza, che non è basata su l'autonomia decisionale medico-centrico. Piuttosto, il ragionamento clinico può favorire un processo decisionale attraverso una interazione che tiene conto di una vasta base di evidenze rilevanti per il caso specifico e che può essere sviluppata nel dialogo con altri professionisti.</p> <p>La persona è considerata come un insieme che comprende le influenze individuali, sociali e ambientali. Dato che la "cura della persona" viene considerata come mantenimento e promozione della salute, nasce l'esigenza di una nuova definizione del termine "salute"; si conclude constatando che la pratica focalizzata sulla persona e i processi di ragionamento clinico devono essere basati su un'ampia conoscenza</p>
<p>Physical Therapy</p> <p>2009 May</p> <p>Studio</p>	<p>Hendrick P, Bond C, Duncan E, Hale L.¹³</p> <p><i>Clinical reasoning in musculoskeletal practice: students' conceptualizatio ns</i></p>	<p>Fisioterapista</p>	<p>Esplorare come sia percepito il ragionamento clinico dagli studenti</p>	<p>Sono stati intervistati 31 studenti universitari in nuova zelanda, sul ragionamento clinico e su come lo usano nella pratica. L'analisi include la categorizzazione del ragionamento clinico, la</p>	<p>Sono state identificate 5 differenti categorie:</p> <p>- <i>Applicare la conoscenza e l'esperienza al problema, paziente o situazione.</i> In questa categoria, i partecipanti hanno concettualizzato il ragionamento clinico in termini molto generali. Il loro obiettivo era l'esecuzione di quanto appreso in classe ad una determinata situazione o paziente. La principale preoccupazione è trovare una tecnica manuale corretta. È evidente una visione centrata sul terapeuta. Questo processo si può riassumere con una struttura lineare con un'unica direzione che va dallo studente all'oggetto della tecnica.</p>

				<p>struttura di ogni esperienza, l'identificazione di temi che coinvolgono più categorie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Analizzare più volte per dedurre il problema e il trattamento.</i> Questa categoria descrive un processo ciclico di analisi per dedurre il problema e il trattamento relativo al paziente. Gli studenti hanno usato tutte le informazioni a loro disposizione per determinare gli scenari possibili, che poi erano continuamente ridotti. L'attenzione è focalizzata sul processo piuttosto che sul risultato. Anche questo ragionamento clinico continua ad essere principalmente centrato sul terapeuta e tende a sottolineare la diagnosi; ha una struttura lineare con una direzione che parte dallo studente ma che presta più attenzione al paziente e alla sua condizione. - <i>Razionalizzare e motivare cosa e perché.</i> Il ragionamento clinico è visto come un giustificare il "perché" e "che cosa" si sta facendo. La struttura di questo processo appare circolare. Gli studenti riferiscono l'importanza di correlare le proprie conoscenze ed esperienze con la loro conoscenza del paziente; usano la loro esperienza nello sviluppo del ragionamento in nuove situazioni. Diversamente dalle categorie A e B, nella categoria C il paziente è parte integrante dell'esperienza, ed è considerato con un approccio olistico. - <i>Combinare le conoscenze per arrivare ad una conclusione</i> Il ragionamento clinico è stato descritto come una combinazione di conoscenze per giungere a una decisione, diagnosi o per risolvere un problema. - <i>Problem-solving e costruzione di un modello</i> Il ragionamento clinico è stato descritto come "problem solving" e "pattern building", correla processi di meta cognizione che, non sono evidenti nelle categorie precedenti. Il "problem solving", che si concentrava sulle esperienze dello studente con i singoli pazienti, è percepito come un continuo processo a spirale di pianificazione,
--	--	--	--	--	---

					<p>trattamento e riflessione. Il “pattern building” è più esteso nel tempo, un processo visivo che coinvolge i singoli pazienti, le esperienze cliniche precedenti, e la crescita di conoscenze e competenze. Entrambi i processi sono maggiormente incentrati sul paziente.</p> <p>L’analisi trasversale tra le categorie ha identificato 5 temi generali:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Forme di ragionamento clinico II. Aspetti spazio-temporali III. Grado di focalizzazione sul paziente IV. Attribuzione di confidenza V. Ruolo dell’esperienza clinica
<p>J Manipulative Physiol Ther.</p> <p>2009 Jun</p> <p>Review</p>	<p>Tuttle N²⁸</p> <p><i>Is it reasonable to use an individual patient's progress after treatment as a guide to ongoing clinical reasoning?</i></p>	<p>Fisioterapista</p>			<p>Il cambiamento del ROM attivo e la centralizzazione del dolore appaiono essere i migliori indicatori dell’efficacia del trattamento rispetto ai cambiamenti di intensità del dolore o di posizione articolare. È ragionevole per il professionista usare la menomazione come indicatore di miglioramento del paziente solo se la menomazione è direttamente correlata con l’obiettivo del paziente</p>
<p>Physical Therapy</p> <p>2001 Mar</p> <p>Studio Osservazionale Descrittivo Case report</p>	<p>Atkinson HL., Nixon-Cave K.¹</p> <p><i>A tool for clinical reasoning and reflection using the ICF, framework and patient management model</i></p>	<p>Fisioterapista</p>	<p>Descrivere il processo di sviluppo del ragionamento clinico e come questo viene usato; proporre uno strumento per il ragionamento clinico che utilizzi la struttura dell’ ICF e Guide to Physical therapist practice</p>		<p>La Physical Therapy Clinical Reasoning e Reflection Tool (PT-CRT) si propone come strumento di riflessione clinica e guida per i tutor.</p> <p>Il PT-CRT si propone di integrare il quadro ICF nel modello di gestione del paziente, integrandovi le ipotesi di base dei modelli CDM. Il suo design si propone di sondare la riflessione e la discussione anche per i novizi e può essere utilizzata come strumento di tutoraggio per i casi particolari di pazienti. I clinici possono scegliere le sezioni pertinenti e domande per guidare il pensiero critico o possono scegliere di completare il foglio di lavoro nella sua interezza. Le caselle ombreggiate includono suggerimenti per promuovere ulteriormente la riflessione o discussione con un tutor.</p>

					<p>Essi possono anche aiutare ad identificare ulteriori indagini potenziali da esplorare.</p> <p>Anche se il PT-CRT è ancora nelle fasi iniziali di applicazione, ci sono alcuni risultati promettenti nelle strutture in cui è stato adottato.</p>
<p>Il Fisioterapista</p> <p>2005 Nov-Dec</p> <p>Studio Descrittivo</p>	<p>Testa M.²⁵</p> <p><i>Dalla struttura al sistema biopsicosociale</i></p>	<p>Fisioterapista</p>	<p>Descrivere i modelli clinici di riferimento in terapia manuale</p>		<p>International classification of functioning</p> <p>La struttura dell'ICF è composta da 3 aree che descrivono lo stato di salute del soggetto: funzione della struttura corporea, attività, partecipazione.</p> <p>Su ognuna di queste interagiscono i fattori ambientali e fattori personali.</p> <p>Modello multidimensionale di carico-capacità di carico</p> <p>Considera la capacità di risposta generale dell'individuo locale di una struttura corporea alle sollecitazioni ambientali e permette di formulare ipotesi patogenetiche e prognostiche per impostare il trattamento fisioterapico.</p> <p>Prognostic health profile</p> <p>Il profilo prognostico è il risultato descrittivo della raccolta critica dei dati anamnestici e dell'esame clinico, organizzata secondo le aree dell'ICF, e in riferimento al modello biopsicosociale, in cui l'individuo è considerato come un sistema integrato delle dimensioni somatica, psicologica e sociale</p> <p>Cockpit model</p> <p>È un modello che aiuta a scegliere la posologia di una tecnica terapeutica: ogni tecnica può essere costruita identificando ogni singolo parametro che la compone, come ad esempio il ritmo, l'intensità di applicazione, il numero, tipo di componenti di movimento coinvolte.</p>

Il Fisioterapista 2010 Gen-Feb Studio	Toscano V., Ruggeri A., Musarra F., Agostini A. ²⁶ <i>Il ragionamento clinico nei disordini muscolo scheletrici in ambito fisioterapico</i>	Fisioterapista			Si possono distinguere diverse fasi, durante il colloquio con il paziente: Costruzione della valutazione anamnestica -Instaurare il rapporto -Informazioni di background -Approfondimento di sintomi Definire gli aspetti anatomo-fisiologici - Definizione dello status praesens - Attività funzionali -Partecipazione -Fattori aggravanti e allevianti - Valutare la correlazione tra gli ambiti indagati -Indagare la presenza di red flags
		Professione			
J Clin Nurs. 1998 Jan Studio Osservazionale Descrittivo	Edwards B. ⁷ <i>Seeing is believing-- picture building: a key component of telephone triage</i>	Infermiere	Descrivere il ragionamento clinico utilizzato dagli infermieri del pronto soccorso quando devono prendere una decisione con il paziente al telefono	È stato chiesto ad alcuni infermieri di gestire 3 simulazioni di chiamate scelte dagli autori e registrate	Vengono descritte le tecniche di “building a picture” e di “visualization work”. Building a picture Questo è il processo mediante il quale gli infermieri tentano di sostituire l'assenza fisica del cliente attraverso la costruzione di una immagine mentale del chiamante e la situazione che sta vivendo. Essa risulta dalla combinazione di due grandi sottocategorie: -visualizzazione della patologia - visualizzazione della persona. I dati sono tratti dal paziente per costruire un quadro della causa e la gravità del problema, al fine di accertare la minaccia reale o potenziale per il benessere fisiologico della persona. La visualizzazione della persona riguarda il tentativo di costruire un quadro della persona senza considerare il problema che sta vivendo. Di particolare importanza è l'età. Anche se questa fornisce informazioni sulla probabilità di prevalenza di una determinata patologia, qui l'età è utilizzata per stabilire una immagine mentale del soggetto sembra per capire come sarebbe se l'infermiere fosse lì.

Il livello di stress è indicativo dell'impatto del problema sulla persona. In combinazione con la visualizzazione dell'ambiente, questo sembra che aiuti l'infermiere nella definizione del problema nel contesto e faciliti un approccio olistico, piuttosto che una valutazione focalizzata sulla patologia.

Il coinvolgimento emotivo può anche essere visto non solo come aiuto, ma anche come un ostacolo: per alcuni infermieri infatti, il coinvolgimento porta con sé una predisposizione alla sofferenza, al panico e all'esagerazione.

Visualization work

Gli infermieri sono consapevoli che per visualizzare la situazione reale, sono totalmente dipendenti dalla qualità delle informazioni fornite dai chiamanti.

Si evidenziano 2 caratteristiche principali nella visualizzazione di chi chiama: “**notare**” e “**monitorare**”. Queste vanno oltre la segnalazione precisa dei problemi ad inseriscono elementi di lavoro che l'infermiere si aspetta che vengano riportati da chi chiama.

“**Notare**” è il processo attraverso il quale colui che chiama è tenuto a notare la comparsa dei sintomi iniziali o testimoniare il momento degli incidenti e la risposta immediata ad esso.

Al contrario “**Monitorare**”, richiede la valutazione continua dei segni e dei sintomi nel tempo dopo l'inizio del problema, e la loro corretta interpretazione e la comunicazione.

Questo studio sembra suggerire che questi infermieri hanno sviluppato e affinato la componente “estetica”, e fanno affidamento sull'aspetto del paziente, interpretando ciò che vedono alla luce della esperienza passata. Ciò è completato da descrizioni dei fenomeni patologici accurati, ma empiricamente scarsi. La '*Visualizzazione del lavoro*' consente loro di raggiungere questo obiettivo quando si ha a che fare con persone al telefono.

<p>J Am Acad Nurse Pract.</p> <p>2003 Mar</p> <p>Studio Osservazionale descrittivo</p>	<p>Ritter BJ.²⁰</p> <p><i>An analysis of expert nurse practitioners' diagnostic reasoning</i></p>	<p>Infermiere</p>	<p>Valutare i modelli di ragionamento clinico di infermieri con esperienza</p>	<p>Sono state utilizzate interviste e formulazione di ipotesi "a voce alta" per descrivere il ragionamento degli infermieri</p>	<p>I due modelli di "Information processing" e "Hermeneutics" descrivono più del 99% delle risposte degli infermieri. Il 55% delle osservazioni ha utilizzato il modello di "information processing", il 45% il modello "hermeneutic". nel 32% dei casi, si è proceduto con la raccolta di informazioni (1° fase del modello "information processing"). Dimostrando così che questa fase è una fase chiave nella pratica clinica. Delle altre 3 fasi del modello "information processing" la "generazione delle ipotesi" è stata utilizzata dal 11%, la "conferma dell'ipotesi" dal 10%, e la "valutazione dell'ipotesi" dal 2%. Considerando il modello "hermeneutical", la "competenza qualificata" è stata adottata dal 25%, "riconoscimento del quadro" dal 6%, "senso di rilevanza" dal 5%; le altre 3 fasi sono state ognuna adottate dal 3% dei casi.</p> <p>Le 4 categorie più adottate sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione dati (32%) - Generazione ipotesi (11%) - Conferma delle ipotesi (10%) - Competenza qualificata (25%) <p>Ne deduciamo che i professionisti esperti nel loro ragionamento clinico fanno uso di entrambi i modelli.</p>
<p>J Clin Nurs.</p> <p>2004 Oct</p> <p>Studio Osservazionale Descrittivo</p>	<p>Carr SM.⁴</p> <p><i>A framework for understanding clinical reasoning in community nursing.</i></p>	<p>Infermiere</p>	<p>Descrivere la creazione di una mappa concettuale per un gruppo di infermieri. Lo scopo è di esplorare il processo di esposizione e articolazione della struttura clinica e promuovere e condividere la comprensione del paradigma clinico nel contesto</p>	<p>Sono state utilizzate osservazioni e registrazioni narrative per raccogliere i dati di ricerca</p>	<p>Viene presentata una struttura a 4 stadi per comprendere il ragionamento clinico; viene riconosciuta la natura multifaccettaria della salute.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Definizione 2- Struttura 3- Identificazione del bisogno 4- Opzioni di intervento <p>Definizione Il bisogno è un concetto legato all'identità, alle aspettative e al contesto. È necessario saper cogliere i segnali appropriati per poter gestire e rispondere ai bisogni del paziente.</p>

					<p>Struttura L'identificazione del bisogno è fortemente influenzata dal metodo di lavoro e dall'organizzazione del servizio in cui si pratica. Dato che il servizio infermieristico adotta un approccio generico e non specialistico, i bisogni non vengono organizzati in maniera ordinata.</p> <p>Identificazione del bisogno Il contesto in cui si svolge la pratica richiede la collaborazione tra infermiere, caregiver e paziente per identificare il bisogno.</p> <p>Opzioni d'intervento Sembrano essere possibili 4 opzioni di intervento: 1- Nessun intervento (non c'è necessità di cura o non si richiede l'intervento dell'infermiere) 2- Intervento con il consenso dei partecipanti (infermiere, paziente e caregiver concordano sui bisogni e le modalità di intervento) 3- Intervento senza il accordo tra i partecipanti (condizione più difficile da gestire) 4- Opzione ripetuta. Questa opzione è fornita quando l'infermiere è coinvolto per un periodo di tempo abbastanza lungo e il tipo di necessità offre la possibilità di rivedere il paziente con una certa regolarità.</p>
<p>Int J Nurs Terminol Classif.</p> <p>2006 Jul-Sep.</p> <p>Studio Osservazionale Analitico Retrospektivo</p>	<p>Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL.¹⁶ <i>Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model</i></p>	<p>Infermiere</p>	<p>Valutare l'uso del modello "OPT" per il ragionamento clinico e la presa in carico del paziente; valutare l'uso del linguaggio NNN per ritrarre la diagnosi infermieristica, l'intervento, l'outcome associato al ragionamento clinico</p>	<p>Analisi retrospettiva; ricerca condotta su 10 studenti di una scuola di infermieri durante un tirocinio nel reparto di terapia intensiva, ai quali è stato chiesto di usare il modello OPT</p>	<p>Questo articolo analizza l'uso degli studenti di linguaggi standardizzati con il modello di ragionamento clinico <i>Outcome-Present-Test (OPT)</i>.</p> <p>Il modello fornisce una struttura che invita gli studenti a diventare più consapevoli del modo in cui attribuiscono un significato ai fatti della storia del paziente.</p>

<p>J Adv Nurs. 2008 Jan</p> <p>Studio Osservazionale Descrittivo</p>	<p>Göransson KE, Ehnfors M, Fonteyn ME, Ehrenberg A.¹²</p> <p><i>Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage</i></p>	<p>Infermiere</p>	<p>Descrivere e confrontare strategie di pensiero e RC nel reparto di pronto soccorso</p>	<p>Viene usato il metodo del pensare “ad alta voce”; sono stati raccolti dati tra il 2004 e 2005 di 16 infermieri</p>	<p>Al centro del processo decisionale infermiere di triage era l'elemento del tempo, le informazioni devono essere raccolte in modo rapido e decisioni devono essere prese rapidamente. Per raccogliere le informazioni, le infermiere in studio Fry ha osservato pazienti, domande e raccolto i segni vitali. Altri fattori sono stati segnalati per influenzare la decisione di fare triage, come il volume dei pazienti in attesa di essere analizzati e suddivisi, la paura di perdere una condizione grave, la capacità personale e ambiente di lavoro.</p> <p>L'utilizzo di più strategie di pensiero durante il triage indica che questo è un compito complesso che richiede più azioni cognitive. Durante il triage, l'infermiere valuta il paziente nel tentativo di stimarne l'urgenza e l'aspetto generale: ha bisogno di fare domande per raccogliere dati, valutare il paziente, misurare i parametri fisiologici, e valutarli per assegnare un grado di severità. Questi passaggi sono stati visualizzati in uso dai partecipanti dello studio.</p> <p>Gli infermieri hanno usato differenti strategie di pensiero, dalla ricerca di informazioni alla formulazione di ipotesi</p>
<p>J Adv Nurs. 2010 May</p> <p>Review</p>	<p>Simmons B.²¹</p> <p><i>Clinical reasoning: concept analysis</i></p>	<p>Infermiere</p>	<p>Definire il concetto di ragionamento clinico dell'infermiere attraverso la letteratura</p>	<p>È stato usato il metodo “Rodgers” come metodo per indagare sul concetto di ragionamento clinico.</p>	<p>L'essenza di base di questo concetto include la cognizione, meta cognizione e la conoscenza disciplina-specifica. Strategie di pensiero formali e informali miscelano l'analisi decisionale di elaborazione delle informazioni e l'intuizione per valutare i dati del paziente. L'informazione che viene inizialmente scartata in quanto non essenziale, può essere recuperata più tardi nel processo.</p> <p>Eventuali azioni infermieristiche possibili sono contemporaneamente proposte e valutate per pertinenza. ragionamento clinico è dinamico, espansivo e ricorsivo, di informazione, interventi ed azioni alternative sono considerati o scartati in più momenti del processo.</p> <p>Quale sia il ragionamento induttivo o deduttivo utilizzato, più variabili influiscono su questo processo in infermieristica, compresa la capacità cognitiva, esperienza di vita, la maturità e livello di abilità nella pratica.</p>

					<p>La quantità di informazioni disponibili, il grado di rischio e il livello di incertezza vanno ad influire sull'esito.</p> <p>Il ragionamento clinico è dipendente dal contesto e dominio-specifico, che incorpora una conoscenza unica per infermieri all'interno di un contesto specifico pratico.</p> <p>Ogni impostazione pratica ha i propri standard di cura, i gradi di indipendenza e di interdipendenza con altri professionisti sanitari, rischi e conseguenze correlate a decisioni implicite.</p> <p>L'uso di strategie formali ("analisi di decisione" o di "elaborazione delle informazioni") o strategie informali ("euristiche") dipende dalla situazione e dall'esperienza dell'infermiere.</p> <p>La flessibilità cognitiva permette ad una persona contemporaneamente di raccogliere dati, verificare la pertinenza, applicare conoscenze e di esperienza e pesare il valore dei dati e dei possibili interventi.</p>
		Professione			
<p>Am J Occup Ther.</p> <p>1991 Nov</p> <p>Studio Osservazionale Descrittivo</p>	<p>Fleming MH.¹⁰</p> <p><i>Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy</i></p>	<p>Terapista occupazionale</p>	<p>Identificare il ragionamento clinico del terapista occupazionale nella pratica di tutti i giorni</p>	<p>I risultati di questo studio sono descrittivi e sono una interpretazione di osservazioni, interazioni tra terapisti, analisi di videotape, interviste individuali e di gruppo</p>	<p>Si offrono 5 ipotesi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- I terapisti occupazionali usano diverse strategie di ragionamento nel corso della loro pratica clinica; 2- Gli obiettivi della pratica clinica influenza lo sviluppo e l'uso di diverse strategie di ragionamento; 3- Nella pratica, un particolare aspetto del problema suggerisce il terapista a scegliere una strategia di ragionamento che sarà adatta a guidare la domande che focalizzano il problema. 4- Quando si occupa al problema medico del paziente, il terapista spesso usa un ragionamento di tipo ipotetico 5- Quando pensa al fattore psicosociale del paziente, o aspetti interpersonali, il terapista spesso usa altre strategie diverse dal metodo ipotetico.
<p>Am J Occup Ther.</p> <p>2003 Nov-Dec</p> <p>Studio</p>	<p>Ward JD.³⁰</p> <p><i>The nature of clinical reasoning with groups: a phenomenological study of an</i></p>	<p>Terapista occupazionale</p>	<p>Esaminare il ragionamento clinico nel terapista occupazionale all'interno di una terapia di gruppo</p>	<p>Dati raccolti per mezzo di interviste semistrutturate associate all'osservazione</p>	<p>Sono stati usati e descritti diversi tipi di ragionamento clinico: "interattivo", "narrativo", "condizionale" e "pragmatico"</p>

Osservazionale Descrittivo	<i>occupational therapist in community mental health</i>				
Am J Occup Ther. 2005 Jan-Feb Studio Osservazionale Descrittivo	Unsworth CA. ²⁹ <i>Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy.</i>	Terapista occupazionale	Studiare il ragionamento clinico del terapeuta occupazionale	Sono state raccolte informazioni sul ragionamento clinico usando una video camera e interviste seguendo 13 terapisti con esperienza	I terapisti si sono occupati dei pazienti considerandoli su 3 piani diversi: vedendo i pazienti nella loro disfunzione fisica, nel loro essere persona, nel loro vivere in un contesto sociale, culturale e familiare. I terapisti hanno fatto uso dei diversi modelli di ragionamento clinico in base al piano sul quale volevano porre l'attenzione.
Aust Occup Ther J. 2010 Dec Review	Carrier A, Levasseur M, Bédard D, Desrosiers J. ⁵ <i>Community occupational therapists' clinical reasoning: identifying tacit knowledge</i>	Terapista occupazionale	Riassumere le conoscenze attuali sul ragionamento clinico del terapeuta occupazionale	Studio della letteratura sul ragionamento clinico	Per ogni terapeuta occupazionale, la condizione del paziente e la sua disabilità rappresentano un "problema" da risolvere. Il " problem solving " è un processo cognitivo ben distinto dal comportamento del terapeuta; può essere descritto come il modo in cui i terapisti combinano i concetti teorici con esperienze personali e professionali per comprendere meglio la situazione del paziente. Anche se sono state individuate diverse strategie cognitive nella risoluzione dei problemi, come il modello ipotetico – deduttivo e riconoscimento di pattern, ci si focalizzerà solo su quest'ultimo, perché è la strategia cognitiva più comunemente utilizzata dai terapisti con esperienza. Il problem solving usando il riconoscimento di pattern include 4 fasi: 1- Rilevamento del problema 2- Acquisizione di dati 3- Formulazione del problema utilizzando i riferimenti e gli schemi mnemonici di passate esperienze in memoria a lungo termine 4- Identificazione di possibili soluzioni Infine la risoluzione del problema è seguita dal processo

				<p>decisionale, che è rappresentato dalla valutazione delle possibili soluzioni e la scelta finale, che, a sua volta, influenza il problema e quindi la formulazione viene costantemente verificata.</p> <p>Si può concludere che il ragionamento clinico è un fenomeno dipendente dal contesto sociale e comprende diversi processi cognitivi correlati come il “problem solving” e il “decision making”.</p> <p>Dimensioni del ragionamento clinico</p> <p>Gli studi sul ragionamento clinico dei terapeuti occupazionali hanno trovato molteplici modelli che vengono utilizzati dipendentemente da quale aspetto del problema si vuole analizzare.</p> <p>Esistono i modelli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scientifico 2. Narrativo 3. Pragmatico 4. Etico 5. Interattivo 6. Condizionale <p>Se si vuole indagare sulla condizione patologica del paziente e sull’ intervento richiesto, si usa un modello scientifico.</p> <p>Se si vuole comprendere meglio come il paziente vive la malattia, il rapporto con i professionisti sanitari, si usa il modello narrativo.</p> <p>Se ci si focalizza sugli aspetti pratici, come la scelta di un ausilio, si utilizza il modello pragmatico.</p> <p>Se il terapeuta deve scegliere tra un ausilio necessario ma non rimborsabile ed uno meno appropriato ma rimborsabile, farà uso di un modello di ragionamento etico.</p> <p>Se si coinvolgono familiari del paziente o caregiver, viene messo in gioco il modello interattivo.</p> <p>Infine si userà un modello condizionale quando i terapeuti identificano in una necessità un obiettivo comune, e adattano l’ intervento per soddisfare i pazienti nella loro situazione</p>
--	--	--	--	--

					<p>particolare, presente e futura.</p> <p>Il ragionamento clinico è da intendersi come la sintesi delle interazioni tra tutti questi modelli e permette ai terapisti occupazionali di risolvere i problemi che gli si presentano.</p> <p>Alcuni autori sostengono che i modelli rappresentano un contenuto statico del ragionamento clinico, e che quindi devono essere chiaramente distinti dai processi attivi di “problem solving” e “decision making”.</p> <p>Fattori che influenzano il ragionamento clinico Il ragionamento clinico del terapeuta occupazionale è influenzato da diversi fattori, interni ed esterni, che operano in modo interattivo. I fattori interni sono: il livello di competenza dei terapisti occupazionali, e il contesto personale, mentre i fattori esterni sono i pazienti e il contesto pratico.</p>
		Professione			
Women Birth. 2010 Dec Review	Jefford E, Fahy K, Sundin D. ¹⁴ <i>A review of the literature: midwifery decision-making and birth</i>	Ostetrica	Descrivere il ragionamento clinico nell'ostetrica	Sono stati utilizzati articoli trovati in CINHAL, Medline e Cochrane	<p>Sono stati trovati 4 articoli. Il ragionamento clinico viene considerato come essenziale ma non ancora sufficiente per la professione ostetrica.</p> <p>I due risultati importanti, che possono essere sintetizzati da questa revisione della letteratura, sono che il processo decisionale dell'ostetrica è socialmente messo in discussione e coinvolge una gerarchia di sorveglianza e controllo. Nonostante una un'ostetrica rivendichi il suo essere un professionista autonomo, è stato accertato che è controllata nelle sue decisioni e nelle azioni conseguenti.</p> <p>Questa sorveglianza tende a ridurre la possibilità di lavorare autonomamente come gli altri professionisti sanitari. In secondo luogo, il processo decisionale clinico comprende il ragionamento clinico come essenziale ma non sufficiente per le ostetriche ad applicare concretamente la loro decisione.</p>

Discussione

La letteratura revisionata evidenzia che il ragionamento clinico può favorire un processo decisionale che possa essere sviluppato attraverso il dialogo con altri professionisti sanitari e che tenga conto di molteplici variabili come una buona conoscenza di base e un buon livello di abilità nella pratica clinica, dell'etica della cura e il rispetto per l'individualità (Figura 9).

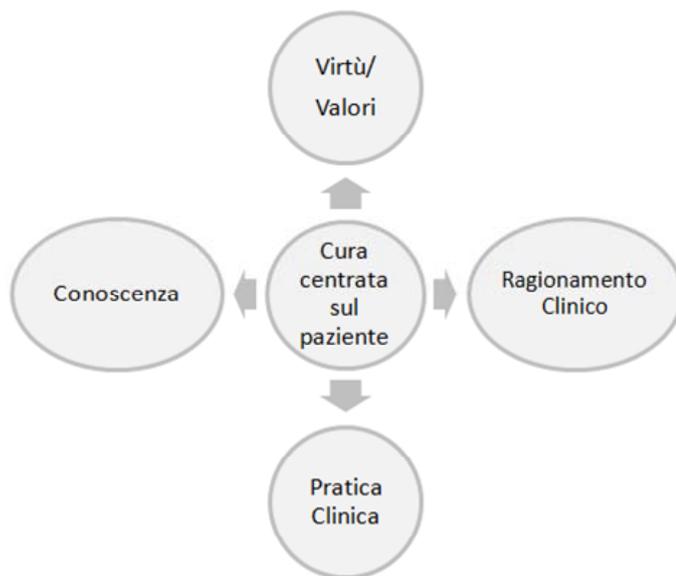


Figura 9 Tratto da Resnik¹⁹ 2003

Alcuni autori sostengono che i modelli rappresentino un contenuto statico del ragionamento clinico, e che quindi debbano essere chiaramente distinti dai processi attivi di “problem solving” e “decision making” (Figura 10). Al contrario, il ragionamento clinico deve essere considerato come un processo dinamico, d'informazione, interventi ed azioni alternative che vengono considerate o scartate in più momenti del processo.

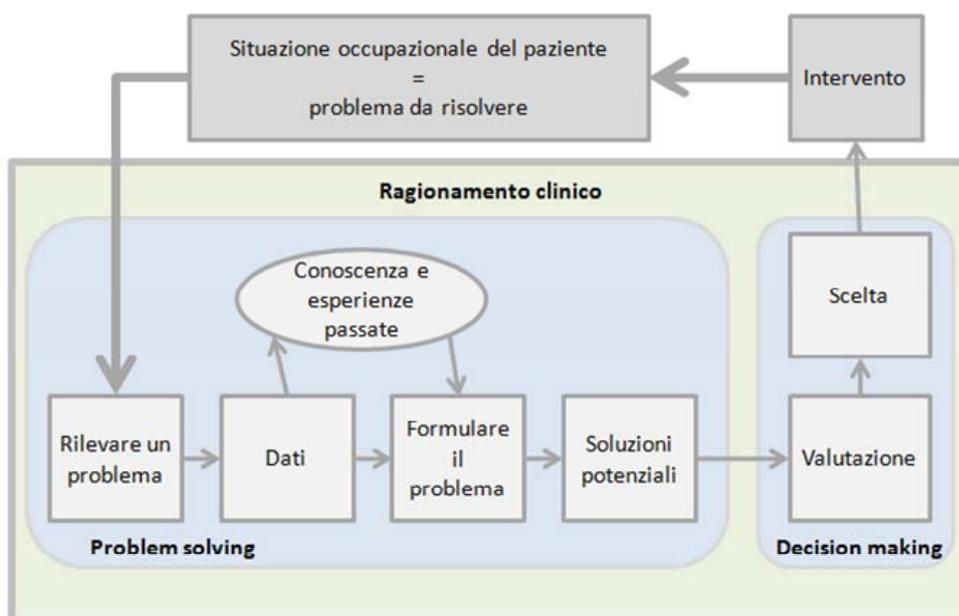


Figura 10 Tratto da Carrier⁵ 2010

Il ragionamento clinico quindi è da intendersi come la sintesi delle interazioni tra tutti i modelli descritti in letteratura e permette ai professionisti sanitari di risolvere i problemi che si presentano nella pratica clinica quotidiana.

Tutti i professionisti sanitari hanno dimostrato particolare attenzione per la crescita professionale e l'etica del prendersi cura del paziente. In particolare quelli considerati esperti hanno avuto un approccio centrato sul paziente, caratterizzato da un ragionamento clinico di tipo collaborativo che promuoveva la responsabilizzazione del paziente. I risultati suggeriscono che la dedizione del professionista - e il suo desiderio di imparare e migliorare continuamente l'abilità associato alle qualità di umiltà e curiosità - guida la riflessione nella pratica clinica. Questa combinazione di fattori contribuisce ad accelerare l'acquisizione e l'integrazione delle conoscenze.

In base ai risultati ottenuti da questa revisione sistematica si può sostenere che, in letteratura, sono presenti ancora poche evidenze sui processi di ragionamento clinico nelle professioni sanitarie non mediche, e che alcune professioni operano in contesti in cui perdura una ridotta possibilità di lavorare in autonomia.

Conclusione

Il processo di ragionamento clinico tenta di stabilire le informazioni utili dei singoli pazienti e di far luce sul loro comportamento in condizioni diverse. Viene suggerita l'importanza di riconoscere un mezzo di comunicazione comune che faccia da base per un dialogo interprofessionale per il ragionamento clinico che può portare ad una cura effettivamente basata sul paziente.

I professionisti devono lavorare con una diversità di pazienti e problemi, molti dei quali resistono a semplici soluzioni tecniche. Viene richiesto che non solo abbiano una organizzazione ricca di conoscenze biomediche e psicosociali clinicamente rilevanti, ma abbiano anche competenze di ragionamento diagnostico, narrativo, collaborativo, prognostico ed etico. Un'applicazione efficace di tale conoscenza richiede quindi delle abilità avanzate procedurali e comunicative, come il saper ascoltare, chiarire, spiegare, negoziare. Alla base di tutte le dimensioni del ragionamento clinico risiede la capacità dei professionisti di riconoscere indizi rilevanti (comportamentali, psicologici, fisici, sociali, culturali, ambientali) e il loro rapporto con altri segni, per poter verificare tali quadri clinici attraverso un'ulteriore valutazione e gestione.

L'apprendere dai risultati delle proprie scelte dipende dalla completezza delle decisioni e il tempo e l'attenzione dedicata alla riflessione. È stato dimostrato che il ragionamento critico, riflessivo e collaborativo migliora la conoscenza dei quadri (per quanto riguarda la persona e il problema, comprese le strategie di gestione) che possono essere riconosciuti e applicati. Per spiegare meglio questa visione completa e multidimensionale del ragionamento clinico si devono sviluppare modelli integrati più complessi. Si consolida quindi la necessità di sensibilizzare maggiormente i professionisti, anche attraverso ulteriori studi, affinché comprendano che le competenze non si acquisiscono solo con l'esperienza, ma in gran parte, attraverso un ragionamento clinico consapevole.

Bibliografia

1. Atkinson HL., Nixon-Cave K. “A tool for clinical reasoning and reflection using the international classification of functioning, disability and health (ICF) framework and patient management model”. *Phys Ther.* 2011;91:416–430.
2. Benci L. “Professioni sanitarie non mediche: normativa in movimento”. *Riv Diritto Professioni Sanitarie.* 2001;4(2):84-90.
3. Brimer MA., Moran ML. *Clinical Cases in physical therapy.* Butterworth Heinemann 2004.
4. Carr SM. “A framework for understanding clinical reasoning in community nursing”. *J Clin Nurs.* 2004 Oct;13(7):850-7.
5. Carrier A, Levasseur M, Bédard D, Desrosiers J. “Community occupational therapists' clinical reasoning: identifying tacit knowledge”. *Aust Occup Ther J.* 2010 Dec;57(6):356-65
6. Clifton DW. *Physical rehabilitation's role in disability management.* Elsevier Saunders 2005
7. Edwards B. “Seeing is believing--picture building: a key component of telephone triage”. *J Clin Nurs.* 1998 Jan;7(1):51-7.
8. Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. “Clinical reasoning strategies in physical therapy”. *Phys Ther.* 2004 Apr;84(4):312-30.
9. Edwards I, Jones M, Hillier S. “The interpretation of experience and its relationship to body movement: a clinical reasoning perspective”. *Man Ther* 2006; 11: 2-10.
10. Fleming MH. “Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy”. *Am J Occup Ther.* 1991 Nov;45(11):988-96.
11. Guthrie L. *Clinical case studies in physiotherapy. A guide for students and graduates.* Churchill Livingstone Elsevier 2009.
12. Göransson KE, Ehnfors M, Fonteyn ME, Ehrenberg A. “Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage”. *J Adv Nurs.* 2008 Jan;61(2):163-72.
13. Hendrick P, Bond C, Duncan E, Hale L. “Clinical reasoning in musculoskeletal practice: students' conceptualizations”. *Phys Ther.* 2009 May;89(5):430-42.
14. Jefford E, Fahy K, Sundin D. “A review of the literature: midwifery decision-making and birth”. *Women Birth.* 2010 Dec;23(4):127-34.
15. Jones MA, Rivett DA. *Clinical reasoning for manual therapists.* Butterworth Heinemann 2004.

16. Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL. "Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model". *Int J Nurs Terminol Classif*. 2006 Jul-Sep;17(3):129-38.
17. Malanga GA, Nadler S. *Musculoskeletal physical examination. An evidence-based approach*. Philadelphia, USA: Elsevier-Mosby, 2006.
18. Milidonis MK, Godges JJ, Jensen GM. "Nature of clinical practice for specialists in orthopaedic physical therapy". *J Orthop Sports Phys Ther*. 1999 Apr;29(4):240-7.
19. Resnik L, Jensen GM. "Using clinical outcomes to explore the theory of expert practice in physical therapy". *Phys Ther*. 2003 Dec;83(12):1090-106.
20. Ritter BJ. "An analysis of expert nurse practitioners' diagnostic reasoning". *J Am Acad Nurse Pract*. 2003 Mar;15(3):137-41.
21. Simmons B. "Clinical reasoning: concept analysis". *J Adv Nurs*. 2010 May;66(5):1151-8.
22. Smart K, Doody C. "The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists.". *Man Ther*. 2007 Feb;12(1):40-9.
23. SmithBattle L, Diekemper M. "Promoting clinical practice knowledge in an age of taxonomies and protocols". *Public Health Nurs*. 2001 Nov-Dec;18(6):401-8.
24. Stephenson R, Richardson B. "Building an interprofessional curriculum framework for health: a paradigm for health function". *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2008 Nov;13(4):547-57.
25. Testa M. "Dalla struttura al sistema biopsicosociale". *Il Fisioterapista*. 2005 Nov-Dec;(6):7-9
26. Toscano V., Ruggeri A., Musarra F., Agostini A.. "Il ragionamento clinico nei disordini muscolo scheletrici in ambito fisioterapico". *Il Fisioterapista* 2010 Jan-Feb;(1):51-53
27. Toscano V., Ruggeri A., Musarra F., Agostini A. "Strategie terapeutico e ragionamento clinico". *Il Fisioterapista* 2010 May-Jun;(3):59-62
28. Tuttle N. "Is it reasonable to use an individual patient's progress after treatment as a guide to ongoing clinical reasoning?". *J Manipulative Physiol Ther*. 2009 Jun;32(5):396-403.
29. Unsworth CA. "Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy". *Am J Occup Ther*. 2005 Jan-Feb;59(1):31-40.
30. Ward JD. "The nature of clinical reasoning with groups: a phenomenological study of an occupational therapist in community mental health". *Am J Occup Ther*. 2003 Nov-Dec;57(6):625-34.