

Articolo: “Diagnosi funzionale in fisioterapia: passato, presente e futuro”.
Riabilitazione Oggi Anno XXII, n° 7 settembre 2005.

Diagnosi Funzionale in Fisioterapia: passato, presente e futuro

Dott. Casonato Oscar
Fisioterapista
Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici

Da sempre l'atto diagnostico è considerato un momento imprescindibile per poter progettare un appropriato percorso terapeutico. Carl Gerhardt (1873) afferma che “il frutto della guarigione cresce sull'albero della conoscenza. Senza diagnosi non c'è terapia razionale. Prima analizzare e poi giudicare: soltanto allora si può aiutare.”

Anche in fisioterapia il tema della diagnosi è di attualità e in continuo sviluppo. Pur non avendo il compito di identificare una malattia come fa il medico, il fisioterapista deve formulare una diagnosi sulla funzionalità del paziente, mettendo in risalto le menomazioni e le disabilità presenti. Il termine diagnosi è utilizzato in ambiti diversi e assume un significato diverso a seconda del contesto in cui è inserito. Non bisogna confondere il ruolo diagnostico del fisioterapista rispetto a quello del medico o di altre professioni sanitarie; ciascuno all'interno del proprio campo d'azione ha una competenza diagnostica che non deve invadere quella degli altri. Ma qual è il significato della parola diagnosi?

La parola diagnosi deriva dal greco e significa “riconoscere attraverso”, in senso più estensivo il termine diagnosi vuol dire “analisi di un fenomeno”.

In medicina la parola diagnosi ha diversi significati, vediamo un paio di esempi:

“La Diagnosi è un breve processo logico con cui il medico definisce l'esistenza e la natura della malattia e le condizioni del paziente; lo scopo principale della diagnosi è quello di determinare la terapia idonea per combattere la malattia”. Ancora “La Diagnosi Clinica è la diagnosi che si basa sui segni, sintomi ed indagini di laboratorio”. Il termine diagnosi non è comunque di uso esclusivo del settore sanitario, tanto è vero che anche nel campo automobilistico esistono delle strumentazioni che si avvalgono della parola diagnosi per specificare la loro funzione (es. apparecchio per la diagnosi elettronica, diagnosi dei sistemi di iniezione, ecc.). Inoltre anche altre professioni sanitarie hanno fatto proprio il termine diagnosi per definire la propria competenza valutativa in seno al proprio campo d'azione (diagnosi infermieristica, logopedica, ecc.)⁽¹⁾. Al di là del fatto che la parola diagnosi è utilizzata in vari ambiti e non solo quindi dal personale medico, resta assodato che il fisioterapista non deve fare una diagnosi medica, che non è di sua competenza, ma solo una diagnosi sulla funzionalità del paziente cercando inoltre, di individuare il fattore chiave che ha condotto alla disabilità⁽²⁾.

IL PASSATO

In letteratura esistono vari articoli sulla diagnosi in fisioterapia, alcuni di questi analizzano la dimensione clinica dell'atto diagnostico, mentre altri trattano le implicazioni culturali e professionali legate a questa pratica. Nel 1975 James e Stuart⁽³⁾ hanno condotto uno studio presso due ospedali militari per valutare la praticabilità di utilizzare i fisioterapisti come clinici di primo contatto per pazienti militari con mal di schiena. I risultati di questa esperienza hanno dimostrato l'utilità di questa modalità organizzativa, evidenziando la piena soddisfazione dei pazienti, dei medici e dei fisioterapisti. Ancora nel 1983 MacKinnon⁽⁴⁾ ha pubblicato uno studio che ha valutato la competenza di un gruppo di fisioterapisti nell'utilizzare l'ecodoppler per le turbe vascolari

periferiche. I risultati di questo studio hanno supportato l'ipotesi che la valutazione ecodoppler delle malattie vascolari periferiche può essere svolta con competenza dai fisioterapisti specializzati in questa tecnica. Nello studio condotto da Greenwood et al.⁽⁵⁾ vengono presentati 5 case study tramite i quali si dimostra come, attraverso una procedura di diagnosi differenziale tra l'anca e la colonna lombare (utilizzo del test "segno del gluteo" e lo "schema capsulare" di Cyriax), si possano escludere delle patologie a carico dell'anca.

Da un punto di vista culturale invece il primo articolo sulla diagnosi del fisioterapista è stato pubblicato dalla collega Sahrman nel 1988⁽⁶⁾, la quale ha fornito la prima definizione di diagnosi: "La Diagnosi identifica la direzione primaria d'intervento del Fisioterapista. La disfunzione viene identificata dal Fisioterapista grazie alla raccolta di informazioni ottenute dalla storia del paziente, dai segni, sintomi, esami e dai test eseguiti e richiesti dal Ft." Da allora diverse pubblicazioni hanno contribuito ad approfondire quale deve essere il ruolo diagnostico del fisioterapista, quali dati oggettivi e soggettivi devono essere raccolti e come devono essere classificati i pazienti^(7,8,9,10,11,12).

Esistono inoltre vari libri in fisioterapia, così come succede in altre discipline sanitarie, che utilizzano la parola diagnosi per definire la pratica valutativa del fisioterapista, ecco alcuni esempi: "Diagnosis and treatment of movement impairment syndromes" (S. Sahrman, 2001); "Differential Diagnosis in Physical Therapy" 3rd edition. (Goodman e Snyder, 2000); "Differential Diagnosis for the Orthopedic Physical Therapist" (Meadows, 2000); "The lumbar spine. Mechanical diagnosis and therapy" (McKenzie, 1981); "The cervical and thoracic spine. Mechanical diagnosis and therapy" (McKenzie, 1990); "The human extremities: mechanical diagnosis & therapy" (McKenzie e May, 2000); "The upper limb: Mechanical Diagnosis and Therapy" (M. Laslett, 1996); "La diagnosi in Kinesiterapia" (E. Viel, 1998).

Anche da un punto di vista professionale esistono alcuni documenti che trattano il tema della diagnosi in fisioterapia. Nel report del C.P.L.K-S.L.C.P (1996)⁽¹³⁾ "Esercizio professionale del Fisioterapista in Europa" viene data questa definizione di **Diagnosi Funzionale**: "Diagnosi stabilita dal Fisioterapista, la quale fornirà le indicazioni sulle quali basare e decidere il suo programma d'intervento e le sue modalità di applicazione". Al congresso della World Confederation for Physical Therapy del 1999⁽¹⁴⁾ è stato approvato un documento che descrive quale deve essere il ruolo del fisioterapista e le sue caratteristiche professionali peculiari all'interno del sistema sanitario. Relativamente alla diagnosi del fisioterapista è stata formulata la seguente definizione: **"La diagnosi fisioterapica è il risultato del processo di ragionamento clinico che deriva dall'identificazione delle esistenti o potenziali menomazioni, limitazioni funzionali, abilità/disabilità. Lo scopo della diagnosi è di guidare il fisioterapista (Ft.) nello stabilire la prognosi e nell'identificare le strategie di intervento più appropriate, condividendo le informazioni col paziente/cliente. Nel condurre il processo diagnostico i Ft. possono richiedere ulteriori informazioni ad altri professionisti, se necessario. Se il processo diagnostico rileva dei dati che vanno al di là delle conoscenze, esperienze o competenze del Ft., questi indirizzerà il paziente/cliente ad un altro professionista"**.

Nello stesso documento si afferma che l'autonomia professionale, è finalizzata anche alla formulazione della diagnosi che indirizzerà il trattamento fisioterapico; non solo si precisa che "la diagnosi deriva dall'esame e dalla valutazione e rappresenta l'esito del processo di ragionamento clinico. Questa può essere espressa in termini di disfunzione di movimento o può comprendere categorie di menomazioni, limitazioni funzionali, abilità/disabilità o sindromi". Anche l'American Physical Therapist Association⁽¹⁵⁾ ripropone i contenuti espressi nel documento della WCPT nella loro "Guida alla pratica della fisioterapia" (**Tab. 1**) e aggiungono che mentre i medici utilizzano le loro diagnosi per identificare una malattia, un disordine o una condizione a livello della cellula, del tessuto, dell'organo o del sistema, i fisioterapisti si servono delle proprie diagnosi per identificare l'impatto di una condizione sulla funzionalità di un sistema (in particolar modo del sistema di movimento) e a livello della persona nella sua globalità.

IL PRESENTE

In Italia la prima definizione di Diagnosi Funzionale è stata introdotta nel 2001⁽¹⁶⁾ e rappresenta una sintesi di quanto è presente in letteratura: **“Il fisioterapista (Ft.) prima di iniziare il trattamento effettua una diagnosi funzionale della persona assistita. Il Ft. riconosce attraverso i dati che emergono dall’esame clinico, dall’anamnesi, dalle scale di valutazione e dalle indagini strumentali la situazione clinico-funzionale della persona assistita. Scopo della diagnosi funzionale è di identificare le menomazioni esistenti o potenziali, le limitazioni funzionali e le abilità/disabilità della persona assistita, nonché di determinare la prognosi. La diagnosi funzionale stabilita dal Ft. è il risultato del processo di ragionamento clinico e fornisce le indicazioni sulle quali basare e decidere il programma terapeutico-riabilitativo e le sue modalità di applicazione. Nell’attuazione del processo diagnostico il Ft. può richiedere ulteriori informazioni ad altri professionisti. Qualora il processo diagnostico riveli sintomi, segni clinici e risposte ai test funzionali, che non rientrano tra le competenze, le conoscenze o l’esperienza del Ft., questi indirizzerà la persona assistita ad un altro professionista”**. Nella stessa pubblicazione viene anche definito il ruolo del fisioterapista rispetto alla diagnosi differenziale: **“Lo scopo della diagnosi differenziale del fisioterapista non è quello di identificare la patologia che sottende al quadro disfunzionale del paziente, tra due o più malattie possibili, ma è quello di saper riconoscere i sintomi e i segni che abbisognano della consulenza di un altro professionista della sanità”**. Tale affermazione presa a prestito da Goodman e Snyder⁽¹⁷⁾ trova il suo fondamento nell’accesso diretto del paziente allo studio del fisioterapista, il quale deve essere in grado di saper riconoscere eventuali segni e sintomi che potrebbero rappresentare un problema di salute di pertinenza medica (o di altri professionisti) e non fisioterapica. La legislazione americana, inglese ed australiana che ha concesso ai fisioterapisti di diventare clinici di primo contatto ancora 30 anni fa, ha favorito lo studio, la ricerca e la pubblicazione di diversi articoli scientifici^(5,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27) su come identificare quei pazienti che mimano dei sintomi e segni muscoloscheletrici ma che in realtà hanno un problema di altra natura.

Nello specifico dell’area muscoloscheletrica la diagnosi differenziale significa anche saper riconoscere quale, tra le varie strutture, è quella che produce i sintomi e/o la disfunzione del paziente⁽¹⁶⁾. Quindi il fisioterapista deve saper testare tutte le strutture che potrebbero essere implicate nella genesi del dolore, al fine di individuare (differenziare) la o le strutture responsabili del disturbo.

ASPETTI EZIOLOGICI E DIAGNOSI FUNZIONALE

La procedura diagnostica del fisioterapista deve comprendere anche l’individuazione dei fattori eziologici limitatamente alle alterazioni delle performance biomeccaniche, neuromuscolari e posturali. L’esempio proposto dalla collega Sahrman⁽²⁾ descrive chiaramente quale tipo di ricerca dobbiamo effettuare quando valutiamo un paziente: “.... per esempio, un paziente con sindrome da impingement può evidenziare una postura scorretta, una articularità ridotta, una debolezza muscolare, dolore e forse anche gonfiore. Certamente il trattamento diretto verso ciascuno di questi impairments è utile, ma l’intervento più efficace è quello rivolto verso il fattore chiave che ha portato all’impingement. Secondo un sistema diagnostico basato sulle disfunzioni di movimento, che attualmente è in fase di sviluppo, si è visto che l’impingement è spesso associato ad una insufficiente rotazione verso l’alto della scapola. L’esame deve identificare i segni che determinano la sindrome e quindi la diagnosi precisa sarà **“sindrome di rotazione verso il basso della scapola”**. La correzione della disfunzione primaria, l’eccesso di rotazione verso il basso della scapola, sarà il focus del trattamento”.

DIAGNOSI FISIOTERAPICA E DIAGNOSI MEDICA

Relativamente ai rapporti con i medici deve essere chiaro che la diagnosi del fisioterapista non si pone in alcun modo in concorrenza con quella del medico, in quanto è fundamentalmente diversa. La classificazione diagnostica del fisioterapista è sostanzialmente diversa da quella del

medico perché si basa sugli impairments e le limitazioni funzionali valutate durante l'esame e non sulle origini patologiche del disturbo⁽²⁸⁾; inoltre va ricordato che la "diagnosi della patologia", fatta dal medico (es. peri-artrite scapolo-omeroale, lombalgia, cervico-brachialgia, colpo di frusta cervicale, ecc.) non è sempre esauriente per il fisioterapista in quanto, non chiarisce il livello di funzionalità del paziente^(6,29). Anche Di Fabio⁽³⁰⁾ ritiene che la maggior parte delle diagnosi mediche non forniscono sufficienti elementi per programmare l'intervento riabilitativo. Probabilmente il valore della diagnosi medica rispetto a quella del fisioterapista sta nel garantire che il paziente inviato al trattamento fisioterapico non è affetto da patologie gravi, che possono rappresentare una controindicazione alla fisioterapia (il paziente cioè non è affetto da patologie viscerali, tumorali, sistemiche, infettive o altro).

Oggi comunque sembrano essere cadute, se ancora ce n'erano, le remore della classe medica legate al ruolo diagnostico del fisioterapista; recentemente uno studio condotto in Svezia⁽³¹⁾ ha esaminato il comportamento diagnostico e terapeutico relativo ad un case study di spalla dolorosa, tra medici di base e fisioterapisti. I risultati di questo studio hanno messo in evidenza che sia i medici che i fisioterapisti hanno identificato come fonte del disturbo del paziente, la medesima struttura (cuffia dei rotatori), dimostrando così un'opinione diagnostica comune, anche se poi la terapia suggerita è stata diversa (F.A.N.S. da parte dei medici ed esercizi e consigli ergonomici da parte dei fisioterapisti). Ciò è anche una tutela del principio della libertà di scelta del cittadino, tra diverse e valide proposte terapeutiche.

DIAGNOSI FUNZIONALE E ICF

Nel 2001 la World Health Organization ha pubblicato la Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute⁽³²⁾, aggiornando e cambiando in termini più positivi la classificazione precedente. Tale documento è diventato un punto di riferimento per la fisioterapia di tutto il mondo: il metodo di lavoro proposto da questa classificazione consente di cogliere tutte le variabili del paziente e di mettere in condizioni il fisioterapista di progettare un intervento riabilitativo globale. La diagnosi fisioterapica deve comprendere cioè la rilevazione degli impairments strutturali e funzionali, l'analisi delle limitazioni delle attività e dei problemi di partecipazione sociale del paziente. L'ICF propone inoltre di considerare anche gli eventuali fattori ambientali e personali che possono giocare un ruolo significativo nel recupero del paziente. L'ICF è potenzialmente un ottimo metodo di lavoro per mettere il fisioterapista in condizioni di valutare il paziente globalmente; ad oggi comunque non è stata ancora stabilita quale sia la modalità migliore per utilizzare questo strumento nei vari ambiti d'intervento del fisioterapista. La collega Jette⁽³³⁾ sottolinea l'importanza dell'ICF affermando quanto segue: "... dobbiamo considerare l'uso dell'ICF nelle nostre dissertazioni accademiche e nella ricerca altrimenti corriamo il rischio di isolare la Fisioterapia dalle altre discipline e di isolare noi stessi dai ricercatori, dai clinici e dagli studiosi della riabilitazione di tutto il mondo".

ASPETTI CLINICI E RAGIONAMENTO CLINICO

Il processo diagnostico è caratterizzato da una anamnesi dettagliata, dall'effettuazione di tests clinici e dall'utilizzo di scale di valutazione che consentono di chiarire lo status funzionale del paziente. La formulazione di una diagnosi sulla funzionalità del paziente è quindi un'operazione che comporta un certo tempo che spesso occupa tutta la prima seduta; in casi più complessi servono anche più sedute per comprendere chiaramente quali siano le strutture responsabili del disordine e quali siano i fattori eziologici correlati. La gestione del paziente e l'analisi dei dati raccolti con l'intervista e con l'esame obiettivo passa attraverso un processo mentale che viene definito ragionamento clinico. Jones⁽³⁴⁾ sostiene che il ragionamento clinico è il processo cognitivo utilizzato nel valutare e gestire il problema del paziente. Oltre al ragionamento clinico compiuto dal fisioterapista, oggi si sottolinea l'importanza del ragionamento clinico fatto assieme al paziente⁽³⁵⁾. Tale ragionamento detto "collaborative reasoning" viene definito come "l'educazione all'approccio consensuale verso l'interpretazione dei risultati dell'esame, lo stabilire gli obiettivi e le priorità, e

l'attuazione e la progressione dell'intervento". Sembra infatti che il "ragionare in collaborazione" col paziente consenta una maggiore comprensione e partecipazione del paziente stesso alla gestione del suo problema di salute.

Da un punto di vista clinico il processo diagnostico del fisioterapista deve ottenere tutte le informazioni possibili relativamente alle seguenti categorie di ipotesi⁽³⁶⁾:

- 1) Attività/restrizione (abilità e difficoltà che un individuo può avere nell'eseguire delle attività) e Partecipazione/restrizione (abilità e problemi che un individuo può avere nel coinvolgimento nelle situazioni della vita: cura della famiglia, sport, lavoro, ecc.)
- 2) Prospettiva del paziente sulla propria esperienza
- 3) Meccanismi patobiologici (meccanismi di guarigione tissutale, e meccanismi del dolore)
- 4) Menomazioni fisiche e strutture/tessuti lese ad esse associate
- 5) Fattori contribuenti allo sviluppo e al mantenimento del problema
- 6) Precauzioni e controindicazioni all'esame fisico e al trattamento
- 7) Gestione e trattamento
- 8) Prognosi

L'approfondimento di queste categorie d'ipotesi consente di capire globalmente i problemi del paziente e di identificare le strategie più appropriate per la loro gestione.

Prima di eseguire ed interpretare i tests clinici bisogna chiedersi inoltre perché quel determinato test deve essere eseguito⁽²⁸⁾. I tests clinici praticati dai fisioterapisti hanno infatti scopi diversi:

- 1) esaminare lo status di una struttura anatomica (es. Thompson Test che valuta l'integrità del tendine d'Achille);
- 2) includere o escludere certe regioni anatomiche da ulteriori analisi (es. Spurling test per differenziare se il dolore alla spalla può provenire dal collo);
- 3) scoprire condizioni cliniche non appropriate alla fisioterapia (es. anamnesi di dolore notturno e perdita di peso potrebbero deporre a favore di patologie più gravi);
- 4) il risultato di certi tests clinici, singolarmente o in combinazione con altri risultati, indica il tipo di trattamento più appropriato (es. la diminuzione del dolore in un paziente con cervicobrachialgia tramite il test di distrazione del collo, indica una possibile tecnica terapeutica per il paziente).

LE CATEGORIE DIAGNOSTICHE

Sahrmann⁽⁶⁾ ritiene fondamentale che il Fisioterapista diventi un diagnosta. La collega afferma che fare diagnosi è necessario per arrivare a formulare delle categorie diagnostiche, all'interno delle quali inserire le disfunzioni dei vari apparati. Tali categorie diagnostiche servono per diversi motivi: a) come mezzo di comunicazione tra colleghi e pazienti circa le situazioni che richiedono l'intervento del fisioterapista; b) per definire e classificare lo stato morboso, in base alla quale formulare il piano di trattamento e la prognosi; c) per creare delle categorie disfunzionali, verso le quali sia possibile indirizzare la ricerca. Quindi lo sviluppo di categorie diagnostiche promuoverebbe un'ottimizzazione delle procedure diagnostiche, della terapeutica, della prognosi e favorirebbe lo sviluppo della ricerca in riabilitazione.

Relativamente alla diagnostica e alla classificazione delle patologie, ci sono state due correnti di pensiero in medicina⁽³⁷⁾:

l'essenzialismo: che comporta la conoscenza della malattia e della sua eziologia. Diagnosi ed eziologia sono sinonimi. Il trattamento consiste nell'eliminare o modificare l'agente eziologico (es. la diagnosi di artrite gottosa implica immediatamente anche il fattore eziologico correlato a tale patologia).

Il nominalismo: descrizione dell'insieme dei segni e dei sintomi che rappresentano la malattia, senza conoscerne la causa (es. la diagnosi di fibromialgia fa intendere immediatamente quali sono le caratteristiche cliniche di questi pazienti anche se i fattori eziologici di tale sindrome non sono stati ancora riconosciuti in modo certo).

Se andiamo ad analizzare ora la tipologia diagnostica presente attualmente in fisioterapia, possiamo riscontrare l'esistenza sia di categorie diagnostiche "nominalistiche" che "essenzialistiche".

All'interno della "Guide To Physical Therapist Practice"⁽¹⁵⁾ troviamo ad esempio i "Preferred Practice Patterns" per ogni area principale in cui interviene il fisioterapista (Area Muscoloscheletrica, Area Neuromuscolare, Area Cardiovascolare/Polmonare, Area Tegumentaria), che raccolgono tutte le diagnosi di tipo nominalistico codificate dall'American Physical Therapy Association. Questa classificazione diagnostica è basata sugli impairments, le limitazioni funzionali e le disabilità che caratterizzano ciascun quadro clinico.

Nel libro "Diagnosis and treatment of movement impairment syndromes", la collega Sahrman⁽³⁸⁾ propone invece delle "diagnosi essenzialistiche" per i distretti lombare, coxo-femorale e il cingolo scapolo-omerale. Queste categorie diagnostiche oltre a descrivere le caratteristiche cliniche specifiche per ciascuna disfunzione, identificano anche il fattore eziologico che ha determinato il disturbo. Ad esempio la diagnosi di "Shoulder medial rotation syndrome" definisce immediatamente che il dolore alla spalla è dovuto ad una eccessiva rotazione mediale o insufficiente rotazione laterale durante l'elevazione del braccio. Quindi in questo caso il trattamento consisterà nell'allungare i rotatori mediali e rinforzare i rotatori laterali.

Pur essendoci dei punti in comune, la storia della nostra classificazione diagnostica rispetto a quella dei medici è ovviamente più breve e meno esperita; attorno a queste tematiche recentemente alcuni autori hanno fornito dei significativi contributi che hanno arricchito ulteriormente la discussione. O' Sullivan⁽³⁹⁾ afferma che un sistema diagnostico efficace deve essere multidimensionale e comprendere gli aspetti patoanatomici e psicosociali nonché gli impairments. Inoltre devono essere definiti gli stadi evolutivi del disordine. Moffat⁽⁴⁰⁾ invece ritiene che il sistema di classificazione si deve basare sugli impairments e su tutte le informazioni utili, che emergono dall'esame e dalla valutazione, per indirizzare il trattamento. Zimny⁽⁴¹⁾ sottolinea che le classificazioni diagnostiche attualmente usate e descritte in Fisioterapia, sia di tipo essenzialistico che nominalistico, hanno entrambe lo scopo di guidare l'intervento fisioterapico

Norton⁽⁴²⁾ conclude che la nostra professione ha appena iniziato il processo di sviluppo di sistemi per classificare i disordini che affliggono i nostri pazienti. Quindi non dobbiamo pensare di aver finito ma al contrario dobbiamo mantenere il dialogo aperto e vivo.

FUTURO

Uno degli obiettivi più importanti da raggiungere nel prossimo futuro è certamente quello di sostanziare con un numero maggiore di evidenze la nostra pratica diagnostica. Delitto⁽⁴³⁾ afferma che è necessario familiarizzare di più con la metodologia della ricerca e della statistica inerente la valutazione dei processi diagnostici. Attualmente infatti c'è uno sbilanciamento verso la ricerca di efficacia dei trattamenti, senza aver prima determinato la validità delle classificazioni diagnostiche su cui queste ricerche si basano.

Bisogna quindi allargare la ricerca sulla validità e sulla affidabilità degli strumenti di misurazione a tutte quelle procedure diagnostiche comunemente utilizzate e che ancora non hanno avuto una conferma scientifica definitiva.

Non solo è importante sviluppare la capacità di leggere e interpretare la letteratura scientifica inerente i test diagnostici, se vogliamo diventare veramente competenti ed aggiornati nella diagnosi clinica. Tale obiettivo deve essere perseguito sia a livello universitario, durante la formazione di base degli studenti, che a livello di formazione permanente con i professionisti che lavorano sui pazienti. In altri termini l'obbligo di integrare la pratica terapeutica con le prove di efficacia, così come prevede l'EBM, deve essere esteso anche alla pratica diagnostica.

Un secondo aspetto da considerare è la ricerca sperimentale di nuovi modelli organizzativi per la sanità pubblica, in cui i fisioterapisti siano impiegati come clinici di primo contatto, con la prerogativa di ordinare le indagini strumentali. Tale esperienza ha già assunto un certo rilievo nella realtà britannica⁽⁴⁴⁾ e nell'esercito degli Stati Uniti d'America⁽⁴⁵⁾. Nel Regno Unito in diversi ospedali ci sono dei fisioterapisti (di solito specializzati in Fisioterapia Manipolativa) che sono impiegati come clinici di primo contatto per visitare i pazienti affetti da disordini muscoloscheletrici. Tali colleghi oltre a fare una diagnosi funzionale e a stendere un progetto

riabilitativo, possono decidere a quale specialista inviare eventualmente il paziente e possono richiedere le indagini strumentali quali la TAC, RMN, RX e gli esami del sangue. In America invece i Fisioterapisti che lavorano per l'esercito possono prescrivere la diagnostica per immagini (TAC, RMN, Radiografie), l'astensione dal lavoro per 30 giorni e inviare i pazienti a qualsiasi medico specialista, oltre ovviamente a visitare e trattare direttamente i pazienti. Quest'ultima esperienza inoltre ha dimostrato di poter ridurre il numero di indagini radiologiche fino al 50%. Analizzando la letteratura internazionale si possono trovare alcune prove di efficacia rispetto all'utilizzo dei fisioterapisti con l'accesso diretto all'interno del servizio sanitario nazionale. Daker-White⁽⁴⁶⁾ hanno condotto il primo studio clinico controllato e randomizzato per verificare l'efficacia di utilizzare un gruppo di fisioterapisti (specialisti in clinica ortopedica: PT, OCS), rispetto ad un gruppo di ortopedici, nella valutazione e gestione di pazienti con disturbi muscoloscheletrici. I risultati di questa ricerca, condotta presso due reparti di ortopedia, hanno dimostrato che non ci sono differenze di outcomes tra i pazienti gestiti dai fisioterapisti e dagli ortopedici; non solo, è emerso anche che la gestione dei pazienti da parte dei fisioterapisti è stata più cost-effective, in quanto sono state prescritte un numero inferiore di radiografie. Un'altra recente ricerca⁽⁴⁷⁾ condotta in un reparto di emergenza e infortunio (E&I), ha valutato l'efficacia dell'introduzione di un fisioterapista con un campo d'azione allargato, nella gestione delle lesioni dei tessuti molli del ginocchio. Le conclusioni di questo studio riportano che un fisioterapista con una estensione delle proprie prerogative rappresenta una risorsa di valore nel reparto di E&I. Questa esperienza cioè consente un miglioramento della qualità di cura delle lesioni acute di ginocchio, fa risparmiare tempo ai medici e facilita la cooperazione tra i servizi del S.S.N.

CONCLUSIONI

Quali membri di una comunità scientifica mondiale abbiamo il dovere come fisioterapisti italiani di condividere le conoscenze ed il linguaggio professionale presente a livello internazionale. L'utilizzo in fisioterapia dei termini diagnosi e diagnosi differenziale è ormai consolidato da parecchi anni all'estero: questa realtà impone a tutti di lavorare responsabilmente per diffondere e far assimilare questi concetti anche qui nel nostro paese. Va ricordato che la competenza riconosciuta al fisioterapista di effettuare procedure di valutazione funzionale dalla legge 251/00 e che trova estrinsecazione nella formulazione di una diagnosi funzionale e di una diagnosi differenziale, deve trovare maggiore applicazione rispetto a quanto è stato fatto finora. Alcuni punti per concludere.

La diagnosi funzionale del fisioterapista è un atto professionale indispensabile per la stesura del progetto riabilitativo e questo deve essere riconosciuto non solo nella sanità privata ma anche nel servizio sanitario pubblico (questa prestazione deve essere adeguatamente riconosciuta e tariffata).

In ambito universitario va posta maggiore enfasi nell'ordinamento didattico sulla Diagnosi Differenziale e Funzionale. Tenuto conto dell'attuale autonomia e responsabilità del fisioterapista è assolutamente importante che il corso di laurea fornisca tutte quelle nozioni utili per poter valutare il paziente sapendo riconoscere quando questi deve essere inviato ad un altro professionista.

E' necessario promuovere maggiormente, sia attraverso la formazione universitaria che quella permanente, l'utilizzo di procedure diagnostiche che siano basate sulle prove di efficacia, al fine di garantire dei percorsi valutativi scientifici e sicuri per i nostri pazienti

La ricerca sulle categorie diagnostiche in Fisioterapia rappresenta una dimensione della nostra condotta professionale verso cui tutti si devono sentire coinvolti: università, ospedali, liberi professionisti e A.I.FI.

La ricerca sull'efficacia di nuovi modelli organizzativi professionali consentirà di espandere il ruolo diagnostico dei fisioterapisti dipendenti, migliorando la credibilità della nostra professione presso il mondo medico e sociale.

Bibliografia

- 1) MCFARLAND, MCFARLANE. Procedure Diagnostiche per infermieri e protocolli. Biblioteca di Scienze Infermieristiche.
- 2) SAHRMANN S. Commentaries. Diagnosis and treatment in physical therapy: an investigation of their relationship. J. Dekker et al. Physical Therapy 1993; 73, 9.
- 3) JAMES JJ, STUART RB. Expanded role for the physical therapist. Screening musculoskeletal disorders. Phys Ther. 1975 Feb;55(2):121-31.
- 4) MACKINNON JL. Study of Doppler ultrasonic peripheral vascular assessments performed by physical therapists. Phys Ther. 1983 Jan;63(1):30-4.
- 5) GREENWOOD MJ, ERHARD RE, JONES DL. Differential diagnosis of the hip vs. lumbar spine: five case reports. J Orthop Sports Phys Ther. 1998 Apr;27(4):308-15.
- 6) SAHRMANN SA. Diagnosis by the Physical Therapist: a prerequisite for treatment. Physical Therapy- November 1988;Vol 68:n°11, 1703-1706.
- 7) DEKKER J., ET AL. Diagnosis and treatment in physical therapy : an investigation of their relationship. Phys Ther Vol. 73, n° 9; 1993.
- 8) DELITTO A., SNYDER-MACKLER L. The diagnostic process. Examples in orthopedic physical therapy. Phys Ther Vol. 75, n° 3; march 1995.
- 9) GUCCIONE A.A. Physical Therapy diagnosis and the relationship between impairments and function. Phys Ther Vol. 71, n° 7, July 1991.
- 10) JETTE A.M. Diagnosis and classification by physical therapist: a special communication. Phys Ther Vol.69, n° 11, 1989.
- 11) ROSE S.J. Physical Therapy diagnosis: role and function. Phys Ther Vol.69, n° 7, 1989.
- 12) ROTHSTEIN J.M. Patient classification. Editor's note. Phys Ther Vol. 73, n° 4, april 1993.
- 13) C.P.L.K.-S.L.C.P. The Practice of Physiotherapy in the European Union: glossario. Francia: Spek ed., Settembre 1996.
- 14) WCPT (World Confederation for Physical Therapy). Description of physical Therapy (1999).
- 15) APTA (American Physical Therapy Association). Guide to Physical Therapy Practice.2nd edition. Physical Therapy Vol. 81, n° 1; jan 2001.
- 16) CASONATO OSCAR. Dall'autonomia alla diagnosi funzionale e differenziale del fisioterapista. Riabilitazione Oggi Anno XVIII, n° 9; novembre 2001.
- 17) GOODMAN CC, SNYDER TK. Differential diagnosis in Physical Therapy, 3rd edition WB Saunders Company; 2000.
- 18) BAXTER RE, MOORE JH. Diagnosis and treatment for acute exertional rhabdomyolysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2003; 33 (3): 104-108.
- 19) BOEGLIN ER. Vertebral osteomyelitis presenting as lumbar dysfunction: a case study. J Orthop Sports Phys Ther. 1995; 22 (6): 267-271.
- 20) BOISSONNAULT W, THEIN-NISSENBAUM J. Differential diagnosis of a sacral stress fracture. J Orthop Sports Phys Ther. 2002; 32 (12): 613-621.
- 21) COSTANTINOU M, VICENZINO B. Differential diagnosis of a soft tissue mass in the calf. J Orthop Sports Phys Ther. 2005; 35 (2): 88-94.
- 22) GOSS DL, ET AL. Identification of a Fibular Fracture in an Intercollegiate Football Player in a Physical Therapy Setting. J Orthop Sports Phys Ther. 2004; 34 (4): 182-186.
- 23) LASLETT. M. Bilateral buttock pain caused by aortic stenosis: a case report of claudication of the buttock. Manual Therapy 2000; 5 (4), 227-233.
- 24) GRAY JC. Diagnosis of intermittent vascular claudication in a patient with a diagnosis of sciatica. Phys Ther. 1999; 79 (6):582-590.
- 25) JONES DL, ERHARD RE. Diagnosis of trochanteric bursitis versus femoral neck stress fracture. Phys Ther. 1997; 77 (1):58-67.
- 26) WALSH RM, SADOWSKI GE. Systemic disease mimicking musculoskeletal dysfunction: a case report involving referred shoulder pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2001; 31 (12): 696-701.
- 27) WALSWORTH MK, ET AL. Diagnosing suprascapular neurophaty in patients with shoulder dysfunction: a report of 5 cases. Phys Ther. 2004; 84 (4): 359-372.

- 28) FRITZ JM. Evidence-Based examination of diagnostic information. In: Primary care for the physical therapist, examination and triage. Boissonnault WG. Elsevier Saunders, 2005.
- 29) MAY B.J., DENNIS J.K. Expert decision making in physical therapy: a survey of practitioners. Physical therapy Vol. 71, n° 3; march 1991.
- 30) DI FABIO RP, Secret of diagnosis. J Orthop Sports Phys Ther. 1999; 29 (9): 504-505.
- 31) JOHANSSON K., ET AL. Attitudes toward management of patients with subacromial pain in Swedish primary care. Family Practice Vol. 16, n° 3; 1999.
- 32) WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva, Switzerland.
- 33) JETTE AM. The changing language of disablement (Editor's Note). Physical Therapy Vol. 85, n°2; Feb 2005.
- 34) JONES MA. Clinical Reasoning in Manual Therapy. Phys Ther. 1992; 72:875-884.
- 35) EDWARDS ET AL. Clinical Reasoning strategies in physical therapy. Physical Therapy . Volume 84 . Number 4 . April 2004.
- 36) JONES MA, RIVETT DA. Clinical Reasoning for manual therapists. Butterworth-Heinemann; 2004.
- 37) ZIMMY NJ. Diagnostic classification and orthopaedic physical therapy practice: what we can learn from medicine. J Orthop Sports Phys Ther. 2004; 34 (3): 105-109.
- 38) SAHRMANN S. Diagnosis and treatment of movement impairment syndromes. Mosby; 2002.
- 39) O' SULLIVAN P. Invited commentary. J Orthop Sports Phys Ther. 2004; 34 (3): 110-111.
- 40) MOFFAT M. Invited commentary. J Orthop Sports Phys Ther. 2004; 34 (3): 111-113.
- 41) ZIMMY NJ. Author's response. J Orthop Sports Phys Ther. 2004; 34 (3): 114-115.
- 42) NORTON BJ. Focus on Diagnosis. J Orthop Sports Phys Ther. 2004; 34 (3): 103-104.
- 43) DELITTO A. Invited commentary. J Orthop Sports Phys Ther. 2004; 34 (3): 113-114.
- 44) DURRELL S. Expanding the scope of physiotherapy: clinical physiotherapy specialists in consultants' clinics. Manual Therapy 1996, 1 (4), 210-213.
- 45) GREATHOUSE DG, SCHRECK RC, BENSON CJ. The United States Army physical therapy experience: evaluation and treatment of patients with neuromusculoskeletal disorders. J Orthop Sports Phys Ther. 1994 May;19(5):261-6.
- 46) DAKER-WHITE G, AJ CARR, I HARVEY, G WOOLHEAD, G BANNISTER, I NELSON AND M KAMMERLING. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. J. Epidemiol. Community Health 1999;53;643-650.
- 47) JIBUIKE OO, PAUL-TAYLOR G, MAULVI S, RICHMOND P, FAIRCLOUGH J. Management of soft tissue knee injuries in an accident and emergency department: the effect of the introduction of a physiotherapy practitioner. Emerg Med J. 2003 Jan;20(1):37-9.

Tab. 1

Figure 1. The Elements of Patient/Client Management Leading to Optimal Outcomes

