**SEGNI/SINTOMI MSK INQUADRAMENTO RIABILITATIVO**

*Sbobinatori: Rossi. G., Monselli C.; Revisionatori: Torrese L., Zucchi V.*

A questo punto si dovrebbe avere abbastanza chiaro come gestire il pz che ritorna da un referral; quindi, in questa lezione si analizzerà come andare a gestire impairment e priorità riabilitative identificate in questi pazienti, mediante il trittico comunicazione, modifica del sintomo e carico.

Immagine che contiene testo, schermata, software, design

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Immagine che contiene testo, schermata, software, diagramma

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.In particolare, si analizzerà la parte della gestione terapeutica, andando a vedere come andare a gestire e conoscere queste 3 aree (comunicazione, modifica del sintomo e carico).

**WOOCLAP:**

**Domanda 1:** “Riporta nella relativa etichetta, gli elementi/indicatori che ritieni utili per poter definire la baseline, i gesti target del trattamento, il focus dell’esercizio, la modalità di somministrazione dell’esercizio.”

***Definizione di BASELINE*** *presa dalle lezioni trasversali (Sbobina Dolore Activity, pag 7): quota tollerata di performance richiesta al paziente.*

*Fatto questo bisogna, grazie ad una modalità symptom-contingent, trovare la quantità o volume di attività sul gesto provocativo che è tollerata dal paziente e per fare ciò verrà utilizzato il cosiddetto Pain Monitoring Model per identificare quanto del gesto provocativo l’individuo riesca a sopportare.*

*I parametri che forniranno la tolleranza del singolo saranno:*

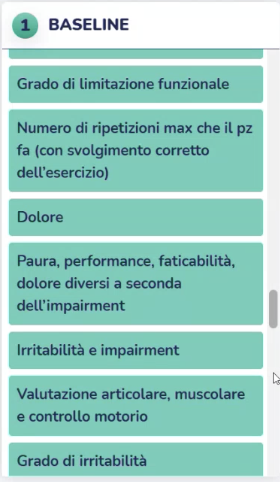
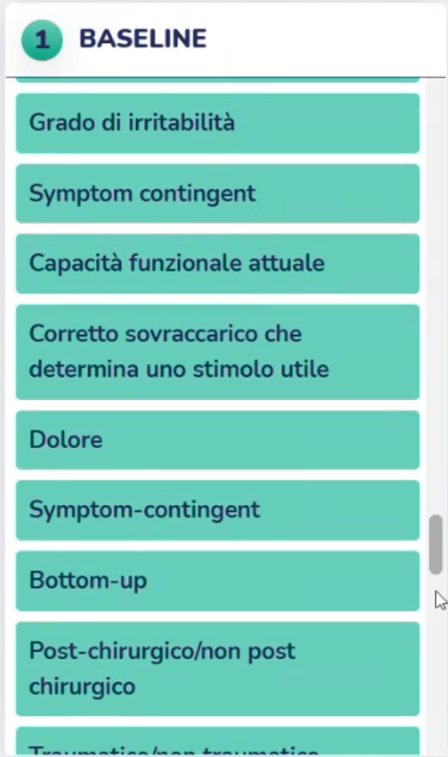
*-Dolore durante l’attività*

*-Sintomi nelle 12/24H dopo l’attività*

*-Trend dei sintomi nel tempo*

*Queste variabili possono aiutare il clinico ad istruire il paziente su come stabilire la sua tolleranza tenendo sempre in considerazione la soggettività assoluta del singolo.*

*Symptom-Contingent: La condizione che vincola l’esecuzione dell’esercizio non è l’assenza o presenza di dolore ma la quantità di sintomo tollerato e quindi anche l’individuazione stessa dell’attività tollerata (baseline) sarà a sua volta vincolata dal dolore in sé (sempre non assenza o presenza ma da una quota tollerata).*

Risposte nostre alla prima domanda del Wooclap sulla Baseline: Immagine che contiene testo, schermata, Carattere, numero

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

**BASELINE:** Quota di carico utile tollerata, non parliamo di efficacia perché non possiamo saperlo a priori, bensì basata sugli impairment del paziente.

La BASELINE deve essere:   
-**UTILE   
-TOLLERATA:** sia se è 0 sia se è 7 **-BASATA SUGLI IMPAIRMENT**: Non sempre si ragiona sul dolore ma ci sono anche altri impairment che partecipano al settare la baseline. Perché il dolore non è l’unico impairment che dobbiamo monitorare, possiamo avere la paura, la fatica.

**DOMANDE INTERESSANTI SULLA BASELINE:**   
**Domanda di Miele:** Il termine “tollerata”, riferito alla baseline, può essere surrogata da quello che è comparso più volte come symptom-contingent in baseline?   
La risposta è no.

**Domanda di Miele**: La definizione della baseline è sempre symptom-contingent?  
**Risposta:** dipende dal tipo di impairment.   
**Risposta**: può essere anche time-contingent se vediamo che l’impairment è la paura. Esempio paziente con paura di fare un movimento, post esperimento comportamentale dove dimostriamo al paziente che non ha dolore a fare il movimento, noi settiamo la baseline time-contingent.   
**Ristori:** il distinguo che avete fatto riguarda il settaggio della baseline o la modalità di esecuzione dell’esercizio?  
**Risposta:** modalità di esecuzione dell’esercizio. Quindi non bisogna confondere il settaggio con la tecnica di esecuzione dell’esercizio.  
**Risposta:** Symptom contingent e time fanno riferimento alle modalità di esercizio del paziente. Bottom Up e top down sono le logiche che mi guidano alla posologia dell’esercizio.

**Risposta:** Credo che valga la pena riflettere sulle varie terminologie che sono emerse riguardo al settaggio della baseline. Mi trovo d'accordo sul fatto che sia la baseline sia l’esecuzione dipendano dall’impairment presente. Non esiste un’unica modalità, né un unico parametro valido per ogni situazione, proprio perché gli impairment possono essere molto diversi tra loro.

**Miele:** Quindi, se parliamo di impairment dolore, imposterai sempre la baseline in un certo modo; se invece si tratta di rigidità, seguirai una modalità diversa. Ogni categoria di impairment ha una sua modalità specifica di impostazione della baseline?

**Risposta:** Sì, direi proprio di sì. Ad esempio, nel caso del dolore, come nella Graded Activity o nel modello di Habituation, si utilizza un approccio symptom-contingent, cioè guidato dalla presenza e intensità del sintomo. Al contrario, se si lavora sul miglioramento della salute generale o sulla forza muscolare, il dolore non è il parametro principale: ci si concentra piuttosto sulla faticabilità o sul rinforzo di un determinato distretto muscolare.

**Miele:** Quindi, quando tratti il dolore, utilizzi sempre una modalità symptom-contingent, mentre per il lavoro sulla forza puoi utilizzare una modalità time-contingent, corretto?

**Risposta:** Esatto, salvo nei casi in cui siano presenti più impairments contemporaneamente. In quei casi, devo trovare un compromesso nel settaggio della baseline che tenga conto di tutte le componenti presenti. Ma sì, in linea generale, se vogliamo distinguere per categorie, come nello schema che conosciamo, le modalità di impostazione non sono le stesse e nemmeno i parametri considerati: tutto dipende dall’impairment su cui sto intervenendo.

**Miele:** La modalità di settaggio per un dolore neuropatico è la stessa di quella per un dolore nociplastico, visto che entrambi rientrano sotto l’impairment "dolore"?

**Risposta:** No, sono situazioni diverse, anche rispetto ai co-driver del dolore o ai meccanismi sottostanti. Se si parla di dolore neuropatico, il settaggio iniziale della baseline e la sua progressione sono orientati alla tollerabilità del paziente e alla percezione del dolore. Nel dolore nociplastico, invece, la questione è più complessa: faccio più fatica a individuare un unico criterio, proprio perché la sintomatologia e i meccanismi sono meno lineari.

**Miele**: Quindi, possiamo dire che la modalità symptom contingent è indicata per il dolore neuropatico, ma non per quello nociplastico. E nel caso del dolore nocicettivo?

**Risposta**: Nel dolore nocicettivo utilizzerei comunque un approccio symptom contingent, ma sempre entro i limiti della tollerabilità. È come se usassi la stessa contingenza di settaggio, ma con soglie diverse: mi regolo in base a parametri come ad esempio il livello di dolore riportato nella scala NPRS o l’evocazione dei sintomi.

**Risposta**: Nel dolore neuropatico, cerchiamo generalmente di evitare la provocazione del sintomo. Nel nociplastico, invece, possiamo accettare un certo livello di dolore. Anche nel nocicettivo è accettabile un dolore tollerabile, quindi in tutti i casi l’approccio può essere symptom contingent. Tuttavia, il modo in cui impostiamo la baseline cambia in base a diversi fattori: il tipo di impairment, il meccanismo di dolore, la soglia del paziente, ecc.

**Risposta**: Concordo anch’io. Il sintomo resta un elemento centrale. A volte dobbiamo accettare che ci sia dolore, purché sia tollerabile per il paziente. Altre volte, invece, puntiamo ad un’esecuzione pain free.

**Ristori**: Esatto. Il principio di fondo è che nella definizione della baseline, dobbiamo sempre passare da una fase symptom contingent, in cui il sintomo o la performance condiziona la scelta. Facciamo un esempio: in un esperimento comportamentale dove applichiamo il modello dell’inhibitory retrieval, l’obiettivo è trovare quell’attività che massimizza la **violazione dell’aspettativa**. Ora, questa violazione non possiamo chiamarla “sintomo” in senso stretto; forse è più corretto parlare di “credenza”. In questo contesto, la baseline non è più symptom contingent, ma credenza contingent: cioè, scelgo cosa farti fare in base ad un parametro. Poi, una volta che esegue anche a casa l’attività che abbiamo testato/ provato/ studiato/ costruito in studio, quello che chiedo sarà se sto seguendo una logica time contingent, performance contingent o altro.

**Ristori**: nella fase di settaggio sono vincolato da qualcosa. Nella fase di esecuzione posso rimanere vincolato a questo qualcosa, oppure posso anche fregarmene.

Questo principio vale indipendentemente dal tipo di impairment. È una regola generale da tenere bene a mente: c’è sempre una condizione iniziale vincolata, da cui si parte.

**Domanda**: Quindi, quando parli di symptom contingent, non ti riferisci esclusivamente al dolore, giusto? Perché prima hai parlato anche di performance e di credenze. Volevo capire se per “sintomo” intendevi anche questi altri elementi.

**Ristori**: Esatto. Io parlo di un vincolo iniziale nel settaggio della baseline, che può dipendere da vari fattori: dolore, performance, credenza, ecc. Il punto è che **l'atto di impostare la baseline è sempre vincolato a qualcosa**.   
Quindi: la fase di settaggio è sempre vincolata, mentre la fase di esecuzione può rimanere vincolata oppure no, in base a ciò che è più utile nel contesto specifico.

Il termine time contingent, invece, si riferisce a un’attività **non vincolata**: si esegue indipendentemente dal sintomo o da altri parametri.

Questa distinzione tra symptom contingent e time contingent è nata proprio nel contesto del dolore: ci si chiedeva se fosse corretto far eseguire esercizi solo in assenza di dolore (pain-free) oppure anche con un certo livello di dolore tollerabile.

Se però vogliamo estendere questo schema oltre il solo parametro del dolore, dobbiamo allargare anche la definizione dei concetti:

* Symptom contingent diventa “essere vincolati a qualcosa” (che può essere dolore, ma anche performance, credenze, aspettative da violare, ecc.).
* Time contingent diventa “essere liberi da quel vincolo”.

La ricerca della baseline è sempre un atto vincolato (vincolato a una quota tollerata di sintomo, dolore, un’esecuzione o a una performance, o vincolato alla massima aspettativa da violare), anche se la modalità di esecuzione può eventualmente non esserlo più. Hai un vincolo, trovi la quota da cui partire e da lì decidi come proseguire. È questo il concetto chiave.

**Domanda**: Quindi, nel dolore neuropatico, la “quota” di dolore ammessa durante l’esercizio dovrebbe essere minima o nulla? È corretto dire che il vincolo dipende dall’impairment, e in questo caso dev’essere quasi zero?

**Ristori**: Esatto. Che sia zero, uno, due, tre o dieci, si tratta sempre di una **soglia di tolleranza**. Quando definisci la baseline, ti riferisci sempre a una quota tollerabile.   
Nel dolore neuropatico, ad esempio, quella soglia sarà molto bassa (idealmente zero).   
Una volta compreso questo principio, puoi applicarlo **a qualsiasi tipo di vincolo**: dolore, performance, aspettative, ecc. È una regola trasversale.

**Domanda**: Quindi questo ha a che fare anche con le logiche top-down e bottom-up? Ad esempio, se il target è la struttura, la rigidità, la forza?

**Ristori**: no, ma **anche se ci sono logiche bottom-up**, **il principio resta valido**.

**Domanda**: Quindi, quando si diceva che la baseline è “tollerata, utile e tarata sull’impairment del paziente”, si intende proprio questo? Cioè una quota di dolore tollerata, oppure una performance specifica nel caso del controllo motorio?

**Ristori**: Sì, esattamente. È “utile” perché serve per affrontare quell’impairment specifico. È “tollerata” perché rispetta i limiti soggettivi del paziente. Ed è “tarata” perché deriva dalla comprensione di ciò che il paziente può fare in quel momento, vincolato dal parametro rilevante (dolore, performance, aspettativa, ecc.).

Immagine che contiene testo, Carattere, schermata

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto. Immagine che contiene testo, Carattere, schermata

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

**Miele**: Vi ricordate la definizione di target? Perché spesso l’obbiettivo e il target vengono usati in modo intercambiabili.

**Risposta**: l’oggetto del nostro dosaggio dell’esercizio. Che non è sempre sinonimo dell’obbiettivo

**Miele**: Come si sceglie il focus?

**Risposta**: in teoria dovrei usare come linea preferenziale quello interno quando possibile, se invece non è possibile utilizzo l’esterno e lo vado a rimuovere il prima possibile. Mi viene facile l‘esempio sul controllo motorio, in cui magari un paziente che ha un impairment di questo tipo piuttosto prevalente e importante, magari nelle prime fasi se lui non riesce a farlo in modo efficace o in un modo che qualitativamente secondo me adeguato, con un feedback interno al proprio corpo gli vado a proporre magari qualcosa di esterno che poi glielo tolgo il prima possibile.

**Ristori**: Questo ha senso nell'istante in cui si sta cercando una perfetta esecuzione di un gesto. Ma pensa per esempio ad un paziente con paura, ha bisogno di un focus attentivo esterno.

Ad esempio un pz che ha sempre mal di collo, che dopo che mantiene la posizione prona a dormire gli viene un mal di collo che non riesce a sopportare.

Cosa faccio? Ipotizzando che in realtà sia solo impaurito e drammaticamente arrabbiato nei confronti del dolore, lo espongo alla rotazione della testa da sdraiato. Si controllano le sensazioni interne per farlo sfuggire dai pensieri esterni che lo portavano verso la catastrofizzazione e il ruminare.

Quindi si riflette di volta in volta di cosa si ha bisogno.

Quando voglio rompere un bracing, per esempio di un paziente con paura, gli devo dare un focus attentivo interno per fargli capire dove lui sta controllando. Ma prima gli tolgo il focus attentivo interno e più lo rendo libero nella possibilità di muoversi senza pensare.

Ho fatto tre esempi di pazienti con caratteristiche di bandiere gialle in cui ho fatto tre cose completamente diverse l'una dall'altra:

* Una calamita esterna nei pensieri a quello che da sdraiato non riusciva a rimanere a letto. Allora ti metto una calamita interna dentro di te e ti faccio ascoltare.
* quello che aveva il bracing lombare, che cosa ho fatto? Hai una calamita interna dentro di te che accendi da solo, ti insegno a spegnere la calamita interna che non sapevi di avere. Quindi tu involontariamente fai un focus attentivo interno quando ti pieghi, io ti insegno un focus attentivo interno per modificare quello che accendi tu.
* Quello che non girava perché aveva paura, avevo bisogno di farlo sconcentrare dal focus attentivo interno, gli ho dato il libro da leggere girando la testa.

**Miele**: Ci sono in realtà altre due modalità che non sono uscite oltre al time contingent, symptom contingent, performance contingent, perché spesso in realtà per l'arto superiore non abbiamo questo tipo di proposte: c'è la modalità relativa alla guarigione strutturale, quindi la logica di somministrazione che segue e che persegue l'obiettivo di guarire la struttura e ovviamente poi quello legato alla fatica contingent.

*[Sbobina scorso anno: Domande wooclap:*

* *Indicare alcuni elementi chiave anamnestici e dell’esame fisico che ti permettono di fare un inquadramento di una problematica a competenza riabilitativa.*

*Segue una discussione intrapresa da Miele e Ristori, i quali hanno preso alcune delle risposte “più interessanti per discuterne insieme”:*

***Test di rule out negativi:*** *si parla di test negativi per escludere problematiche di competenza non riabilitativa. Ristori sottolinea che non essendoci quasi nessun test con sensibilità 100% non è sufficiente basarsi su questi ultimi ma è necessario basarsi su anamnesi ed esame obbiettivo in toto. (digressione su sensibilità e specificità: sono due proprietà influenzate dalla prevalenza di malattia, la quale è influenzata a sua volta dalla probabilità pre-test che il soggetto sia malato).*

*Ristori sottolinea l’importanza di fare una corretta anamnesi per rilevare le problematiche che non sono di competenza riabilitativa, in quanto l’anamnesi è il momento cardine per capire qual è la probabilità pre-test di avere un paziente con Red flags.*

*In seguito allo svolgimento di una corretta anamnesi, ci sarà l’esame fisico il quale andrà a confermare o meno il sospetto anamnestico. Nel caso in cui le due fasi della valutazione dovessero differire, il fisioterapista si trova in difficoltà.*

*Viene riportato un esempio di indagine funzione-struttura da uno studente, il quale sottolinea come nel ginocchio si vada ad escludere il danno nelle varie strutture coinvolte. Ristori sottolinea come ci sia questa differenza di modalità di lavoro in quanto i test dell’arto superiore sono meno sensibili, in questo seminario si ragionerà sulla funzione. Nell’arto superiore il modello proposto si basa sull’impairment del paziente, non sul danno strutturale o sulla diagnosi che ha: i test di rule out quindi non sono sufficienti.*

***Meccanismo prevalentemente nocicettivo:*** *Miele chiede come mai si pensa che la presenza di un meccanismo nocicettivo sottenda un paziente a competenza riabilitativa. Si sottolinea come questa visione sia sbagliata: una frattura è inseribile in un meccanismo nocicettivo, tuttavia, si tratta di una problematica chiaramente non di competenza riabilitativa. Viceversa, quadri neuropatici, nociplastici o misti rientrano tra le nostre competenze. Altro esempio di problematica nocicettiva è il paziente con importante flogosi: anch’esso ricade in una gestione post-referral e quindi non inizialmente di nostra competenza in quanto necessita di un iniziale trattamento farmacologico.*

***Dolore localizzato e dolore che varia durante la giornata:*** *un paziente con frattura misconosciuta potrebbe essere un paziente che con il riposo migliora, ma di notte ha molto dolore. Il dolore risulta essere molto localizzato, ad esempio a livello del trochite.*

***Riproducibilità del dolore ai test provocaitvi:*** *ci sono alcuni test che alla positività del sintomo ci fanno fare referral, quindi non è corretto dire che un test che riproduce il dolore del paziente ci consenta di essere sicuri di parlare di un paziente di competenza fisioterapica.*

***Impairment di tipo muscoloscheletrico:*** *(sottolineato ma non analizzato)*

***Intensità del dolore non troppo alta:*** *con VAS e NPRS non alte è possibile avere presentazioni che non sono di nostra competenza. Ristori sottolinea come non tutte le problematiche non muscoloscheletriche si manifestino con forte dolore nel paziente.*

*Uno studente sottolinea come non si riuscissero a trovare segni e sintomi specifici che possano sottendere un quadro di competenza fisioterapica o meno. I prof sottolineano come finalmente sia stato centrato il punto, ovvero che la domanda era volutamente dubbia. La risposta corretta era:*

*La competenza riabilitativa esiste in tutti i pazienti dove viene esclusa la presenza di red flags.*

*Impairment di forza con esame neurologico negativo: se si ha una totale impotenza funzionale e si esclude la problematica neurologica, non si parla automaticamente di un paziente di competenza riabilitativa, potrebbe trattarsi tranquillamente di una lesione massiva dell’unità miotendinea.*

*Esame della forza negativo con riflessi elicitabili: l’esclusione delle due problematiche presentate non esclude problematiche non di competenza fisioterapica; anche pensando ad un paziente con meccanismo neuropatico, ad esempio, potrebbe tranquillamente presentarsi un paziente con riflessi normoecitabili, forza conservata ma in un quadro di totale anestesia.*

*ROM / Trigger point positivi con esami strumentali negativi: ci possono essere disturbi che alterano il ROM che non sono di competenza riabilitativa, questo va bene nel caso di deficit del ROM / ROM mantenuto.*

*Ristori rimarca come non abbia senso di parlare di trigger point. Per trigger point positivo si intende l’area nel muscolo che è in grado di riprodurre il sintomo in seguito a pressione, tuttavia pur “risolvendo il trigger point” non riusciamo a determinare se la problematica sia di competenza fisioterapica o meno (conclusione mia perché Ristori ha cambiato discorso, visto che nessuno è intervenuto da casa...).*

*Per quanto riguarda gli esami strumentali, la negatività di questi ultimi non è per forza una conferma di competenza fisioterapica. Esempio: paziente con RX negativa e con trigger point positivi che una volta trattati riducono / eliminano il sintomo del paziente. Io non posso essere sicuro che il caso presentato sia un paziente di pertinenza fisioterapica, infatti, potrebbe tranquillamente trattarsi di un paziente con un tumore che dà dolore riferito alla spalla. Anche nel caso appena presentato, il terapista si sarebbe dovuto far orientare da anamnesi ed esame obbiettivo in toto per arrivare ad individuare una presenza di red flags nonostante l’RX negativa del paziente.*

*Domanda da casa: “Nel caso in cui avessimo condotto l’anamnesi non riscontrando red flags?”*

*(Ristori risponde: “Fermooooooo”.) Ristori risponde che dopo un’anamnesi che esclude red flags il paziente è di nostra competenza, in seguito all’anamnesi posso fare poi un esame fisico per esplorare forza, movimento attivo e passivo per confermare l’anamnesi. I segni e sintomi che ci indirizzano verso la possibilità di trattare un paziente sono l’assenza di red flags, la cosa fondamentale è il ragionamento.*

*Lo studente finisce la domanda: “Quindi il non riuscire a modificare il sintomo dopo aver escluso red flags non cambia nulla nel nostro ragionamento?”*

*Risposta: “No”]*