



CARTELLA FISIOTERAPICA

Ambito: ortopedico neurologico

Questo è uno strumento di apprendimento, utile come guida/facilitazione al tuo **ragionamento clinico**, e per imparare a **redigere la documentazione** relativa alla persona assistita. E' da redigere man mano che si prende in carico le persona (non alla fine!)

Nella sezione "[Istruzioni per l'uso](#)" troverai il [modello concettuale di riferimento](#) e la risposta alle domande più frequenti (FAQ), organizzate specularmente alle sezioni della cartella
L'aderenza ad alcuni dei comportamenti o risultati del contratto può essere desunta da questo progetto.
Il file è scaricabile per la compilazione (insieme al tutor concordare se stamparlo per la visione ed i feedback).
Ricordare di **ricaricarlo** nella cartella individuale dello studente in Drive. Si consiglia il salvataggio di una copia.



[Com'è fatta la cartella? In che tempi si redige una cartella quando si ha in carico un paziente? Per procedere ad una sezione successiva, devo aver completato tutte quelle precedenti? Quando è opportuno mostrare la cartella al proprio tutor di tirocinio?](#)
[SEZIONE 1: FAQ](#)

SEZIONE 1. ASSESSMENT iniziale della Persona¹

CAMPO OBBLIGATORIO

1a. La Raccolta dati ed Esame della persona assistita, necessaria per definire la diagnosi di funzionamento e i principali obiettivi PRIMA di iniziare in modo sistematico il trattamento. E' la situazione della persona al momento della tua presa in carico.

In relazione al sistema concettuale della Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF), puoi già organizzare² i dati rilevanti della persona secondo: *Condizioni di salute, Fattori contestuali (Fattori personali e Fattori ambientali), Strutture e funzioni, Attività e partecipazione.*

Entro la prima settimana di presa in carico, dovresti avere un quadro complessivo dei dati e del funzionamento attuale della persona, per poter poi definire obiettivi ed interventi. In quanto (potenziale) documentazione sanitaria, deve essere chiaro il momento temporale a cui il dato descritto si riferisce.

¹ Un'indicazione di massima, ma non esaustiva, sui dati rilevanti da raccogliere e sulle valutazioni da eseguire può essere tratta dagli **ICF core set generici o specifici** per patologia. Qualora, nonostante gli sforzi, tu abbia giudicato un elemento rilevante, ma non sia stato in grado di reperire il dato o di valutare direttamente, dichiaralo e successivamente considerane l'impatto sul tuo ragionamento clinico.

E' importante una **SELEZIONE DEI DATI rilevanti e SINTESI nella ESPOSIZIONE** degli stessi, e non mera trascrizione di quanto eventualmente riportato nella cartella medica.

² Decidi se farlo già qui o utilizzare lo schema grafico ICF riportato nella sezione 2: usa **almeno una delle due opzioni**, a tua preferenza.

In ogni caso nella sezione 1 devono essere riportati tutti i dati e le valutazioni rilevanti della persona.



Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

1b. Valutazioni da non fare o modifiche delle procedure di valutazione in base a elementi di rischio

Indica a) quali valutazioni non sono state effettuate, o sono state effettuate modificandone le procedure, e b) perché.

Se non ci sono elementi di rischio per la valutazione indicalo esplicitamente.

SEZIONE 2. VALUTAZIONE, diagnosi e prognosi di funzionamento della persona

- Identificazione dei problemi e punti di forza, in base ai dati raccolti e delle loro relazioni nel determinare il funzionamento della persona³
- *Diagnosi (fisioterapica) di funzionamento della persona*
- *Prognosi di funzionamento della persona* (eventuale outcome globale atteso)



[Cosa sono e come si redigono la diagnosi \(fisioterapica\) e la prognosi di funzionamento?](#)

Vedi la sezione n. 2 delle ISTRUZIONI PER L'USO

³ Per il supporto al ragionamento clinico, è possibile (ma non obbligatorio) utilizzare lo schema grafico ICF riportando SINTETICAMENTE riportati i punti di forza (strutture/funzioni integre, attività/partecipazione presente e facilitatori legati al contesto) e i problemi (menomazioni, limitazioni delle attività, restrizioni della partecipazione e barriere legate al contesto).

Le condizioni di salute fanno principalmente riferimento alla diagnosi medica (comprese le comorbidity). A livello di struttura e funzione, puoi classificare l'elemento con (I) per indicare "integrità" mentre (M) indica "menomazione". A livello di attività e partecipazione, (A) indica "attività o partecipazione conservata", mentre (L) "limitazione di attività" e (R) "restrizione della partecipazione". (I) ed (A) indicano potenziali punti di forza della persona (in quanto integri e/o presenti), così come possono essere potenziali punti di forza gli elementi contestuali indicati come facilitatori (+), mentre (M), (L) e (R) nonché gli elementi contestuali barriera (-) conterranno i potenziali problemi.



Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

Condizioni di salute:



istruzioni. [Esempio di schema](#) nella sezione 2

Struttura e funzione:

Attività e partecipazione:

Fattori personali:

Fattori ambientali:



Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara
secondo anno di corso

2a. **Diagnosi**⁴ (fisioterapica) **relativa al funzionamento della persona.**

*Esplicitare l'interpretazione e giudizio*⁵ *sul funzionamento della persona, basandosi sulla relazione reciproca dei diversi elementi raccolti e organizzati secondo il modello ICF*

⁴ Per una definizione di "diagnosi fisioterapica" si veda ER-WCPT (2010). La diagnosi di funzionamento della persona ha accezione più ampia. Vedi ISTRUZIONI PER L'USO.

⁵ Non riportare qui semplicemente i dati già descritti in precedenza: ogni elemento riportato dovrebbe essere collegato ad un altro (o ad altri) da una o più relazioni logiche



Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara
secondo anno di corso

2b. Prognosi di funzionamento (ed eventuale **outcome globale potenziale del progetto della persona)**

Quale sarà il **miglior funzionamento**⁶ raggiungibile dalla persona assistita e il **tempo indicativo** necessario per raggiungerla? Esplicita il **ragionamento/motivazioni** che giustificano il tuo giudizio. **Scegli liberamente se separare** la descrizione della prognosi di funzionamento dalla descrizione del ragionamento (consigliato) oppure tenerle unite.



[Cosa mi deve chiedere per sapere se ragionevolmente ho effettuato un buon processo di diagnosi e prognosi?](#) Vedi sezione 2 istruzioni.

⁶ **Non** corrisponde all'esito della persona al termine della tua presa in carico o della presa in carico da parte del fisioterapista, ma è il **massimo livello (o il range di esito presumibile al peggio/al meglio) che la persona potrà raggiungere/mantenere** (potrebbe realizzarsi anche nell'arco di un anno e con la collaborazione anche di altri professionisti, o della persona e i suoi care-giver).



Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara
secondo anno di corso

3d. SPIEGAZIONE DELLE PRIORITA' INDENTIFICATE E DELLE RELAZIONI TRA OBIETTIVI

Spiegare **perché** alcuni obiettivi sono prioritari, e quali obiettivi **si condizionano reciprocamente** e **perché**.
Richiamare gli obiettivi citando il numero e la **PAROLA CHIAVE** specifica dell'obiettivo



[Cosa si intende per priorità e relazione reciproca tra obiettivi?](#) vedi la sezione n. 3 delle ISTRUZIONI PER L'USO

3e. Interventi da non fare e/o adattamenti dell'intervento in base a elementi di rischio

(di qualsiasi natura)

Indicare **QUALI** interventi sono proscritti (da **NON fare**) o quali **adattamenti sono da adottare** nell'intervento, e **PERCHE'** (quali sono gli elementi che li determinano). Se **non ci sono** elementi di rischio per l'intervento **indicarlo esplicitamente**.



**Università
degli Studi
di Ferrara**

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara
secondo anno di corso



Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

3f. Intervento (programma) fisioterapico riferito agli obiettivi del progetto della persona, di pertinenza del fisioterapista



[Cosa si intende per razionale dell'intervento?](#) Vedi la sezione n. 3 delle ISTRUZIONI PER L'USO

Razionale per la scelta delle facilitazioni/tipologie d'intervento

Spiegare quali facilitazioni si prevede di usare nei diversi interventi per questa specifica persona e perché.



DESCRIZIONE DEGLI INTERVENTI¹³



[Come può essere descritto l'intervento in fisioterapia?](#) Vedi la sezione n. 3 delle ISTRUZIONI PER L'USO

INTERVENTO per obiettivo n. _____, Parola chiave: _____

¹³ Descrivi qui solo gli interventi di pertinenza del fisioterapista.



SEZIONE 4. DIARIO CLINICO¹⁴.

Report sull'andamento delle condizioni in itinere della persona, della realizzazione del programma e del raggiungimento degli obiettivi nel tempo. Sono comprese le valutazioni aggiuntive, la modifica in itinere degli obiettivi e/o dell'intervento. Dichiarare l'accordo della persona sulle attività. Rendere esplicita le sequenza temporale (indicare la data).



[Cosa è il diario clinico e perché devo tenerlo?](#) Vedi la sezione n. 4 delle ISTRUZIONI PER L'USO

SEZIONE 5. EVIDENZE A SUPPORTO DELLE DECISIONI CLINICHE (ARTICOLO/I PEER-REVIEWED)¹⁵

Sostieni la scelta di una valutazione, prognosi o un intervento che hai individuato. **Riporta qui** il riferimento completo dell'articolo e descrivine obiettivo, rischio di bias, risultati (significatività statistica e clinica; trasferibilità). Inoltre, esplicita in che modo l'articolo ha influenzato la tua decisione clinica.



[Perché usare questa sezione? Cosa metto qui? Devo allegare altro?](#) Vedi la sezione n. 5 delle ISTRUZIONI PER L'USO

¹⁴ Il Diario clinico è un requisito legale della cartella clinica, e deve essere corredato di date.

¹⁵ Per ricordare e tracciare i passaggi che hai compiuto nella ricerca, **puoi usare lo strumento EBP** che hai a tua disposizione negli strumenti per l'apprendimento.



SEZIONE 6. ESITI¹⁶

Solo per il terzo anno di corso

6. Lettera/report di fine trattamento della persona assistita



[Perché devo preparare anch'io una lettera di fine trattamento? Quando è opportuno compilarla?](#) Vedi la sezione n. 6 delle ISTRUZIONI PER L'USO

Caro collega.....

OPZIONALE - SEZIONE 7. [Feedback del tutor](#)¹⁷:

7a. Punti di forza:

7b. Opportunità di sviluppo:

¹⁶ Solo per il terzo anno di corso. *Corrisponde al termine della presa in carico che lo studente ha del paziente (e quindi non necessariamente alla reale dimissione del paziente dal Servizio di Riabilitazione. Riassumere gli elementi essenziali delle condizioni ed abilità del persona assistita, delle attività effettuate e degli obiettivi raggiunti (come se si dovesse inviare il paziente ad altra sede o ad altro professionista o se venisse dimesso); include eventuali appuntamenti di follow-up, attrezzature consigliate, reinserimento scuola/comunità etc)*

¹⁷ Il tutor può, **se lo ritiene necessario**, dare un feedback scritto allo studente. Potrebbe sottolineare sia le caratteristiche/punti di particolare pregio della cartella (punti di forza) che gli aspetti che hanno bisogno di essere migliorati, suggerendo eventualmente come (opportunità di sviluppo).

ISTRUZIONI PER L'USO



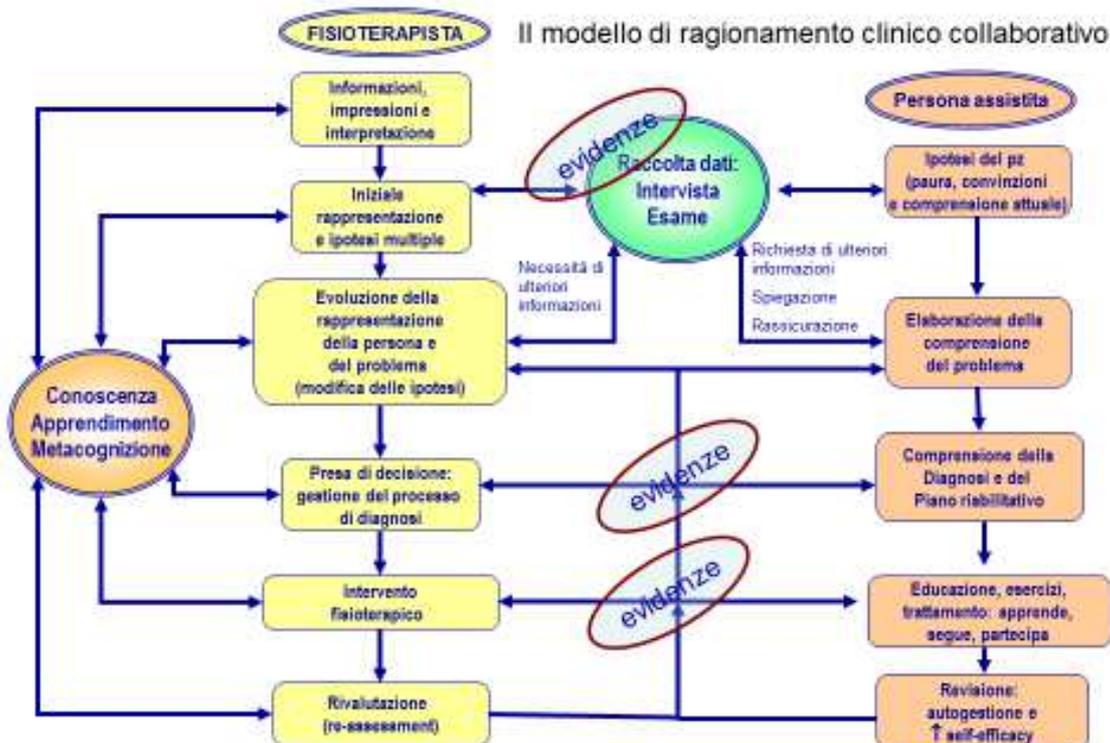
Quali sono i riferimenti concettuali di questa cartella?

Si fa riferimento a un **MODELLO COMPLESSIVO INTEGRATO** che unisce tre fondamentali riferimenti concettuali ed elementi normativi:

1. Il ragionamento clinico collaborativo
2. La Classificazione Internazionale del Funzionamento e della disabilità
3. La pratica basata sulle evidenze (EBP)
4. I riferimenti normativi e di qualità della documentazione

• Il ragionamento clinico collaborativo

Questa cartella segue le fasi del ragionamento clinico collaborativo (Edwards e Jones, 1995¹⁸). Tale modello dichiara una ricorsività e interazione tra il fisioterapista e la persona assistita durante tutte le fasi del processo "fisioterapico" (raccolta dati ed esame della persona, valutazione e diagnosi di funzionamento, prognosi di funzionamento e definizione dell'intervento, valutazione dell'esito (outcome)). Tale processo interattivo richiede al fisioterapista l'utilizzo delle conoscenze, della riflessione e dell'apprendimento dall'esperienza, oltre che di abilità trasversali di comunicazione e relazione.



Da "Clinical Reasoning in the Health Professions" Higgs et al, 2008 Butterworth Heinemann (tradotto e modificato)

¹⁸ In "Higgs et al, *Clinical reasoning in the health professions*. Third edition, 2008, Butterworth-Heinemann" Cap.22

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

• **La classificazione internazionale del funzionamento e della disabilità (ICF)¹⁹ della Organizzazione Mondiale della Salute)**

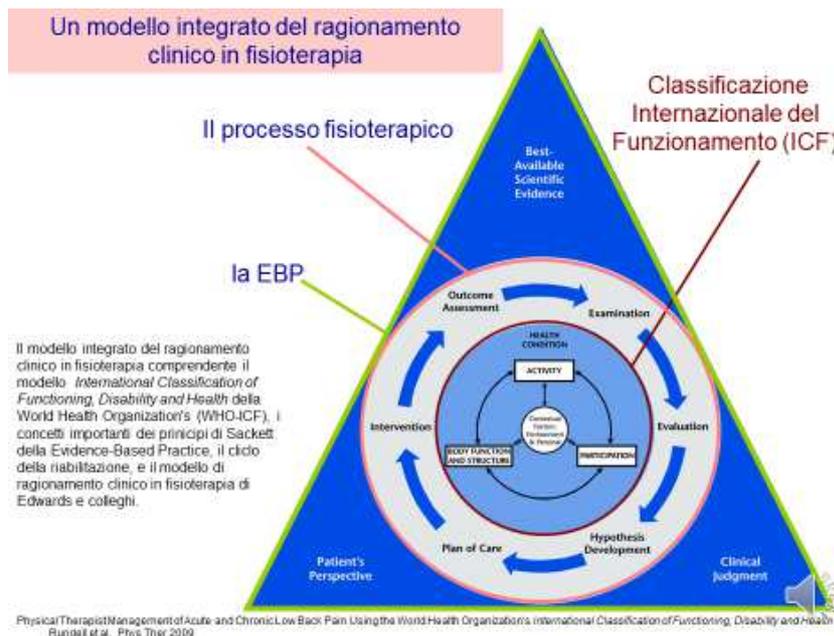
Il funzionamento globale della persona è visto come una complessa interazione bidirezionale tra le **Strutture e Funzioni corporee**, le **Attività** (i compiti della vita quotidiana), la **Partecipazione** nelle situazioni di vita (sociale) ed i **fattori Contestuali** (siano essi legati alla Persona o al Contesto Ambientale). Il modello utilizza pertanto una prospettiva **BIO-PSICO-SOCIALE**.



• **La pratica basata sulle evidenze (EBP)**

Una decisione clinica etica ed efficace viene presa unendo, ove possibile, le **evidenze** dalla ricerca scientifica di buona qualità con l'**expertise** del professionista e le **specifiche condizioni e valori della persona assistita**. Questo può avvenire sia nella formulazione della diagnosi e della prognosi di funzionamento, sia nella scelta dell'intervento. (vedi l'ovale "evidenze" inserito nell'immagine del ragionamento clinico collaborativo)

IL MODELLO FINALE INTEGRATO



¹⁹ <http://www.reteclassificazioni.it/> e <http://www.icf-research-branch.org/>

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

• I riferimenti normativi e di qualità della documentazione/cartella²⁰

LA DOCUMENTAZIONE

È un **obbligo deontologico** del professionista (art. 7 cod. deont. AIFI), un obbligo normativo del professionista

È redatta a **garanzia dei diritti della persona assistita**: Informazione, Partecipazione e Trasparenza

Ha **rilevanza pubblica** (procedure aziendali; controllo di Qualità) e **Rilevanza giuridica**.

Quando si prende in carico una persona è importante richiedere la documentazione. Ricordiamo che *“...in mancanza di apposita documentazione medica (eventualmente non prodotta dal paziente), lo stesso fisioterapista ha il dovere di assumere tutte le informazioni richieste dal trattamento che si accinge a praticare.”* (Cassazione penale, sez IV, 10 aprile 1998, n.7678; ma anche profilo professionale, legislazione specifica e codice deontologico)

La CARTELLA CLINICA. Secondo un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, la cartella clinica costituisce un *“atto pubblico di fede privilegiata”* e il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria.

La cartella è del paziente: l’obiettivo è in funzione della manifestazione documentata e della metodologia diagnostico-terapeutica ed assistenziale approntata verso il paziente.

La cartella ha finalità **deontologica, clinica e giuridica**.

REQUISITI FORMALI DELLA CARTELLA CLINICA: chiarezza, completezza, veridicità e aggiornamento.

Ogni inserimento di contenuto all’interno della cartella dovrebbe indicare data ed ora, precisazione di nome e cognome, firma e essere redatta con grafia intelligibile.

- Veridicità *“Atto pubblico di fede privilegiata”* (art.2700c.c.): atto il cui contenuto è da ritenere veritiero fino a prova di falso. (Cass. Pen., Sez. VI 30 giugno 1975); *Redatta da pubblico ufficiale, autorizzato ad attribuirgli pubblica fede* (art.2699c.c.). (Cass. Pen., Sez. V 17 dicembre 1992)
 - *“Falsità ideologica in atto pubblico”* (art. 479 c.p.)
 - *“Falsità materiale in atto pubblico”* (art. 476 c.p.)
 - *“Rifiuto/omissione di atti d’ufficio”* (art. 328 c.p.)
 - *“Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico”.* (art. 493 c.p.)
- Tempestività
 - Cassazione Penale, 21 aprile 1983. Poiché la cartella clinica adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici, i **fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi**; l’annotazione postuma integra il reato di falso materiale in atto pubblico di cui all’ art. 476 c.p..
 - Cassazione Penale, 26 novembre 1997, n. 1098. La cartella clinica redatta da un medico di un ospedale pubblico è atto pubblico che **esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti**, sicché i fatti devono essere **annotati contestualmente al loro verificarsi**. Ne deriva che tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico

La **Regione Emilia Romagna** ha dato alcune indicazioni specifiche all’interno del **GPG/2009/1113** *“Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”*. In questo documento, oltre a quanto già citato in precedenza, viene così definita la **cartella clinica**: *“documento che raccoglie le informazioni, attinenti al singolo paziente ed al singolo episodio di ricovero, finalizzate alla formulazione di decisioni cliniche e assistenziali: i dati e le informazioni riportate in tale documentazione hanno, quindi, lo scopo di fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali ed efficaci e per garantire la continuità del percorso di cura, documentando il quadro clinico, il processo diagnostico-terapeutico realizzato e i risultati conseguiti”*. La cartella deve essere composta da **diverse sezioni, ben distinte**; la sezione della cartella (integrata) relativa al **processo di cura** *“deve contenere tutta la documentazione relativa all’iter diagnostico, terapeutico e assistenziale: ogni informazione riguardante le procedure effettuate sul/la paziente devono essere presenti nella cartella clinica ed adeguatamente motivate.”* Tra le sezioni della cartella deve essere prevista quella del **diario clinico**. Quanto riportato giustifica la richiesta di esplicitazione del ragionamento clinico e la sezione *“diario”*, proposte nella cartella didattica del corso di laurea in fisioterapia.

I RIFERIMENTI INTERNAZIONALI.

Questa cartella si ispira anche agli **Standard australiani di fisioterapia** (<http://www.physiocouncil.com.au/files/the-australian-standards-for-physiotherapy>), che riportano indicazioni per una idonea comunicazione tramite la documentazione clinica scritta e sottolineano i principali elementi del ragionamento clinico, del razionale dell’intervento e della sicurezza.

Analoghi riferimenti sono presenti negli **Standard di fisioterapia della Regione Europea della Confederazione mondiale di fisioterapia** (<http://www.physio-europe.org/download.php?document=71&downloadarea=6>)

²⁰ Informazioni estratte dal materiale didattico della prof.ssa Gaudio M.Rosaria, a.acc.2014-15.



STRUTTURA DELLA CARTELLA

La cartella è suddivisa in sette sezioni, sei delle quali seguono la logica del processo fisioterapico e di ragionamento clinico in fisioterapia secondo i modelli internazionalmente riconosciuti, mentre la settima è riservata al feedback che il tutor potrà offrire allo studente.

SEZIONE 1. ASSESSMENT INIZIALE della Persona

SEZIONE 2. VALUTAZIONE, DIAGNOSI E PROGNOSI DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA

SEZIONE 3. OBIETTIVI DEL PROGETTO DELLA PERSONA e relativo INTERVENTO FISIOTERAPICO

SEZIONE 4. DIARIO CLINICO valutazioni aggiuntive, modifica in itinere degli obiettivi e/o dell'intervento.

SEZIONE 5. EVIDENZE A SUPPORTO DELLE DECISIONI CLINICHE (ARTICOLO PEER-REVIEWED)

SEZIONE 6. ESITI

SEZIONE 7. Feedback del tutor (OPZIONALE)

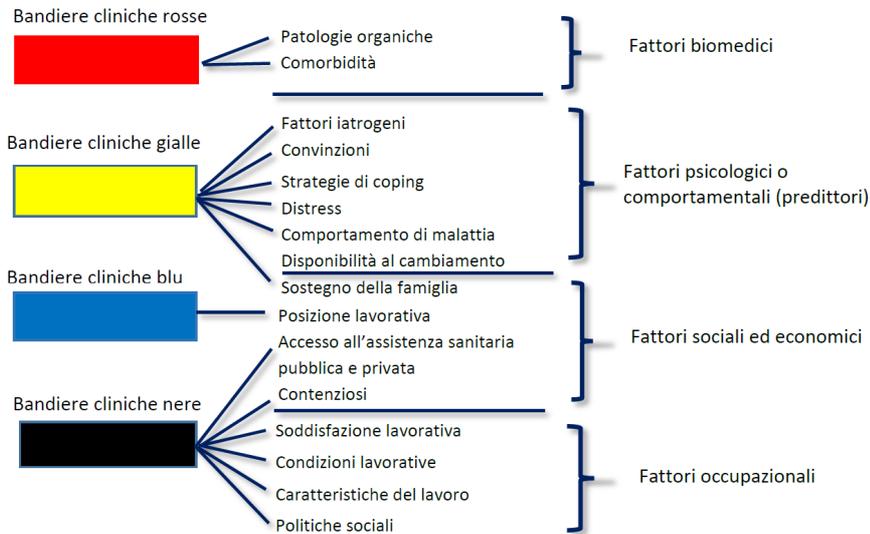
- **In che tempi si redige una cartella quando si ha in carico un paziente?** I tempi sono variabili e dipendono molto dalla complessità del caso. Un cosa è fondamentale: NON va scritta alla fine del tirocinio, altrimenti mancherebbe uno dei requisiti essenziali della documentazione sanitaria: la tempestività. Inoltre la redazione progressiva rende meno gravoso il tuo compito. In generale, l'assessment è necessario per definire obiettivi e intervento e perciò deve essere quasi completo nel giro di pochi giorni, anche se è possibile definire qualche obiettivo in itinere e iniziare a trattare e completare intanto l'assessment (per i dati che riguardano obiettivi più a lungo termine).
- **Per procedere ad una sezione successiva, devo aver completato tutte quelle precedenti?** Non necessariamente: alcune sezioni strettamente correlate tra loro possono essere compilate contemporaneamente. Nella tua agenda settimanale, dovrebbe ogni giorno esserci uno spazio per l'aggiornamento/redazione della cartella del tuo paziente di riferimento.
- **Quando è opportuno mostrare la cartella al proprio tutor di tirocinio?** Per apprendere, il feedback è importante riceverlo in itinere perciò dovresti mostrare man mano la cartella al tutor! Questo rende meno gravoso il compito del tutor, che altrimenti dovrebbe impiegare una o due ore per leggerla.



SEZIONE 1. ASSESSMENT della Persona

- **Cosa significa "assessment"?**
In Inglese è possibile distinguere con la parola "assessment" la fase di sola raccolta dei dati e degli esiti dell'esame diretto del paziente, e con il termine "evaluation" la fase di interpretazione dei dati raccolti. In Italiano esiste la sola parola "valutazione" che racchiude entrambe le fasi. Seppure il processo di ragionamento clinico di "evaluation" inizi nei fatti già durante "l'assessment", ai fini dell'apprendimento risulta utile distinguere le fasi.
- **Cosa sono i gli ICF core-set e dove li trovo?**
Si tratta di una selezione di codici ICF, ricavati tramite un processo di consenso, che dovrebbero essere considerati quando si affronti una determinata patologia. Li trovi nella cartella condivisa in Drive-my-desk . Ricordati di offrirli al tuo tutor di tirocinio! Puoi anche scaricare sul tuo smartphone la app <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>
- **Cosa sono le "flags"?**
Si tratta di elementi di rischio, di varia natura, che necessitano di attenzione da parte del fisioterapista. Puoi interpretare il modello delle "flags- bandiere cliniche" (esempio della cronicità nel back pain) secondo il seguente schema:

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara
secondo anno di corso



Tratto da e tradotto: Main CJ, Williams AC. ABC of Psychological Medicine. Musculoskeletal pain. *BMJ* 2002 Sep 7;325(7363):534-7.

Recentemente a queste si sono aggiunte le "orange flags" (bandiere cliniche arancioni) **orange flags**. Costituiscono l'equivalente delle **red flags** per la **salute mentale e i problemi psicologici**. Allertano il clinico rispetto a problemi seri che possono essere di natura psichiatrica e pertanto richiedono l'invio ad uno specialista del campo...possono comprendere

- alti livelli di distress
- importanti disturbi della personalità
- distress post-traumatico
- Abuso/dipendenza da alcol o droghe
- depressione clinica

Cosa mi deve chiedere per sapere se ragionevolmente ho effettuato un buon processo di assessment? Tra le possibili domande:

- I dati che ho raccolto sono rappresentative del core set e consentono di avere un'immagine globale della persona?
- Ho raccolto informazione sull'assunzione di farmaci e come questi possono influenzare il suo stato o la scelta delle tue valutazioni successive?
- Tutti i dati che ho riportato sono davvero rilevanti dal punto di vista riabilitativo?
- Mi sono chiesto quali elementi (es. "red, yellow, blue flags" oppure parametrici ematochimici o delle funzioni vitali o altro ancora) possono generare precauzioni (adattamenti specifici) o controindicazioni all'esame diretto o invio al medico e perché?



SEZIONE 2. VALUTAZIONE, DIAGNOSI E PROGNOSI DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA

• **Cosa significa "diagnosi" (fisioterapia e di funzionamento)?**

Secondo la sezione Europea della Confederazione mondiale della Fisioterapia (ER-WCPT)²¹ la **Diagnosi**:

1. In generale, la diagnosi consiste nell'identificazione dei problemi che un professionista deve risolvere.
2. **Diagnosi Fisioterapica**: la dichiarazione della WCPT circa la prescrizione di fisioterapia identifica la diagnosi fisioterapica come **uno dei cinque processi**, correlati tra loro, che sono l'essenza dell'offerta della fisioterapia verso la società (l'**assessment** che comprende l'esame e la valutazione, **diagnosi, prognosi, intervento/trattamento and ri-esame**). (...) la **diagnosi e la prognosi** derivano dall'esame e dalla valutazione e rappresentano l'esito del processo del ragionamento clinico e l'inclusione di ulteriori informazioni provenienti da altri professionisti, ove necessario. Questo può essere espresso in termini di **disfunzioni del movimento** o può includere le **categorie delle menomazioni, limitazioni delle attività, restrizioni della partecipazione, influenze ambientali o abilità/disabilità**.

²¹ Adopted ER-WCPT Glossary of terms General Meeting of the Europe Region of the WCPT 2010

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

- **Diagnosi** — la diagnosi in fisioterapia è il risultato di un processo di ragionamento clinico che porta all'identificazione di **menomazioni, limitazioni delle attività e restrizioni della partecipazione, esistenti o potenziali**, e dei **fattori che influenzano** positivamente o negativamente il funzionamento. Lo **scopo della diagnosi** è di guidare il fisioterapista nel determinare la prognosi e le strategie di intervento più appropriate per il paziente/cliente e per condividere con loro le informazioni. **Se** il processo diagnostico rivela risultati che non rientrano nell'ambito delle conoscenze, esperienze o expertise del fisioterapista, il fisioterapista invierà il paziente/cliente ad un **altro appropriato professionista**.

World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Description of physical therapy. London, UK: WCPT; 2017. www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT (Access date 10th March 2017)

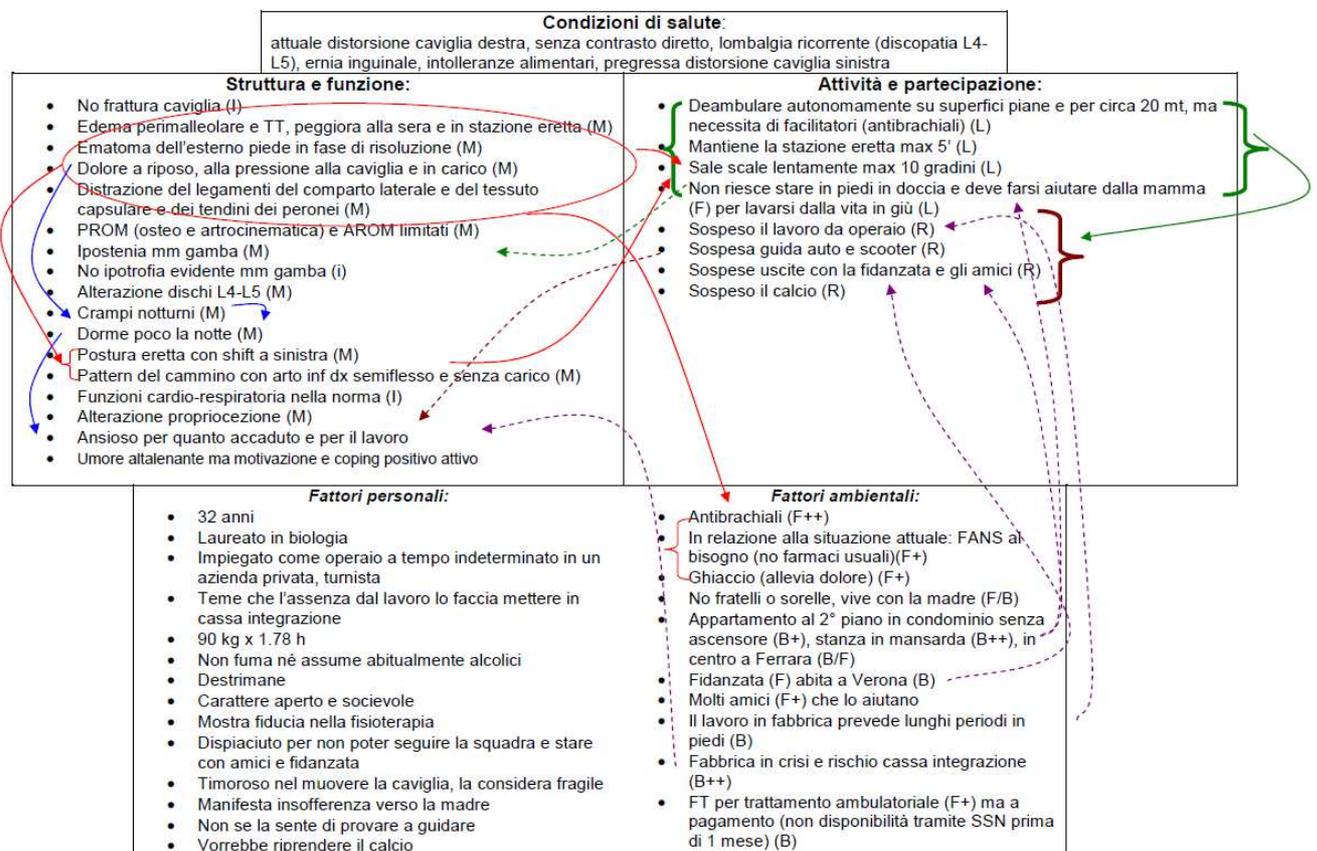
- **Diagnosi** è anche un'etichetta che include i segni e sintomi comunemente associati con un disturbo, sindrome o categoria di menomazioni di strutture e funzioni corporee, di limitazioni delle attività o di restrizioni della partecipazione.

American Physical Therapy Association. Guide to Physical Therapist Practice 3.0. Alexandria VA, USA: APTA, 2014. <http://guidetopractice.apta.org> (Access date 10th March 2017)

La Diagnosi fisioterapica è un **giudizio professionale** offerto da un fisioterapista circa le condizioni di funzionamento corporeo di una persona, espresso in termini di carenze o disabilità, e viene sistematicamente elaborato secondo una **prospettiva bio-psico-sociale**. La diagnosi deve identificare e stabilire la priorità del problema o dei problemi che interessano la funzione e deve esprimerli sia in **termini quantitativi che qualitativi**.

- **Come si scrive una diagnosi di funzionamento?**

Descrivendo come strutture e funzioni influenzano (in positivo o negativo) attività e partecipazione (e viceversa), e come i fattori contestuali (personali o ambientali) possano modificare le performance effettive della persona, a fronte delle sue capacità potenziali in situazioni standardizzate. **Non vanno ripetuti i dati già descritti nell'assessment, ma illustrate le relazioni tra i dati!** Per **rappresentare e comprendere queste relazioni** ti può essere molto utile l'uso dello **schema grafico ICF!**



Un **esempio** (parziale) di diagnosi di funzionamento: "La persona assistita attualmente ha una forte limitazione nella capacità di mantenere la stazione eretta e nel deambulare (necessita di facilitatori per migliorare la sua performance), salire le scale, usare mezzi di trasporto (necessita di

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

facilitatori), una limitazione parziale nel vestirsi e lavarsi dalla vita in giù, un limitazione completa nei compiti dell'attività lavorativa (resa problematica dalla necessità di mantenere a lungo la stazione eretta) e dello sport. Tali limitazioni sono legate alla menomazioni presenti a livello del distretto della caviglia (edema ++, lesioni capsulo-legamentose +++ e vascolari, dolore+++), che lo obbligano tra l'altro ad un pattern deambulatorio faticoso, con arto senza carico e mantenuto in triplice flessione. Fortunatamente queste alterazioni al momento non hanno riattivato la lombalgia. Anche il timore e l'ansia + di Enrico, che però appare prevalentemente di tipo reattivo, è un fattore limitante. La presenza di barriere architettoniche al domicilio (scale, stanza in mansarda)++ e nel centro di Ferrara + contribuisce alla limitazione delle attività sopracitate. La necessità di un facilitatore, la madre, per la cura di sé sembra contribuire alla situazione di ansia vissuta da Enrico. L'ansia è aggravata dalla situazione precaria dell'azienda in cui lavora e dal timore, causa malattia, di essere collocato in cassa integrazione.

Vi è una grande restrizione della partecipazione sociale (amici, fidanzata che abita lontano, lavoro), condizionata dalle limitazioni nello spostarsi ++ e dal dolore ed edema; tali restrizioni contribuiscono all'ansia della persona.

Il dolore presente, che talora richiede farmaci, sembra essere direttamente condizionato dalla presenza ed evoluzione delle lesioni capsulo-legamentose e vascolari, in assenza di fratture e lesioni cartilaginee; dolore e crampi + disturbano il riposo notturno e questo potrebbe contribuire all'umore altalenante. L'ipostenia rilevata potrebbe essere dovuta, più che a un reale depauperamento muscolare (non ipotrofia evidente), ad un'inibizione della contrazione causata dalle lesioni e dal dolore. Il PROM alla caviglia è certamente limitato dalla presenza di edema.

- **Come si scrive una prognosi di funzionamento?**

Preferibilmente a partire da abilità e partecipazione, descrivere il **miglior funzionamento** (poi poco suscettibile di miglioramenti) raggiungibile dalla persona assistita, e il **tempo indicativo** necessario per raggiungerlo. A volte non è possibile, perché il paziente è in fase ancora relativamente acuta, formulare un'unica ipotesi, ma è **necessario formulare un'ipotesi "al meglio" (se si risolvono positivamente tutti i principali problemi) e una "al peggio" nel caso questo non accada**. Per formulare la prognosi si possono prendere in considerazione i dati (magari anche non utilizzati per la diagnosi) che costituiscono fattori prognostici importanti (per es. presenza di menomazione sensitiva persistente) o che in ogni caso potrebbero ragionevolmente influenzare gli esiti finali (es. una buona coesione familiare). Esplicitare il **ragionamento/motivazioni** che giustificano il tuo giudizio. **Scegli liberamente se separare** la descrizione della prognosi di funzionamento dalla descrizione del ragionamento (consigliato) oppure **tenerle unite**.

Esempio: "Presumibilmente nell'arco di 6-8 settimane dolore ed edema saranno risolti, la guarigione tissutale sarà in fase avanzata ed Enrico riprenderà la deambulazione senza necessità di ausili ma con presenza di una protezione (da definire) e si sposterà autonomamente al domicilio, riprendendo a dormire nella sua stanza e ad essere autonomo nella cura di sé, oltre che in esterni, riprendendo la guida dell'auto (lo scooter dal secondo mese, in relazione al miglioramento effettivo). L'attività sportiva potrà essere ripresa a ipoteticamente a partire dal secondo/terzo mese, ma in modo graduale. Anche l'attività lavorativa sarà ripresa e, in relazione ai timori di Enrico riguardo la cassa integrazione, potrebbe essere precoce (4 settimane?) con la facilitazione di alcuni adattamenti e precauzioni (da valutare) in attesa del recupero completo delle strutture.

Ragionamento clinico: Il tempo ed entità di recupero sia a livello di menomazione (dolore, PROM e AROM) che di attività, sarà condizionato in modo particolare dai tempi fisiologici di guarigione biologica dei tessuti lesionati (Fattore prognostico positivo è l'assenza di lesioni cartilaginee (Fonte: Clinical evidence); l'andamento del quadro, la motivazione e la fiducia della persona sono fattori promuoventi ed il fatto che lo stato ansioso sia di tipo reattivo depone a favore di una sua risoluzione spontanea e con il solo intervento del FT.

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

- **Cosa mi deve chiedere per sapere se ragionevolmente ho effettuato un buon processo di diagnosi e prognosi?** Tra le possibili domande: **Per la diagnosi.** Mi sono chiesto: a) In che modo le menomazioni individuate possono influenzare negativamente attività e partecipazione? b) In che modo le strutture e funzioni integre possono influenzare positivamente attività e partecipazione? c) In che modo le limitazioni delle attività possono determinare restrizioni della partecipazione? d) In che modo limitazioni delle attività e restrizioni della partecipazione possono influenzare (negativamente) strutture e funzioni? e) In che modo i fattori contestuali influenzano attività e partecipazione?
Per la prognosi di funzionamento. Mi sono chiesto: a) quali sono i fattori prognostici (positivi o negativi) principali? b) quali sono i fattori realmente suscettibili di modificabilità nel tempo? c) In che modo la rimozione di barriere contestuali o l'introduzione di facilitatori può migliorare attività e partecipazione? d) Ho tenuto conto delle attese, valori, motivazione del paziente, e in generale dei suoi fattori personali? e) Ho definito l'arco tempo entro cui ragionevolmente potrà realizzarsi la prognosi prevista? f) Nel definire la prognosi di funzionamento ipoteticamente raggiungibile, ho considerato che potrebbe esserci più di un'ipotesi?



SEZIONE 3. OBIETTIVI DEL PROGETTO DEL PAZIENTE E PROGRAMMA (FISIOTERAPICO)

- **Cosa significa "metodo SMART" per un obiettivo?**
L'obiettivo è

S Specifico	Descrive esattamente cosa si vuole raggiungere
M Misurabile	Il raggiungimento o il progresso può essere misurato
A Accettabile	È accettato da coloro che sono responsabili di raggiungerlo
R Realistico/Rilevante	Può essere effettivamente raggiunto ed è importante
T definito nel Tempo	Viene indicato chiaramente il tempo previsto per raggiungerlo

- **Come si scrive un obiettivo? Come si compila il tempogramma?**

OBTV	3.a OBIETTIVO e sua "parola chiave" ¹	DOMINI O ICF ²	PRIORIT A ³	3.b Misure- valutazioni di esito (modalità previste)	3.c SETTIMANE (valutazioni e durata presunta degli obiettivi)									
					1	2	3	4	5	6	7	...		
1 12/09/ 2014	Riduzione del dolore alla caviglia a riposo e in carico (fino a VAS 1-2) (DOLORE)	F	+++	VAS	V		V							
					X	X	X							

In questo esempio l'obiettivo è stato fissato in data 12 settembre 2014, è Specifico in quanto indica chiaramente cosa si intende raggiungere, è Misurabile in quanto viene indicato il livello VAS da raggiungere, appartiene al dominio ICF Funzione, verrà valutato (V) in prima e terza settimana con la scala visuo-analogica VAS; è delimitato nel Tempo di tre settimane. Le componenti di Accettabilità e Realisticità/Rilevanza è da testimoniare nel ragionamento clinico, e sono legate alla percezione delle persone coinvolte e alle risorse realmente disponibili.

Gli errori più frequenti. Esempi: "educare i care-givers" oppure "esercizi di rinforzo muscolare" ovvero confondere gli obiettivi/programma del fisioterapista con gli obiettivi del progetto della persona!

- Cos'è una **misura di esito**? Sono le modalità (strategie, strumenti) valide, standardizzate e affidabili (quando possibile) con cui è possibile testimoniare la variazione delle condizioni della persona per una specifica funzione, attività o partecipazione. Se hai dubbi su quale adottare, un utile riferimento è il database Rehabilitation Measures Database <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures>. In questo database, interrogabile secondo le dimensioni ICF, puoi trovare anche i dati di validità, affidabilità, la MCID (Minimal Clinically Important Difference) e il MDC (Minimal Detectable Change) della misura in questione. Talora tuttavia sarà necessario/preferibile usare l'**osservazione** di una specifica performance della persona piuttosto che una misura standardizzata.
- **Quanti obiettivi devo fare come minimo?** Non esiste un minimo o massimo. Puoi verificare se tutti gli elementi cruciali di struttura/funzione e attività/partecipazione identificati nella diagnosi e/nella prognosi, e ritenuti modificabili, hanno un corrispondente obiettivo: in questo modo vi sarà coerenza con la prognosi. Usualmente un buon progetto ha sia obiettivi di struttura e funzione, che di attività e partecipazione.
- Cosa significa **obiettivo prioritario**? È un obiettivo che, non necessariamente secondo un criterio temporale, deve assolutamente essere perseguito/raggiunto, in quanto diversamente si comprometterebbe l'outcome ipotizzato. Questi obiettivi sono quelli che si occupano dei problemi identificati come "core" nella diagnosi/prognosi di funzionamento.

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

- Cosa vuol dire “**relazione reciproca tra gli obiettivi**”? Nella diagnosi e prognosi di funzionamento avrai già messo in luce le relazioni di condizionamento reciproco tra i vari aspetti del funzionamento della persona. Gli obiettivi saranno incentrati sulla modifica/miglioramento degli aspetti giudicati più importanti e al contempo modificabili. Usualmente il valor fatto su un obiettivo potrà avere effetti positivi incrociati per un altro obiettivo, oppure, per avviare le attività di un obiettivo, sarà necessario che un altro si sia completato con successo. In questa sezione dovrai semplicemente rendere espliciti questi condizionamenti/influenze reciproche, coerentemente con la diagnosi e prognosi definite in precedenza.
- Cosa è il **Razionale per la scelta delle facilitazioni/tipologie d'intervento**? Principi logici, teoria, evidenze e dati della persona che sono alla base della scelta del tipo e delle modalità di applicazione dell'intervento personalizzato. Per esempio, in una persona con ictus devono essere (ri)apprese molte attività e quindi si farà riferimento ai principi dell'apprendimento motorio (pratica variata ed intensa, ritiro progressivo del feedback, mirror therapy o action-observation therapy...), se vi è una menomazione sensitiva non si potranno sfruttare quei canali per facilitare il movimento...; vi sono evidenze che l'intensità della pratica nello stroke migliora determinati outcome...etc
- **Come si può descrivere l'intervento per uno specifico obiettivo**? Materiali e procedure/attività/processi, setting, personalizzazione, quando e quanto (frequenza ed intensità). Regole per lo stop. A volte potrà esservi una descrizione dettagliata e con una quantificazione esatta di una quantità, altre volte sarà più appropriato descrivere “la regola” che si userà per definire la specifica attività di quella seduta (es. ripetizioni dell'esercizio fino a raggiungere stanchezza muscolare...). Un utile riferimento può essere la **linea guida TIDieR**²² (reporting dell'intervento non farmacologico nei trial) che trovi nel tuo materiale del tirocinio nella cartella condivisa in Drive.
- **Cosa mi deve chiedere per sapere se ragionevolmente ho effettuato un buon processo definizione degli obiettivi e dell'intervento**? Tra le possibili domande...
 - **Per gli obiettivi.** Tutti gli elementi chiave identificati nella diagnosi/prognosi di funzionamento giudicati modificabili hanno un loro corrispettivo obiettivo? Gli obiettivi sono sia a livello di struttura/funzione che attività/partecipazione? Gli obiettivi descritti sono tutti quelli che, se raggiunti, consentiranno il raggiungimento della migliore prognosi di funzionamento?
 - **Per l'intervento.** L'intervento descritto comprende tutti “gli ingredienti” essenziali per renderlo efficace? Ci sono le “regole per lo stop”? E' personalizzato per la specifica persona? Quando opportuno, descrive una potenziale progressione di attività per poter raggiungere l'obiettivo? L'intervento potrebbe essere replicabile da un collega semplicemente dalla sua lettura? Ho descritto nell'intervento anche la rimozione di barriere (es. eccesso di assistenza da parte dei familiari) o l'inserimento di facilitatori (es ausilio)?



SEZIONE 4. DIARIO CLINICO

Questa sezione è richiesta in modo obbligatorio nelle cartelle cliniche. Qui si testimonia che la persona è stata trattata (data), come stava in quel giorno, il suo accordo con il trattamento e le sue reazioni/modifiche. Si descrivono le variazioni in itinere e le motivazioni che le hanno rese necessarie. Qualora si inseriscano nuovi obiettivi, aggiungerli nello schema tempogramma con la data della definizione

- **Cosa mi deve chiedere per sapere se ragionevolmente ho scritto un buon diario clinico**? Tra le possibili domande... Sono stato/a sintetico/a ma al contempo ho garantito trasparenza e tempestività? Un lettore comprenderebbe facilmente l'iter compiuto? In caso di contenzioso, ho lasciato traccia degli elementi che garantiscono la sicurezza della mia pratica professionale e la decisione collaborativa con la persona assistita?



SEZIONE 5. EVIDENZE A SUPPORTO DELLA DECISIONE CLINICA

- **Cosa metto qui?** Il riferimento bibliografico completo dell'articolo, il quesito dello studio, il tipo di disegno di studio, il suo rischio di bias, i risultati dello studio (Sono statisticamente significativi? Le dimensioni dell'effetto sono abbastanza grandi

²² Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, Altman DG, Barbour V, Macdonald H, Johnston M, Lamb SE, Dixon-Woods M, McCulloch P, Wyatt JC, Chan AW, Michie S. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014 Mar 7;348:g1687.

Corso di Laurea in Fisioterapia - sede di Ferrara

secondo anno di corso

per essere utili al paziente? Guarda e riporta la P, la stima puntuale e l'intervallo di confidenza). Inserisci il tuo giudizio sulla trasferibilità dei risultati al tuo specifico paziente e illustra in che modo l'articolo ha influenzato la tua presa di decisione clinica. Per aiutarti in questo processo puoi usare il modello EBP che trovi nel tuo materiale di tirocinio.

- **Devo allegare altro?** Nella tua cartella in Drive metti il (i) full-text dell'articolo(i) e il modello EBP, se lo hai usato.
- **Cosa mi deve chiedere per sapere se ragionevolmente ho effettuato un buon processo di supporto delle evidenze?** Tra le possibili domande: Ho cercato la fonte più efficiente, secondo il modello delle 6S? Ho cercato nel database dove effettivamente avevo probabilità di trovare il lavoro di interesse? Se il lavoro non era già valutato criticamente, ho valutato io il rischio di bias? Nel considerare i risultati, ho tenuto conto del rischio di bias? Ho considerato la minima differenza clinicamente importante? Ho considerato la mia expertise, il contesto specifico e i valori della persona assistita?



SEZIONE 6. LETTERA DI FINE TRATTAMENTO/DIMISSIONE

La lettera di dimissione è la sintesi del percorso paziente e di ciò che potrebbe necessitare (in futuro). Un libero professionista dovrà sempre rilasciare questo documento alla persona che ha assistito, e la persona potrà portarla al proprio medico di base o allo specialista, o semplicemente conservarlo nella sua documentazione sanitaria. E' evidente che la lettera di fine trattamento "rappresenta" (nel bene e nel male) il professionista che la redige!

- **Cosa mi deve chiedere per sapere se ragionevolmente ho redatto una efficace lettera di dimissione?** Tra le possibili domande...Contiene tutte le informazioni necessarie a fare in modo che un altro professionista riesca a crearsi immediatamente una foto/istantanea della persona, dei risultati ottenuti, degli obiettivi ancora da raggiungere, aspettative della persona? Descrive cosa la persona riesce a fare in dimissione e cosa desidererebbe ottenere? E' sintetica, chiara, comprensibile da coloro a cui è destinata? Ho evitato acronimi o gergo?



SEZIONE 7. FEEDBACK DEL TUTOR

E' SCRITTO dal tutor nel caso questi lo voglia fare. Potrebbe offrire un contributo fondamentale alla riflessione e al miglioramento del ragionamento clinico dello studente, sottolineando ciò che lo studente ha fatto bene e suggerendo spunti di miglioramento per le parti meno riuscite.