

Medico e fisioterapista: una collaborazione inter-professionale

La collaborazione tra Mmg e fisioterapista può essere preziosa per la gestione di problematiche muscolo-scheletriche invalidanti e sempre più comuni, grazie alle competenze di quest'ultimo che lo possono inserire con un preciso ruolo nel team professionale che fornisce assistenza di primo e di secondo livello

Giovanni Filocamo - *Mmg, Milano*
Luca Virgadamo - *Fisioterapista, Milano*

► Generalità

I disturbi riferiti al medico di famiglia sono di diverse tipologie. Uno studio pubblicato sull'*European Journal of Public Health* ha valutato che in Italia il 62.6% dei pazienti che si rivolgono al medico per un sintomo doloroso presenta un dolore di origine muscolo-scheletrica¹. In questa categoria rientrano artropatie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie con presenza o meno di sciatica e patologie reumatiche di diversa origine.

Secondo l'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", realizzato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat, 2013), l'artrosi/artrite e l'osteoporosi interessano rispettivamente il 16.4% e il 7.4% della popolazione, risultando tra le malattie o condizioni croniche più diffuse in Italia. La prevalenza di queste patologie aumenta con l'età e presenta nette differenze di genere (tra gli over 75enni, il 68.2% delle donne e il 48.7% degli uomini dichiarano di soffrire di artrosi/artrite e il 49% delle donne e l'11.1% degli uomini di osteoporosi).

Tra i pazienti del medico di fami-

glia c'è una percentuale di persone che hanno subito interventi di chirurgia ortopedica e sono affidati per il monitoraggio del quadro clinico. Altri pazienti presentano esiti di patologie neurologiche acute o sono affetti da patologie neurologiche progressive con disabilità motorie. Inoltre c'è la popolazione di pazienti geriatrici che presentano ridotta attività motoria, deficit dell'equilibrio ed aumentato rischio di cadute e traumi.

Al fianco del medico di famiglia, il quale si occupa di diagnosi e gestione della terapia farmacologica, il fisioterapista può offrire un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione della motricità nei gruppi di pazienti elencati.

In particolare dai dati emerge che in Italia il numero di impianti di protesi ortopediche è in costante aumento: più che raddoppiato in 15 anni il numero di interventi sul ginocchio e quintuplicato il numero di quelli sulla spalla. L'anca resta ancora l'articolazione più operata (56.3%) seguita da ginocchio (38.6%), spalla (3.9%), caviglia (0.3%) e altre articolazioni (0.9%)². In questo contesto il fisioterapista

e medico curante compilano il programma di trattamento riabilitativo, definendo obiettivi a breve e a lungo termine in una visione olistica che consideri tutte le variabili *bio-psico-sociali* (tabella 1). Questo concetto vuole tenere conto di quale *deficit* è presente (debolezza e/o rigidità dell'arto inferiore), di come questo deficit impatta sullo svolgimento di alcune *attività* (difficoltà a salire e scendere le scale) e di come l'alterazione di queste attività impedisca la *partecipazione* nella vita quotidiana (riduzione delle uscite dal domicilio).

► Valutazione terapeutica

Durante le sedute di trattamento il fisioterapista, specialmente in presenza di patologie diagnosticate e/o sintomi sistemici, effettua un'ispezione generale e misura i parametri vitali come pressione arteriosa, battiti per minuto, qualità dei polsi arteriosi e saturazione. Nel caso ci fossero anomalie è prezioso ed utile il contatto diretto con il medico curante che potrà apprendere il quadro clinico e valuterà se sia necessario un approfondimento diagnostico.

TABELLA 1

Obiettivi dell'intervento del fisioterapista

La valutazione e il trattamento nell'ambito della fisioterapia	
Strategia	Esempio clinico (es. osteoartrosi ginocchio)
Esclusione di "Red Flags" (campanelli d'allarme)	Ispezione generale del paziente e controllo dei parametri vitali.
Educare il paziente: <ul style="list-style-type: none"> • sui fattori di rischio modificabili • sul decorso • sui fattori prognostici positivi del disturbo 	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo del peso e massa grassa, evitare le posizioni prolungate e l'immobilità. • Informare sul possibile peggioramento del quadro radiografico ma non per forza del dolore. • Attività sportive a basso impatto: cammino con bastoni da trekking o stampelle. Utilizzo di pause e riposo durante le attività quotidiane.
Educare il paziente sull'approccio da avere rispetto al disturbo	Avere un approccio attivo e mantenere i benefici della fisioterapia con esercizio attivo autonomo.
Utilizzo di terapia manuale per ridurre rigidità articolari e accorciamenti delle catene muscolari. Migliorare la cinematica di cammino o gesti funzionali.	Tecniche manuali per il recupero della flessione ed estensione completa del ginocchio e per lo scorrimento rotuleo. Tecniche di stretching della muscolatura dell'arto inferiore. Training del passo per evitare inciampi.
Utilizzo di terapia manuale e fisica per la riduzione del sintomo doloroso	Tecniche di trazione o utilizzo di terapie strumentali per ridurre il dolore e permettere di camminare più a lungo e con corretto carico sull'arto inferiore.
Utilizzo di esercizio terapeutico per migliorare forza, equilibrio, coordinazione e tolleranza alla fatica.	Esercizi di rinforzo quadricipitale e gluteo per aumentare la stabilità degli arti inferiori ed evitare che cedano nello scendere le scale. Esercizi di equilibrio per ridurre il rischio di caduta. Esercizio aerobico con cyclette e pedaliera.
Ridurre complicanze secondarie e migliorare la qualità di vita	Riduzione immobilità e controllo di comorbidità, come diabete, dislipidemia, ipertensione arteriosa, con l'attività fisica. Aumento delle uscite di casa e del ritorno alla partecipazione (vedere persone fuori casa, uscire a fare la spesa, tornare all'attività sportiva).
Collaborare attivamente con altre figure mediche e sanitarie	Confronto con il nutrizionista ed il medico per un approccio multidisciplinare e controllo dei parametri.

• **Caso 1**

Il caso discusso è il paziente C.G., il quale rientrato a domicilio nelle prime giornate post- intervento di artroprotesi di ginocchio ed in precedenza sottoposto a chirurgia addominale per asportazione di K del colon, chiede un consulto fisiokinesiterapico (FKT) per effettuare la te-

rapia riabilitativa consigliata nel post operatorio. Il paziente si presenta al fisioterapista con pallore cutaneo, astenia e saturazione al 94%. In considerazione del quadro clinico, con il proprio Mmg si decidono approfondimenti diagnostici che evidenziano un quadro di anemia sideropenica da verosimile perdita, che è stata successivamente

trattata tempestivamente. Il paziente era stato trasfuso durante l'intervento, pertanto il controllo emocromocitometrico effettuato in fase di pre-dimissione a breve non aveva evidenziato alcuna alterazione. Lo stato carenziale è stato pertanto evidenziato solo dopo qualche giorno, in parte causato da una relativa mielodisplasia del paziente grande

anziano. Questo tipo di collaborazione fisioterapista-medico ha permesso di giungere ad un dialogo in breve tempo ed indirizzare subito il paziente verso il corretto iter terapeutico, che si è aggiunto all'iniziale indicazione ortopedica.

• Caso 2

Il paziente *M.R.* dopo diagnosi ortopedica di lombalgia cronica, in presenza di comorbidità tra cui dermatomiosite in trattamento cortisonico, ha ricevuto indicazione alla valutazione fisiokinesiterapica. È stato contattato il fisioterapista che ha valutato e trattato il paziente per alcune sedute, tuttavia l'assistito dopo i trattamenti previsti ha presentato un peggioramento clinico in termini di dolore e disabilità. A questo punto il team di lavoro ha impostato un approfondimento diagnostico che ha mostrato una frattura vertebrale misconosciuta.

► Collaborazione terapeutica

Nel 2015 secondo uno studio di Hurwitz et al. pubblicato sull'*European Spine Journal*, lombalgia e cervicalgia sono state classificate come quarta causa di disabilità secondo la valutazione "disability-adjusted life years" (DALYs), dopo malattie ischemiche cardiache, malattie cerebrovascolari ed infezioni del basso tratto respiratorio³. In particolare, nei casi di lombalgia e cervicalgia acuta e cronica il fisioterapista, attraverso la valutazione funzionale, esclude cause potenzialmente gravi e pericolose che potrebbero mimare il dolore muscolo-scheletrico ed individua disfunzioni di carattere articolare, muscolare, di controllo motorio e propriocettivo. Il professionista, utilizzando trattamenti secondo le linee guida internazionali più aggiornate⁴, si avvale di tecniche di terapia manuale e

manipolazioni ad alta velocità e piccola ampiezza (HVLA), esercizio terapeutico e terapie fisiche per risolvere le disfunzioni individuate.

Il vantaggio per il paziente è di essere indirizzato direttamente alla figura specializzata nel trattamento della patologia, con aumento della soddisfazione e riduzione della disabilità correlata al dolore.

► Discussione

Nei casi riportati la collaborazione delle due figure ha permesso di identificare la causa della sintomatologia e di non sprecare tempo e risorse. Il dialogo e il confronto con il medico si realizza discutendo la storia clinica del paziente, i test clinici e i trattamenti e le terapie messe in atto e i risultati ottenuti. Nella popolazione anziana si trovano spesso comorbidità come ipertensione arteriosa, dislipidemie, osteoporosi e artropatie e quadri neurologici come, per esempio, esiti di ictus, neuropatie diabetiche e Parkinsonismi.

Queste patologie possono causare complicazioni secondarie come deficit di equilibrio e sedentarietà (fino all'allettamento) che vanno ad influire sulla perdita di massa muscolare. Quest'ultima crea un circolo vizioso di ulteriore peggioramento della stabilità ed aumento del rischio di caduta e traumi. Il fisioterapista può lavorare migliorando

do i deficit di equilibrio ed aumentando la forza muscolare del paziente, in modo da prevenire o interrompere questo meccanismo.

► Conclusione

Il paziente grande anziano dev'essere controllato sui principali parametri emocromocitometrici a distanza rispetto all'intervento, soprattutto dopo i grandi interventi protesici come sostituzione protesica dell'anca.

Il fisioterapista ha acquisito professionalità e competenze che lo possono inserire con un preciso ruolo nel team professionale che fornisce assistenza di primo e di secondo livello ai pazienti afferenti alle strutture sanitarie evolute.

Il Mmg, che deve già valutare e trattare con pazienti e burocrazia, può trovare un supporto nella collaborazione con il fisioterapista specializzato nel trattamento di problematiche muscolo-scheletriche invalidanti e sempre più comuni.

La figura del fisioterapista possiede competenze da un lato complementari a quelle dell'ambito sanitario, che lavorano direttamente su ambiti di prevenzione, riabilitazione di patologie ortopediche e neurologiche e trattamento disordini muscolo-scheletrici; dall'altro, può offrire un monitoraggio dei parametri vitali e allertare il medico laddove ci fossero campanelli d'allarme.

BIBLIOGRAFIA

1. Koleva D, et al. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health* 2005; 15: 475-9.
2. Torre M, et al. Potenziare la qualità dei dati per migliorare la sicurezza dei pazienti. Quarto Report Riap. <https://riap.iss.it/riap/it/attivita/pubblicazioni/2017/09/28/potenziare-la-qualita-dei-dati-per-migliorare-la-sicurezza-dei-pazienti>
3. Hurwitz EL, et al. The Global Spine Care Initiative: a summary of the global burden of low back and neck pain studies. *Eur Spine J* 2018; 27(Suppl 6): 796-801.
4. Qaseem A, et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; 166: 514-30.