**FOCUS SU AS – VALUTAZIONE pt.4**

**SEGNI E SINTOMI MUSCOLOSCHELETRICI AD INQUADRAMENTO RIABILITATIVO**

*Docente: Ristori Diego*

*Autori: Demartini B., Bresciani M.*

*Immagine che contiene testo, schermata, software, Sito Web

Descrizione generata automaticamente*

Fin qui abbiamo imparato a riconoscere qual è la storia clinica e quali sono i segni/sintomi del paziente che fanno propendere per una presentazione non MSK (parte sx dello schema) o per una presentazione MSK a competenza emergenziale/chirurgica o medico/specialistica; indagheremo ora quali sono le peculiarità dei segni/sintomi che sono a presentazione MSK e a competenza di inquadramento riabilitativo 🡪 dove è quindi necessario che il pz inizi un percorso di riabilitazione (è poi possibile che ci sia la necessità di una valutazione da parte di un altro professionista nel caso di supporto/sostegno alla gestione, ad esempio in caso di necessità di copertura farmacologica).

Immagine che contiene testo, schermata, software, Sito Web

Descrizione generata automaticamente

***Domanda wooclap:***

1. *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:*

*“****Assenza di red flags****”:* si definiscono red flags quegli elementi anamnestici e/o clinici che sottendono quadri di inquadramento non riabilitativo, per cui non va bene come risposta alla domanda in quanto equivale a dire la stessa cosa.

“**Bassa irritabilità**”: sicuramente i quadri nocicettivi che richiedono un quadro non riabilitativo spesso solo altamente irritabili e con scarsa funzionalità, ma non sempre e soprattutto non possiamo dirlo al rovescio. Miele fa un esempio di un paziente con tunnel carpale con bassissima irritabilità che presenta qualche parestesia costante durante il giorno ma di intensità 2NRS, che non viene provocato eccessivamente con il movimento ma che però appunto presenta un’importante anestesia delle prime tre dita 🡪 sicuramente non è una problematica di competenza riabilitativa: la bassa irritabilità in questo caso è peculiare e non è provocabile con i test di neurotensione poiché oramai il nervo è denervato dai suoi stessi nerva-nervorum, per cui non avremo una riuscita di trattamento con tecniche di esercizio e mobilizzazione 🡪 è un caso abbastanza eclatante di bassa irritabilità caratterizzato da loss of function marcato di competenza non riabilitativa; al contrario un paziente con tunnel carpale che in seguito a sovraccarico (ha lavorato tanto utilizzando la mano es lavori di sartoria/altro) per cui presenta uno sproposito di carico rispetto a quella che è la tolleranza carico del nervo e si ritrova ad avere un dolore neuropatico estremamente acuto nei primi giorni, senza deficit di funzione e senza sospetto che ci possa essere un interessamento della parte di conduzione vera e propria, può essere di competenza riabilitativa (magari con una gestione farmacologica nella fase iniziale), si ha un’alta irritabilità del SN che risponde in modo violento a piccoli movimenti, che magari in prima fase può non essere gestito dal fisioterapista in assoluto (magari consigliando semplicemente posizioni allevianti). 🡪 per cui la bassa irritabilità non è una caratteristica che da sola ci aiuta ad inquadrare il paziente.

“**Test speciali**” e ***“Test che permettono di fare rule out”:*** test speciali non ci dicono nulla; test che permettono di fare rule-out idealmente se negativi ci permettono di fare rule-in (competenza riabilitativa) ma sull’AS per lo stesso motivo dei test speciali, non possono determinare, da soli, la presa in carico fisioterapica o meno del paziente. 🡪 questo vale per il discorso che Ristori durante la prima lezione del primo giorno, in cui ci ha riportato la “caduta del mito della precisione dei test” nel corso degli anni. 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.

*(dalla sbobina dell’anno scorso: 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.)*

*“***Coerenza dei sintomi con il distretto valutato***”:* uno studente spiega che probabilmente chi ha scritto questo intendeva che la riproduzione del sintomo doloroso avvenga in seguito alla proposta di test attivi eseguiti dal paziente, in questo senso si potrebbe distinguere una problematica MSK da una non (es viscerale, che al movimento del distretto non viene evocato); a tal proposito, però, Miele sottolinea come non sia sufficiente per determinare che sia di competenza riabilitativa la sola riproduzione del dolore al movimento di quel distretto.

Ristori chiede ad studentessa che cosa abbia scritto lei: risponde di non aver scritto nulla, poiché non vi sono elementi chiave che mi fanno pensare ad un inquadramento riabilitativo, ma è dato dall’esclusione di tutto quello che non lo è.

Un altro studente interviene dicendo di aver scritto “esclusione di red flags”, in quanto non vi sono elementi chiave per quadro di competenza riabilitativa.

Viene poi chiesto al prof come mai “esclusione di red flags” sia considerata sbagliata come risposta 🡪 ma il prof ribatte che non ha mai detto essere sbagliata come risposta, ma che semplicemente vuol dire la stessa cosa che la domanda chiedeva. Il prof chiede che differenza ci sia tra dire “non esistono elementi chiave per inquadrare una problematica a competenza riabilitativa” ed “esclusione di red flags”?

Di fatto dicono la stessa cosa ma la risposta corretta (per essere corretti formalmente in italiano) è che: **non esistono** elementi chiave anamnestici e dell’E.O. che ci permettono di fare un inquadramento di una problematica a competenza riabilitativa 🡪 sta poi a noi, identificare quali elementi della valutazione mi portano a favore di competenza riabilitativa e quali no, va contestualizzato il tutto.

“**Meccanismo di dolore nocicettivo”:** Miele spiega come sia sbagliata questa risposta in quanto non sempre un dolore nocicettivo è di nostra competenza (per esempio una frattura, una lesione legamentosa/capsulare/tendinea, o anche un dolore viscerale o una problematica di tipo reumatico in fase reattiva 🡪 sono tutti quadri inseribili in un meccanismo nocicettivo, tuttavia, non 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. ATTENZIONE a non fare questi errori!!

“**Assenza di dolore notturno**”: di per se è una risposta sbagliata, in quanto quasi tutte le problematiche flogistiche spesso danno un picco di dolore notturno.

**Ristori conclude affermando che arriviamo ad un inquadramento di nostra competenza solo per esclusione di altre competenze di inquadramento!!!**

🡪 quindi, pur essendo una ripetizione della definizione, è corretto dire: è mia competenza se escludo red flags, è corretto dire che non si hanno delle caratteristiche peculiari per definire la mia competenza di inquadramento 🡪 è tutto giusto!

Riporto altre discussioni della sbobina dell’anno scorso:

***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.*

*(un dolore con andamento costante nelle 24h, che non ha elementi aggravanti ed allevianti POTREBBE essere non di competenza riabilitativa, ma non è detto! Va contestualizzato a tutto il resto!!)*

***Riproducibilità del dolore ai test provocativi:*** *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”*