

## IL RAGIONAMENTO CLINICO ("CLINICAL REASONING") E L'ICF IN FISIOTERAPIA: CHE COSA SONO?

L. Scascighini, G. Capra, B. Erdmann, M. Barbero

Il sistema sanitario svizzero è mutato sull'arco degli ultimi decenni in maniera considerevole portando con sé molteplici interrogativi e nuove sfide. La fisioterapia è di conseguenza confrontata con nuove aspettative da parte del medico curante come pure del paziente. L'obiettivo di quest'articolo è quello di offrire al lettore una visione aggiornata della presa a carico fisioterapica, evidenziando il processo di ragionamento clinico ("clinical reasoning") inteso come competenza analitico-interpretativa nella valutazione e nel trattamento del paziente<sup>1,2</sup> e la "Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" ("International Classification of Functioning, Disabilities and Health"), sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>3</sup>, come aspetti cardinali della pratica fisioterapica.

Per entrare in materia, presentiamo un caso concreto che ci permette di illustrare e discutere i punti salienti dell'intervento fisioterapico mettendo in risalto i nuovi elementi professionalizzanti principali occorsi negli ultimi anni.

*"(...) Sono le 8.00 di mattina, nella sala d'attesa si presenta una signora con in mano la prescrizione del suo medico curante, sulla quale viene menzio-*

*nata la diagnosi medica di St. dopo decompressione sotto-acromiale avvenuta una settimana prima. L'obiettivo è quello di recuperare la funzione articolare e alleviare la sintomatologia. La paziente non è mai stata in fisioterapia e la sua conoscenza in merito alla fisioterapia è scarsa, cioè non sa che cosa aspettarsi. Il fisioterapista, dopo essersi presentato, svolge una valutazione anamnestica ed una valutazione clinico-funzionale con la finalità di inquadrare la situazione clinica e proporre un piano di trattamento che permetta di raggiungere nel modo più mirato gli obiettivi negoziati con la paziente. In seguito, il fisioterapista esegue un primo trattamento e istruisce la paziente per quanto riguardano i primi movimenti da eseguire per favorire un recupero ed un ripristino della funzionalità durante le attività della vita quotidiana. Dopo alcuni giorni la paziente si ripresenta in studio, mostrando al fisioterapista gli esercizi che ha eseguito a domicilio. (...)"*

Prendendo spunto da questo caso clinico, si evincono diverse tematiche legate alla presa a carico fisioterapica, che avviene secondo la seguente sequenza: valutazione, trattamento e rivalutazione. La circolarità di questo processo permette al fisioterapista di adattare continuamente il trattamento secondo il decorso e le esigenze del paziente.

La Conferenza mondiale della fisioterapia (WCPT) definisce la disciplina della fisioterapia come "un servizio per individui o gruppi di individui con l'obiettivo di mantenere, recuperare e sviluppare le capacità funzionali durante tutto l'arco della vita"<sup>4</sup>.

Le dimensioni principali della pratica fisioterapica sono sostanzialmente quattro, ossia: (1) la conoscenza, intesa come un costrutto multidimensionale ed orientato al paziente; (2) il ragionamento clinico, quale processo collaborativo e riflessivo; (3) il movimento, centrato sulla funzionalità del-

la persona; (4) le virtù professionali riferite alla dedizione e cura del paziente ("commitment")<sup>5</sup>.

Dal caso esposto emerge con chiarezza l'importanza di un recupero funzionale dopo un intervento chirurgico. Il ritorno all'attività e l'acquisizione di un livello d'autonomia personale rappresentano generalmente gli obiettivi primari della riabilitazione. In alcuni casi, tali obiettivi risultano essere più difficilmente o non raggiungibili in seguito ad una patologia sottostante e alla disponibilità di risorse individuali e sociali. Per individuare e determinare il livello di funzionalità in seguito ad un intervento chirurgico o altri trattamenti medicali, nella fisioterapia (unitamente all'area della riabilitazione muscolo-scheletrica, neurologica e inter-nistica) si fa riferimento allo strumento di classificazione riconosciuto internazionalmente denominato ICF ("International Classification of Functioning, Disabilities and Health")<sup>3</sup>.

Questo modello costituisce uno dei paradigmi di riferimento in ambito socio-sanitario e rappresenta dunque un elemento centrale della presa a carico del paziente. Il modello ICF si propone, come obiettivo primario, quello di permettere alle diverse discipline coinvolte nella gestione di pazienti con problemi di salute di utilizzare un linguaggio comune ed unificato per facilitare la comunicazione attorno alla tematica della salute e dell'assistenza sanitaria.

Inoltre questa classificazione trova un'applicazione concreta nella quantificazione, nell'analisi dell'utilizzo e allocazione di risorse umane. La capacità di funzionare in un ambiente e il livello di capacità di realizzare attività funzionali vengono considerati come basi centrali nella riabilitazione<sup>6</sup>. Facendo nuovamente riferimento al caso della paziente operata alla spalla, appare evidente che un intervento chirurgico comporta una limitazione delle attività, in parte dovuta ai tempi di guarigione, al protocollo post-opera-

torio ma anche all'incapacità funzionale. Ad es. per la paziente in questione risulterà presumibilmente difficoltoso svolgere attività legate alla vita quotidiana (AVQ), quali la cura della propria persona e lo svolgimento ad esempio delle faccende domestiche. Il movimento e la capacità funzionale vanno messi in relazione per l'appunto al modello dell'ICF, il quale postula un'interazione mutuale tra la menomazione ("impairment") strutturale e/o funzionale, il livello di attività e di partecipazione, considerando aspetti contestuali, ovvero fattori personali (attitudini, comportamenti, caratteristiche socio-demografiche) e fattori ambientali. Il funzionamento e la disabilità di una persona vengono ritenuti risultato di molteplici interazioni tra le condizioni di salute di una persona ed i fattori contestuali<sup>3</sup>.

A differenza della precedente classificazione ("International classification of impairments, disabilities and handicap", ICIDH), l'ICF analizza le tematiche della salute e della disabilità da un punto di vista innovativo; le conseguenze di una malattia vengono considerate diversamente, si dà più importanza alle "componenti della salute", intese come "fattori fondamentali e costitutivi della salute e del benessere"<sup>7</sup>. Nella pratica clinica l'ICF permette di delineare le componenti funzionali, anche grazie all'utilizzo congiunto della classificazione delle diagnosi ICD-10 ("International classification of diseases-10")<sup>8</sup>.

Il termine "Funzionamento" fa riferimento a tutte le funzioni del corpo, alle attività (l'esecuzione di un compito, una mansione da parte di una persona) ed alla partecipazione, intesa come il coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita quotidiana, ad esempio andare a lavorare, occuparsi della famiglia, gestire il tempo libero. In presenza di una medesima patologia ogni paziente può presentare livelli di funzionamento diversi, così come differenti condizioni di salute possono a lo-

ro volta essere associate a livelli di funzionamento simili. Questa considerazione mette in evidenza il fatto che l'ICF non ricopre l'obiettivo di sondare o classificare l'eziologia di una determinata malattia, bensì quello di fornire una visione d'insieme da un punto di vista qualitativo e quantitativo della funzionalità, dell'attività e della partecipazione dell'individuo<sup>7</sup>.

Per "Disabilità" si intende una limitazione o perdita della capacità di compiere delle attività e di partecipare attivamente all'interno del contesto socio-culturale, in seguito a menomazioni strutturali e funzionali corporee<sup>7</sup>. Essa è caratterizzata da un andamento progressivo o regressivo, transitorio o permanente, reversibile o irreversibile. Nel caso della Signora summenzionata, si può ipotizzare che le disabilità rilevate nella fase di valutazione, abbiano un carattere transitorio e reversibile. Tale stato di salute è fortemente condizionato dalla riuscita dell'intervento riabilitativo nella sua totalità.

La condizione di salute unitamente alla partecipazione ed al coinvolgimento alla vita sociale può venire influenzata positivamente o negativamente da una molteplicità di fattori, tra i quali i fattori ambientali (attitudini sociali, barriere architettoniche, strutture legali e sociali, clima e territorio) ed i fattori personali (sesso, età, pensieri e credenze legati al futuro, sentimenti/emozioni, strategie di "coping", percezione individuale di salute e di malattia, formazione, modelli di comportamento, aspetti culturali ed esperienze pregresse). Rundell et al. afferma che il modello ICF possa contribuire favorevolmente ad una pratica riflessiva nei fisioterapisti in quanto l'implementazione di esso comporta una maggiore considerazione degli aspetti contestuali, con un approccio globale e olistico del paziente<sup>9</sup>.

La fisioterapia è un lavoro durante il quale i professionisti assumono svariati ruoli; accompagnano, guidano, insegnano e consigliano i pazienti nel pro-

cesso della riabilitazione di disfunzioni motorie. In questo processo l'anamnesi e il ragionamento clinico formano un'unità inscindibile con l'intervento terapeutico.

Il lavoro con pazienti con problemi muscolo-scheletrici, sportivi, neurologici, oncologici, cardiocircolatori o nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, richiede da parte dei fisioterapisti un'analisi scrupolosa di tutti gli aspetti che potenzialmente contribuiscono al benessere ed alla salute del paziente. Sebbene i fisioterapisti spesso vengono percepiti dall'opinione pubblica e da altri operatori sanitari come professionisti con competenze legate ad aspetti fisici, un orientamento ed una considerazione di elementi legati alla sfera sociale e psicologica in accordo con il modello bio-psico-sociale è assolutamente imprescindibile<sup>10,11</sup>.

La presa a carico da parte di un fisioterapista di un paziente prevede inizialmente un'osservazione accurata ed un'attenzione particolare ai segnali mostrati dal paziente attraverso comportamenti, atteggiamenti, messaggi verbali o non verbali. Queste informazioni preliminari vengono considerate nel loro insieme per sviluppare in seguito delle ipotesi, delle interpretazioni riguardanti una possibilità d'intervento. La generazione di ipotesi di lavoro si basa sulla combinazione di interpretazioni di dati raccolti durante l'anamnesi e l'esame clinico, specifici al caso, e sulla loro sintesi.

Tutti i fisioterapisti sviluppano una sorta di "routine" nel loro modo di esaminare il paziente. Attraverso la formazione professionale e l'esperienza clinica, imparano ad identificare e suddividere in categorie le informazioni che ricevono con l'obiettivo di sintetizzare quelle più rilevanti per decidere e gestire la forma d'intervento adeguata alla situazione. Le ipotesi iniziali vengono verificate attraverso domande e/o test di conferma/smentita specifici per ogni pa-

ziente, analogamente al processo diagnostico medico.

Grazie ad un ragionamento clinico, orientato alla formulazione d'ipotesi, il fisioterapista è messo nella condizione di acquisire una visione d'insieme approfondita della problematica del paziente. Nel caso in cui non si riesca ad individuare le cause del problema e i fattori concomitanti del paziente, le ipotesi iniziali vengono riconsiderate, lasciando spazio a nuove ipotesi e a nuove interpretazioni. La generazione di ipotesi ed i vari test valutativi vengono reiterati finché il fisioterapista dispone di sufficienti informazioni per impostare un piano di trattamento pertinente ed adeguato alla situazione clinica. Nel nostro caso, si tratterà in primo luogo di definire le limitazioni funzionali, le limitazioni in termini d'attività (i gesti che sono difficoltosi e/o dolorosi per la paziente) e di comprendere quali sono le ripercussioni in termini di partecipazione. Le conoscenze e riflessioni sui processi pato-biologici e lo stadio di guarigione dei tessuti (tempo passato dall'intervento) determineranno le precauzioni da prendere nell'impostazione del trattamento. L'esperienza soggettiva della paziente e il suo vissuto rispetto alla malattia determineranno anch'essi la scelta dei provvedimenti.

Il processo di ragionamento clinico continua durante tutta la fase di terapia con il paziente. Un riesame o nuovo accertamento può da una parte confermare le ipotesi iniziali ed essere di conferma per capire che il trattamento intrapreso è corretto; d'altro canto può segnalare la necessità di modificare le ipotesi considerate fino a tale momento attraverso la raccolta di ulteriori informazioni e chiarimenti legati al problema.

Tanto importanti quanto i ragionamenti del fisioterapista sono i pensieri dei pazienti rispetto ai loro problemi e le rispettive spiegazioni della causa di un sintomo. I pazienti sviluppano delle

proprie interpretazioni sulla natura del loro disagio, le quali possono modificarsi in base alle loro esperienze personali e da ciò che medico, familiari e amici esprimono in proposito. In alcuni studi scientifici è stato riscontrato che l'attribuzione soggettiva di un paziente riguardante il proprio problema clinico influisce significativamente sulla capacità di tolleranza del dolore, sulla sua disabilità così come sul risultato finale del trattamento<sup>12,13</sup>. Credenze e sentimenti negativi possono dimostrarsi contro-produttivi per un recupero e causare una mancanza di coinvolgimento da parte del paziente nel processo di guarigione, associata a bassa auto-efficacia ("self-efficacy"). Se la nostra paziente ha sentito da una conoscente che muovere la spalla dopo un intervento alla spalla è doloroso, sarà poco motivata ad eseguire esercizi di mobilizzazione a casa e assumerà probabilmente un ruolo più passivo. Contrariamente, i pazienti che sono stati coinvolti nel processo decisionale, si mostrano solitamente maggiormente responsabili nella gestione e svolgimento del trattamento, raggiungendo di conseguenza risultati migliori<sup>14</sup>. Ne consegue un aspetto fondamentale nella gestione del paziente, ossia che l'autoefficacia ed il sentimento di responsabilità riguardo alla propria terapia possono venire incrementati tramite un percorso di ragionamento, collaborazione e cooperazione tra medico, fisioterapista e paziente.

Attraverso un processo di valutazione della comprensione del paziente, dei sentimenti che prova in rapporto al proprio dolore, ai propri problemi e mediante un'adeguata spiegazione, rassicurazione e coinvolgimento nel prendere decisioni, paziente e terapeuta sviluppano insieme un piano d'azione comune. La responsabilità viene condivisa tra terapeuta e paziente; ciò dà la possibilità al paziente di percepirsi protagonista attivo nella gestione e risultato dell'intervento. Se al paziente viene data la possibilità di raccontare la

propria storia invece di rispondere semplicemente a delle domande, il fisioterapista può prendere nota di tutte le caratteristiche personali correlate (ad es. ciò che per una persona può essere ritenuto fattore di stress per un'altra può non esserlo) e prendere consapevolezza della varietà di interazioni tra salute, cognizione, comportamento, movimento e dolore. È importante quindi che il fisioterapista mantenga una riflessione continua sulle sue ipotesi di lavoro e sugli effetti dell'intervento con la finalità di convalidare i propri schemi clinici ("clinical patterns"). Il *modus operandi* descritto diventa essenziale in situazioni critiche o nel momento in cui si deve valutare il rischio potenziale di una certa misura terapeutica, come nell'esempio del "clinical assessment" dell'insufficienza vertebro-basilar<sup>15</sup>.

In uno studio qualitativo condotto su fisioterapisti specializzati in ambito muscolo-scheletrico con l'obiettivo di investigare i processi di ragionamento clinico nelle presentazioni cliniche più comuni di dolore e determinare come questo ragionamento influisca sulla scelta del trattamento, emerge che i fisioterapisti in questo studio adottano un approccio olistico, multidimensionale sia nei confronti dell'interpretazione dei sintomi riferiti dal paziente che nella formulazione della prognosi e nella scelta dei provvedimenti riabilitativi<sup>16</sup>.

In un editoriale di una rivista scientifica rinomata in ambito riabilitativo, viene dichiarato che il riconoscimento dell'eterogeneità delle situazioni cliniche, dei molteplici fattori modulanti, delle diverse cause, ha infervorato la ricerca scientifica ad identificare e classificare gruppi di pazienti con affinità nella presentazione clinica<sup>17</sup>. Inoltre, nello stesso editoriale, si accenna al fatto che l'evidenza scientifica possa perdere di consistenza nel caso il ragionamento clinico venga a mancare<sup>17</sup>. Queste constatazioni mettono ulteriormente in risalto l'importanza di un

processo di ragionamento clinico realizzato dai fisioterapisti, sebbene una diagnosi medica costituisca una parte integrale della presa a carico fisioterapica.

Il processo di ragionamento clinico in fisioterapia è complesso. Devono venire prese decisioni sulle possibili cause del problema, sulle strategie di trattamento ottimali e sull'integrazione attiva del paziente nel processo. Una solida base di conoscenze biomediche, umanistiche, sociali, lo influenza in modo importante. Le conoscenze richieste non sono da ritenersi solo teoriche, ma anche personali e disciplinari. Queste ultime due forme di conoscenza sono decisive nei processi di "clinical decision making"<sup>18</sup>.

Un ulteriore elemento aggiuntosi di recente nei processi decisionali clinici del fisioterapista è certamente l'Evidence Based Practice (EBP), movimento che a partire dagli anni ottanta ha rivoluzionato la medicina. Tre sono gli elementi considerati essenziali nella pratica basata sulle evidenze: aspettative del

paziente, esperienza clinica e conoscenze dei migliori interventi disponibili<sup>19</sup>. L'efficacia del trattamento riabilitativo è ormai un elemento dal quale non può prescindere il fisioterapista. Molti sono stati gli sforzi da parte di associazioni professionali, Università e Scuole Universitarie Professionali per sensibilizzare i fisioterapisti nei confronti della ricerca clinica. La disponibilità di numerosi lavori che indicano l'efficacia dell'intervento riabilitativo nei confronti delle disabilità motorie e delle sindromi dolorose ha sicuramente concorso a consolidare ed affermare il ruolo del fisioterapista nei sistemi sanitari di tutto il mondo.

Un importante testimone dell'integrazione nella professione della pratica basata sulle evidenze è il database PEDro (Physiotherapy Evidence Database). Il progetto lanciato nell'ottobre del 1999 aveva come obiettivo quello di supportare l'approccio basato sulle evidenze sia nella pratica che nella didattica. Il database ad accesso gratuito, promosso inizialmente da un grup-

po di fisioterapisti dell'Università di Sidney, contiene oggi circa 16500 lavori tra studi clinici randomizzati, revisioni della letteratura e linee guida<sup>20</sup>. Tutti i lavori inclusi sono classificati considerando la loro rilevanza per la pratica del fisioterapista ed evidenziando anche la loro qualità metodologica. Una semplice analisi degli studi contenuti in PEDro evidenzia come a partire dagli anni ottanta ci sia stato effettivamente un'importante aumento degli studi clinici in ambito fisioterapico e come questi siano svolti in diversi ambiti della medicina (Fig. 1).

La collaborazione interdisciplinare, tassello fondamentale nella gestione del paziente, contribuisce in modo significativo al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico prefissato. De facto, una condivisione dell'obiettivo tra medico curante, fisioterapista e paziente, rappresenta il punto di partenza di una presa a carico riabilitativa. Questa cooperazione viene favorita e rafforzata da una formazione e un aggiornamento inter-professionale, momenti d'incontro privilegiati per instaurare un dialogo con l'obiettivo di creare un'atmosfera di rispetto e fiducia reciproca, di accettazione e di maggiore consapevolezza dei ruoli e delle competenze specifiche delle diverse discipline coinvolte nella gestione e nel trattamento della persona in cura<sup>21</sup>.

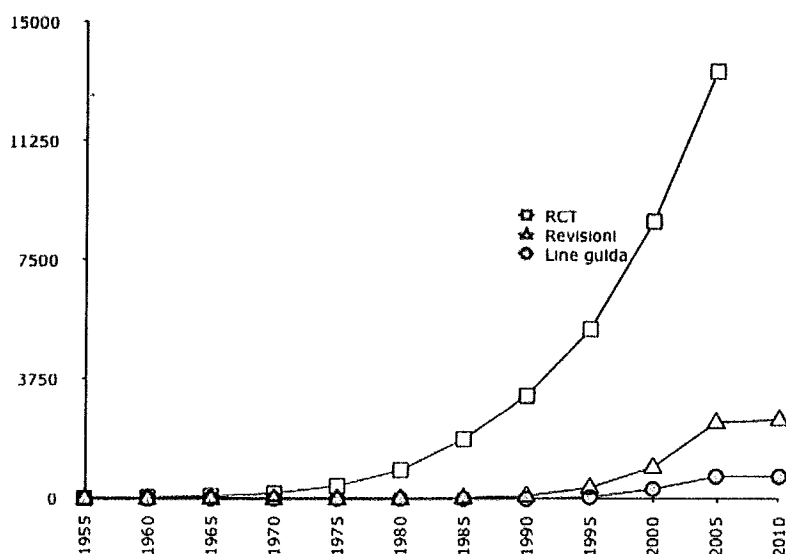


Fig. 1: Numero cumulativo di studi randomizzati, controllati e revisioni sistematiche nella fisioterapia per anno in PEDro (dati personali non pubblicati).

#### Bibliografia

- 1 Jones M. Clinical reasoning and pain. *Man Ther* 1995; 9: 17-24.
- 2 Edwards I, Jones M, Carr J et al. Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Phys Ther* 2004; 84(4): 312-330.
- 3 Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), Edizioni Erickson, 2002.
- 4 WCPT. Description of physical therapy. London, World confederation of Physical therapy:1999.
- 5 Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF et al. Expert Practice in Physical Therapy. *Phys Ther* 2000; 80(1): 28-43.

- 6 Stucki G, Cieza A. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning. *Ann Rheum Dis* 2004; 63(suppl): 40-45.
- 7 Buono S, Zagara T. ICF- Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. *Life span and disability*; 2003, 6(1):121-41.
- 8 Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi correlati (ICD-10). 10 Versione Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007.
- 9 Rundell SD, Davenport TE, Wagner T. Physical therapist management of acute and chronic low back pain using the World Health Organization's International classification of functioning, disability and health. *Phys Ther* 2009; 89(1): 82-90.
- 10 Jones M, Edwards I, Gifford L. Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice. *Manual Therapy* 2002; 7(1): 2-9.
- 11 Gifford L. Pain, the tissue and the nervous system: a conceptual model. *Physiother* 1998; 84(1):27-36.
- 12 Flor H, Turk DC. Cognitive and learning aspects. In: McMahon S., Koltzenburg M (eds) *Wall and Melzack's textbook of pain*. 5a edizione. Elsevier, Philadelphia, 2006: 241-258.
- 13 Jones M, Jensen G, Edwards I. Clinical reasoning in physiotherapy. In: Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen (eds), *Clinical reasoning in the Health professions*. Butterworth-Heinemann, 2008: 245-256.
- 14 Schüffel W, Brucks U, et al., Eds. *Handbuch der Salutogenese – Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998.
- 15 Sweeney A, Doody C. The clinical reasoning of musculoskeletal physiotherapists in relation to the assessment of vertebrobasilar insufficiency: A qualitative study. *Man Ther* 2010; 15: 394-399.
- 16 Smart K, Doody C. The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists. *Man Ther* 2007; 12: 40-49.
- 17 Jull G, Moore A. The primacy of clinical reasoning and clinical practical skills. *Man Ther* 2009; 14: 353-354.
- 18 Higgs J, Refshauge K, Ellis E. Portrait of the physiotherapy profession. *J Interprof Care* 2001; 15(1):79-89.
- 19 Sackett D, Richardson W, et al. *Evidence-based medicine – how to practice and to teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
- 20 Moseley AM, Herbert RD, Sherrington C, et al. Evidence for physiotherapy practice: a survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Aust J Physiother* 2002; 48(1):43-9.
- 21 Petri L. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum* 2010; 45(2): 73-82.

**Autori:**

- <sup>1</sup> Luca Scascighini, Docente-professionista SUPSI
- <sup>1</sup> Gianpiero Capra, Docente-professionista SUPSI
- <sup>1</sup> Brigitte Erdmann, Docente-professionista SUPSI
- <sup>1</sup> Marco Barbero, Docente-ricercatore SUPSI

**Affiliazione:**

- <sup>1</sup> Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Dipartimento sanità
- Corso di Laurea in Fisioterapia

**Corrispondenza:**

Luca Scascighini, MPTSc, BSc  
 Galleria 2  
 CH-6928 Manno  
 T +41 (0)58 666 64 96  
 F +41 (0)58 666 64 01  
 luca.scascighini@supsi.ch  
 www.dsan.supsi.ch

*"Il sottoscritto, Luca Scascighini e tutti i co-autori, certificano che tutti i legami, economici, personali o professionali con altre persone o organizzazioni che pongono in essere un conflitto di interesse, che potrebbero essere ragionevolmente percepiti come forieri di un conflitto di interesse, o che potrebbero potenzialmente influenzare questo lavoro descritto nel manoscritto sono stati completamente e apertamente dichiarati nello spazio sottostante. Questi legami includono affiliazioni e coinvolgimenti economici entro i trascorsi 3 anni e nel prossimo futuro con qualsiasi organizzazione o entità che ha interessi economici o conflitti economici con l'argomento o il materiale discusso nel manoscritto."*

Dichiariamo che non esistono conflitti d'interesse.

Parole chiave: ragionamento clinico in fisioterapia, riabilitazione, evidence based practice, ICF