

GOODMAN E SNYDER'S
DIAGNOSI DIFFERENZIALE
PER **FISIOTERAPISTI**
SCREENING FOR REFERRAL

GOODMAN E SNYDER'S
DIAGNOSI DIFFERENZIALE
PER **FISIOTERAPISTI**
SCREENING FOR REFERRAL

John D. Heick, PT, DPT, PhD, OCS, NCS, SCS

Associate Professor
Department of Physical Therapy and Athletic Training
Northern Arizona University
Flagstaff, Arizona

Rolando Lazaro, PT, PhD, DPT

Professor
Department of Physical Therapy
California State University Sacramento
Sacramento, California

Edizione italiana sulla settima in lingua inglese a cura di

Simone Patuzzo

Dottore in Fisioterapia

PICCIN

GOODMAN AND SNYDER'S DIFFERENTIAL DIAGNOSIS FOR PHYSICAL THERAPISTS,
SEVENTH EDITION

Copyright © 2023 by Elsevier, Inc. All rights reserved, including those for text and data mining,
AI training, and similar technologies.

Publisher's note: Elsevier takes a neutral position with respect to territorial disputes or jurisdictional claims in its
published content, including in maps and institutional affiliations.

This edition of **Goodman and Snyder's Differential Diagnosis for Physical Therapists**, Seventh Edition,
9780323722049 by **John Heick and Rolando T. Lazaro** is published by arrangement with Elsevier Inc.

Questa edizione di **Goodman and Snyder's Differential Diagnosis for Physical Therapists**, Seventh Edition,
9780323722049 by **John Heick and Rolando T. Lazaro** è pubblicata su licenza di Elsevier Inc.

La **traduzione** del volume è stata effettuata a cura di **PICCIN NUOVA LIBRARIA S.p.A.** e sotto la sua responsabilità. I professionisti del settore sanitario, i ricercatori e lettori in genere del testo devono sempre basarsi sulla loro esperienza e le loro conoscenze quando prendono in considerazione e usano qualsiasi informazione, metodo, composto o esperimento qui descritto. Poiché le scienze mediche sono in continua evoluzione, si raccomanda, in particolare, la verifica autonoma delle diagnosi e del dosaggio dei medicinali. Elsevier, gli Autori, Curatori o Collaboratori non si assumono alcuna responsabilità per quanto riguarda la **traduzione** o per qualsiasi lesione e/o danno dovesse venire arrecato a persone o beni per negligenza o altro, oppure uso od operazioni di qualsiasi metodo, prodotto, istruzione o idea contenuti in questo libro.

Piccin Nuova Libreria S.p.A. desidera precisare che qualsiasi opinione espressa in questo libro dai singoli Autori o Collaboratori è personale e non riflette necessariamente il punto di vista/l'opinione dell'Editore. Le informazioni o le indicazioni contenute in questo libro sono destinate all'uso da parte di professionisti del settore sanitario e/o scientifico e sono fornite esclusivamente come integrazione del giudizio del medico o di altri professionisti, della loro conoscenza dell'anamnesi del paziente, delle istruzioni del produttore e delle linee guida appropriate. Qualsiasi informazione o consiglio su dosaggi, procedure o diagnosi deve essere verificata in modo autonomo sotto stretta sorveglianza specialistica e attenendosi alle istruzioni per l'uso e alle controindicazioni contenute nei foglietti illustrativi. Questo libro non indica se un particolare trattamento sia appropriato o adatto a un determinato individuo. In ultima istanza, è responsabilità esclusiva del professionista sanitario formulare il proprio giudizio professionale, in modo da consigliare e trattare i singoli pazienti in modo adeguato.

Il nome di società o prodotti commerciali può corrispondere a ragioni sociali, marchi o marchi registrati ed è utilizzato esclusivamente per l'identificazione da parte del lettore e per la spiegazione dei concetti e dei case studies senza alcun intento pubblicitario o di utilizzo in violazione alla normativa vigente.

Opera coperta dal diritto d'autore - Tutti i diritti sono riservati, inclusi quelli relativi a TDM (text and data mining), al training dell'intelligenza artificiale e/o di tecnologie similari.

Questo testo contiene materiale, testi ed immagini, coperto da copyright e non può essere copiato, riprodotto, distribuito, trasferito, noleggiato, licenziato o trasmesso in pubblico, venduto, prestato a terzi, in tutto o in parte, o utilizzato in alcun altro modo, compreso l'uso per TDM, training dell'intelligenza artificiale e/o tecnologie similari, o altrimenti diffuso, se non previa espressa autorizzazione dell'Editore. Qualsiasi distribuzione o fruizione non autorizzata del presente testo, così come l'alterazione delle informazioni elettroniche, costituisce una violazione dei diritti dell'Editore e dell'Autore e sarà sanzionata civilmente e penalmente secondo quanto previsto dalla L. 633/1941 e ss.mm.

ISBN 978-88-299-3492-8

Copyright © 2024, by Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova

www.piccin.it

La professione di fisioterapista è stata fondata da donne. Cento anni fa, le donne lavoravano come assistenti alla ricostruzione per servire i soldati feriti durante la Prima Guerra Mondiale. Forse non si rendevano conto di ciò che le aspettava, ma facevano quello che ritenevano giusto e sempre pensando al paziente.

Anche il concetto di questo libro di testo sulla diagnosi differenziale è stato avviato da una donna, Catherine Goodman. La visione di Catherine di un accesso diretto senza restrizioni continua a progredire. Questa edizione è dedicata alle donne che hanno dato vita a questa grande professione e che, come Catherine, hanno fatto progredire la nostra professione oltre le nostre aspettative.

JH e RTL



Annie Burke-Doe, PT, MPT, PhD

Dean
Department of Physical Therapy
West Coast University
Los Angeles, California

Marty Fontenot, PT, DPT, OCS, SCS

Assistant Professor
Physical Therapy Program
Murphy Deming College of Health Sciences at Mary
Baldwin University
Fishersville, Virginia

William Garcia, PT, DPT, OCS, FAAOMPT

Associate Professor
Department of Physical Therapy
California State University, Sacramento
Sacramento, California

Erin Green, PT, DPT, OCS, FAAOMPT

Associate Professor
Department of Physical Therapy
California State University, Sacramento
Sacramento, California

John D. Heick, PT, DPT, PhD, OCS, NCS, SCS

Associate Professor
Department of Physical Therapy and Athletic Training
Northern Arizona University
Flagstaff, Arizona

Rolando Lazaro, PT, PhD, DPT

Professor
Department of Physical Therapy
California State University Sacramento
Sacramento, California

Jeannette Lee, PT, PhD

Associate Professor
UCSF/SFSU Graduate Program in Physical Therapy
San Francisco State University
San Francisco, California

Filippo Maselli, PT BSc, MSc, PhD, OMPT, Cert. SMT, Cert. VRS, Cert. HN

Orthopaedic Manipulative Physical Therapist,
Physiotherapy,
Ph.D. in Neuroscience, DINOGMI Department,
University of Genova

Lecturer and Skills Coordinator in Musculoskeletal &
Rheumatological Physiotherapy Master, Sapienza
University of Rome

Lecturer in the Musculoskeletal & Rheumatological
Physiotherapy Master, University of Molise
President of Gruppo di Terapia Manuale e Fisioterapia
Muscoloscheletrica Italiano (IFOMPT MO) - AIFI
Sovrintendenza Sanitaria Regionale Puglia INAIL
Bari, Italy

Seth Peterson, PT, DPT, OCS, CSCS, FAAOMPT

Founder
Physical Therapy
The Motive
Oro Valley, Arizona
Adjunct Professor
Physical Therapy
Arizona School of Health Sciences, A.T. Still University
Mesa, Arizona

Michael Ross, PT, DHSc, OCS, FAAOMPT

Associate Professor
Physical Therapy Department
Daemen College
Amherst, New York

Richard Severin, PT, DPT, PhD, CCS

Clinical Assistant Professor
Baylor University
Waco, Texas

Elizabeth Shelly, PT, DPT, WCS, BCB PMD

Physical Therapy
Beth Shelly Physical Therapist
Moline, Illinois

Brian A. Young, MS, PT, DSc, OCS, FAAOMPT

Clinical Associate Professor
Assistant Program Director &
Graduate Program Director, Physical Therapy
Department
Robbins College of Health and Human Sciences
Baylor University
Waco, Texas



CONTINUARE A CREDERCI

Vent'anni fa ero un giovane fisioterapista e già credevo moltissimo nella "nostra" professione. Avevo deciso di fare un viaggio autofinanziato in Inghilterra, frequentavo il Queen Square Hospital al mattino e nel pomeriggio andavo alla British Library alla ricerca di libri di fisioterapia con l'obiettivo di espandere le mie conoscenze. Quando mi trovai in mano il libro *Differential Diagnosis in Physiotherapy* (terza edizione) rimasi folgorato. Era la soluzione dell'enigma che stavo vivendo come professionista. Il libro conteneva le conoscenze che mi mancavano per diventare un professionista veramente in grado di gestire in autonomia i pazienti. Quelle conoscenze mi avrebbero reso completamente sicuro nell'esercitare le competenze e nell'adempiere alle responsabilità della mia professione. Appena rientrato in Italia, curai quella che sarebbe stata la prima edizione italiana del libro. Negli ultimi vent'anni, ho continuato ad approfondire il concetto della diagnosi differenziale in fisioterapia, la mia passione è immutata e sono ancora qui a occuparmi di questa materia.

La diagnosi differenziale per i fisioterapisti è essenziale indipendentemente dal contesto di esercizio professionale.

In rapporto all'invecchiamento della popolazione, i pazienti presi in carico dai fisioterapisti sono sempre più complessi e portatori di molteplici comorbidità. Questi pazienti presentano un maggior rischio di manifestare nuove condizioni, non presenti al momento dell'inquadramento medico iniziale che ha preceduto la presa in carico fisioterapica. Sia nel contesto ospedaliero, dove il paziente è gestito in contemporanea da più professionisti, sia nel proprio studio privato, il fisioterapista potrebbe essere il primo a notare l'esordio di una nuova sintomatologia che richiede l'attenzione medica. La valutazione delle condizioni generali del paziente (un approccio per il quale sono necessarie le competenze della diagnosi differenziale per fisioterapisti) è un processo in continuo nell'iter di cura del paziente.

Da sempre, tutti i fisioterapisti fanno precedere al trattamento una valutazione iniziale del paziente che ne stabilisce l'idoneità alla loro presa in carico.

In alcuni contesti ospedalieri la presa in carico del fisioterapista è regolata da una richiesta medica specialistica che lascia al fisioterapista una completa autonomia nella valutazione del paziente e nella definizione del programma riabilitativo. Nello svolgere queste competenze esperte, i fisioterapisti raccolgono un'anamnesi, interpretano dati per bioimmagine, esami di laboratorio, ed emogasanalisi per stabilire un programma di fisioterapia sicuro ed efficace.

Nel resto degli ospedali italiani, l'attribuzione delle funzioni e delle responsabilità ai fisioterapisti è molto variabile. Si passa da situazioni dove qualsiasi attività deve essere indispensabilmente preceduta da una valutazione fisiatrica ad altre dove possono essere presi in carico direttamente dai fisioterapisti solo i casi a bassa complessità.

Si auspica di assistere con il tempo a un completo accoglimento delle reali competenze specialistiche e/o avanzate dei fisioterapisti all'interno della pianificazione del lavoro con l'attribuzione di funzioni specifiche.

Tutti i fisioterapisti dovrebbero apprendere la diagnosi differenziale in fisioterapia per una pratica più sicura e per poter collaborare al massimo con il medico nell'interesse più speciale, quello del paziente. È in atto una rivoluzione che porterà con sé un desiderio di aggiornamento e di acquisizione di maggiori competenze per le professioni sanitarie. In questa direzione sono sicuro uno dei primi doveri per tutti i fisioterapisti sarà la capacità di identificare le bandiere rosse nell'anamnesi e nei reperti dell'esame dei propri utenti per riuscire a realizzare programmi di intervento che siano sicuri ed efficaci.

Mai come in questo ultimo periodo mi sento di invitare i colleghi a "crederci ancora".

Dott. Simone Patuzzo



La visione del futuro dell'autrice: *Nuvoloso con possibilità di polpette*

Gli associate editors di *Differential Diagnosis for Physical Therapists* (ai quali ho affidato il futuro di questo testo) hanno chiesto a me (Catherine) di fornire una visione del nostro futuro come professione. Quando penso al nostro futuro, mi viene in mente il titolo di un libro per bambini *Cloudy With a Chance of Meatballs* (Judi e Ron Barrett, Atheneum Books for Young Readers, 1978), perché l'incertezza con esiti inaspettati potrebbe essere la descrizione più adatta.

Mentre prepariamo questo testo per la sua settima edizione, l'*American Physical Therapy Association* celebra il suo centenario. Sono passati cento anni e la nostra professione ha più che mai bisogno di chiarezza. In occasione delle celebrazioni del centenario, abbondano articoli ed editoriali con un'ampia gamma di "visioni per il nostro futuro". Si è discusso molto di come interagiranno con l'intelligenza artificiale, di come ci integreremo con l'assistenza sanitaria digitale, di come si evolverà la formazione in fisioterapia, di come la professione sarà influenzata dalla crescita della teleassistenza, di come la ricerca fornirà dati per indirizzare i protocolli di trattamento, e di molto altro ancora, man mano che la rivoluzione digitale arriverà nella sanità. Mentre continuano a circolare domande e previsioni, tutto ciò che è chiaro al momento è che la sfera di cristallo è nuvolosa... con una possibilità di polpette.

La nostra visione (di Catherine ed Ellen) è informata dal passato e dalle nostre speranze per il futuro. Cosa possiamo imparare guardando al passato che ci aiuterà ad andare avanti con successo? La nostra storia è ricca e piena di buoni consigli. La fisioterapia è nata da un bisogno, quando gli assistenti alla ricostruzione (*Reconstruction Aides*, civili che hanno servito durante la I Guerra Mondiale. Rappresentano i primi fisioterapisti degli Stati Uniti d'America, N.d.T.) si sono fatti avanti per curare i nostri soldati feriti. Decenni di guerre successive e un'epidemia di poliomielite hanno ulteriormente sviluppato le nostre capacità riabilitative e ampliato il nostro bagaglio di strumenti: la cura delle ferite, gli splint e la stimolazione elettrica sono entrate nel nostro repertorio in risposta alle richieste di soldati, veterani e bambini feriti. La riabilitazione cardiaca e le competenze neuro-riabilitative più avanzate sono state aggiunte alla cassetta degli attrezzi durante il picco di infarti e ictus della metà del secolo, un altro esempio di come la fisioterapia abbia trovato il modo di rispondere alle crisi con l'azione. Più volte abbiamo adattato i vecchi metodi e sviluppato nuovi modi per affrontare le sfide del giorno.

Come fisioterapisti, siamo orgogliosi della nostra attitudine a "poter fare" e abbiamo una lunga esperienza nel mettere questa attitudine al servizio del mondo. La prima edizione di questo testo è nata sia da una passione clinica sia da una chiara esigenza all'interno della professione: eravamo alle porte dell'Accesso Diretto senza un'adeguata formazione in materia di screening

medico e io (Catherine) ero pronta a mettere in pratica la mia attitudine al "poter fare". L'assenza di questa formazione era potenzialmente pericolosa; la prima edizione mirava a colmare questa lacuna per il fisioterapista moderno.

Solo 30 anni fa abbiamo osato pubblicare un testo di fisioterapia con la parola "diagnosi" come parte del titolo. Oggi la parola "diagnosi" è diventata una parola accettata nel nostro lessico. La diagnosi si è evoluta in diagnosi differenziale, poi si è ulteriormente parcellizzata fino a includere lo *screening per le malattie mediche* e infine lo *screening for referral*. Il passo logico successivo è ora quello di creare diagnosi differenziali di condizioni neuromuscolari e muscoloscheletriche nell'ambito della pratica del fisioterapista, da cui partire per creare un piano di cura ottimale.

Con una qualche forma di Accesso Diretto attualmente disponibile in tutti i 50 Stati, la pressione che io (Catherine) mi sono assunta per quella decisione sembra oggi inimmaginabile. Ma questo accadeva quando l'Accesso Diretto era ancora solo una "visione del futuro". Il futuro sembra sempre più lontano di quanto non sia in realtà. Quindi, possiamo sognare, non è vero? E i sogni del futuro possono assolutamente diventare il nostro presente.

Oggi ci troviamo in una situazione simile, alle porte di una transizione verso l'assistenza primaria senza una chiara comprensione dei legami tra la patologia medica e ciò che consideriamo una menomazione muscoloscheletrica. L'invecchiamento della generazione dei Baby Boomers e le condizioni di salute più complesse stanno diventando nuove sfide per la nostra professione. Io (Catherine) spero che testi come *Diagnosi differenziale per fisioterapisti: screening for referral* e il testo di Ellen Helinski, di prossima pubblicazione, *A Physical Therapy Approach to the Modern Pain Patient*, apriranno la strada al futuro dell'assistenza fisioterapica.

In un futuro non troppo lontano, l'assistenza sanitaria potrebbe assomigliare più alla fantascienza di un passato non troppo lontano. Le valutazioni di fisioterapia potrebbero essere eseguite tramite l'intelligenza artificiale, senza che sia necessaria alcuna visita del fisioterapista, poiché le macchine svolgeranno la maggior parte del lavoro al posto nostro. Immaginate dispositivi palmari o chioschi automatizzati in cui basti appoggiare una mano sullo schermo per ottenere una lettura immediata dell'età biologica e della lunghezza dei telomeri, dell'indice di massa corporea, del gruppo sanguigno e degli indicatori di salute e/o malattia come i valori del sangue, i marcatori infiammatori, le condizioni del microbioma intestinale, e le frequenze e le funzioni del corpo e degli organi. Sulla base di questi risultati verranno offerti suggerimenti pratici per migliorare la salute o affrontare le malattie.

Oggi questa nuova visione può sembrare lontana. In bilico sul precipizio del nostro futuro, ma impantanati nelle disordinate trincee dell'assistenza ai pazienti/clienti, è stato (e continua a essere) un periodo difficile per la

professione di fisioterapista. Il calo degli invii, il crollo dei tassi del rimborso, l'impennata dei costi per la formazione e l'inesauribile epidemia del dolore: ognuna di queste variabili sta facendo sentire il suo peso, contribuendo al burnout e a quella che molti hanno definito una crisi di identità in un momento in cui noi (e la nostra storia di capacità proattiva) siamo più necessari che mai. Come farà la professione a rimettersi in piedi e ad affrontare le sfide di oggi? Chiamateci pure prevenuti, ma riteniamo che la risposta sia nell'evoluzione della diagnosi differenziale.

Vediamo un futuro più immediato in cui il fisioterapista è il custode e l'operatore primario per tutte le condizioni neuromuscoloscheletriche, compreso il dolore. Standard consolidati come la diagnosi differenziale e lo screening for referral saranno la base da cui partire per costruire nuove competenze in farmacologia, diagnostica per immagini, medicina funzionale, terapia manuale indiretta, educazione e pratica del benessere. Un' enfasi standardizzata sull'integrazione significherà che nessun paziente sarà visto in termini di pezzi e parti separate, ma piuttosto come un essere intero, una somma sfaccettata di tutte le parti.

Vediamo un futuro in cui ciò che una volta veniva definito "alternativo" viene finalmente considerato *avanzato* e in cui tutti gli studenti di fisioterapia entrano in campo con gli strumenti necessari per contribuire e prosperare. Per arrivarci, dovremo assumere il nostro nuovo ruolo di dottori nella sanità, guidando il passaggio dalla standardizzazione all'individualizzazione, dall'esclusione all'inclusione, dalla specializzazione all'olismo e dalla compartimentazione all'integrazione. Il compito è grande, la necessità immensa. Dobbiamo fare tesoro delle lezioni del passato per tracciare la strada verso questo nuovo futuro.

Con l'aumento dell'incidenza di diabete, cancro, immunocompromissione e disturbi neurologici, tutti i professionisti sanitari devono fare un passo indietro e abbracciare una visione più integrata del corpo. I quadri clinici dei pazienti/clienti non sono più così semplici come un tempo. Le condizioni mediche non sono isolate rispetto alle condizioni muscoloscheletriche alle quali ci rivolgiamo. La specializzazione si svolge come un gioco di passaparola: i pazienti/clienti vengono mandati da un professionista all'altro, senza che nessuno segua il quadro generale (cioè la singola persona). Noi vediamo una visione del futuro in cui il fisioterapista prende il timone per i pazienti complessi, come gli anziani e i pazienti che lottano contro il dolore.

Il dolore è il nuovo campo di battaglia in America per il fisioterapista. Le conoscenze, le competenze e gli strumenti necessari per combattere questa battaglia ci spingeranno fuori dalla nostra zona di comfort come esperti del movimento in acque inesplorate. Se abbiamo qualche speranza di vincere davvero la guerra contro il dolore, dovremo farci avanti e assumere il nostro nuovo ruolo di dottori nella sanità, scoprendo quanto sia diventata sottile la linea che separa il dolore e la disfunzione neuromuscolare/muscoloscheletrica dalla patologia medica.

Ora più che mai, dobbiamo condurre interviste attente e approfondite (di persona o tramite visite di teleassistenza), identificare i segni e i sintomi associati, annotare i fattori di rischio per malattie specifiche e fare uno screening per le bandiere gialle e rosse. Dobbiamo superare le nostre convinzioni obsolete, imparare nuovi strumenti per soddisfare le esigenze di ciascun individuo e abbracciare nuovi metodi per affrontare variabili che abbiamo solo iniziato a considerare, come l'epigenetica e il microbioma. La decisione di trattare, inviare, o trattare e inviare rimane una domanda impellente, solo che ora per il fisioterapista ci sono molti più strati da rimuovere, più variabili da considerare, e un ruolo più importante da mettere in campo.

Il ruolo del fisioterapista si espande in continuazione verso un approccio sempre più avanzato e sempre più olistico. Le basi della professione tuttavia, restano le stesse: sarà sempre una nostra responsabilità quella di valutare ciascun individuo in modo da essere più specifici possibile nel creare il piano di cura più appropriato. Lo screening costituisce non solo il passaggio iniziale del procedimento di gestione, ma continua nel corso di tutta la valutazione e durante il trattamento, assolvendo lo scopo di determinare la necessità di un rinvio diretto e/o di una collaborazione inter-professionale.

Come la morte e le tasse, l'assistenza sanitaria rimarrà una certezza, in primo piano nelle nostre vite, ma il cambiamento è garantito al 100%. In questo momento, sceglieremo di essere la professione che si fa avanti e contribuisce a definire il futuro dell'assistenza sanitaria, o lasceremo che sia il futuro a definirci?

Quindi, con la nostra storia alle spalle, andiamo avanti insieme con coraggio, curiosità, attesa e gioia mentre creiamo e rendiamo manifesto ciò che vogliamo per la nostra professione, per i pazienti e i clienti e per tutti i nostri futuri. Ci aspetta un cielo azzurro... senza polpette.

*Catherine Cavallaro Goodman, MBA, PT
Ellen Hope Helinski, MS, PT, IMT.C*

PRESENTAZIONE DELL'EDIZIONE AMERICANA

È per me un piacere e un onore scrivere la presentazione della settima edizione di *Differential Diagnosis for Physical Therapists: Screening for Referral*. Questo libro di testo è stato un punto fermo nei programmi di fisioterapia per oltre 30 anni e ha superato la prova del tempo. Se state frequentando una scuola di specializzazione per diventare fisioterapisti, questo libro è un obbligo. Farò un ulteriore passo avanti. Se siete clinici praticanti che trattano i pazienti, questo libro è un obbligo. Sin dalla sua nascita nel 1990, questo testo ha documentato i cambiamenti avvenuti nella nostra professione, che è passata da una situazione dominata dall'invio da parte dei medici a quella dell'accesso diretto. La diagnosi differenziale e lo screening for referral continuano a essere sempre più importanti, dato che un numero maggiore di fisioterapisti, in un numero maggiore di Stati, ha una maggiore autonomia grazie all'accesso diretto. I pazienti arrivano nelle nostre cliniche con un numero maggiore di co-morbilità e di problemi medici complessi rispetto al passato. Come fisioterapisti, dobbiamo saper navigare in questa marea di cambiamenti che hanno aperto i nostri studi alla possibilità di vedere casi più vari e unici. In qualità di professore che insegna ortopedia da oltre vent'anni, e di clinico ortopedico e sportivo che pratica da quasi trent'anni, capisco l'importanza di conoscere chiaramente quali patologie possono essere mascherate come qualcosa di benigno. La diagnosi differenziale e lo screening for referral sono fondamentali per la nostra attuale pratica di fisioterapia.

Differential Diagnosis for Physical Therapists: Screening for Referral ci aiuta a navigare in questi cambia-

menti presentando un modello di screening che è radicato nella pratica clinica standard e riflette il processo di gestione del paziente della *Guide to Physical Therapists Practice*. Questo testo, come le versioni precedenti, è diviso in tre sezioni principali. Sezione I: Introduzione al processo di screening; Sezione II: Cause viscerogeniche del dolore e della disfunzione neuromuscoloscheletrica; Sezione III: Origini sistemiche del dolore e della disfunzione neuromuscoloscheletrica. Ogni capitolo è stato modificato e aggiornato con i riferimenti rilevanti che si sono resi disponibili dall'ultima edizione. Questi aggiornamenti all'interno di ogni capitolo descrivono chiaramente i nuovi metodi di screening medico in continua evoluzione. Un chiaro esempio dell'ultima edizione aggiornata del testo è il capitolo sullo screening neurologico. Questo capitolo è aggiornato con nuovi riferimenti rilevanti e descrive in modo conciso il processo di screening per un paziente con problemi neurologici.

Mi congratulo con John Heick e Rolando Lazaro per i loro sforzi nel continuare la tradizione di Catherine Godman nell'educare i fisioterapisti attraverso la settima edizione di questo fondamentale libro di testo. Qualsiasi fisioterapista incaricato di esaminare e trattare i pazienti trarrà beneficio da questo libro di testo.

Robert C. Manske, PT, DPT, MPT, MEd, SCS, ATC, CSCS
Professor
Department of Physical Therapy
College of Health Professions
Wichita State University



La visione dell'*American Physical Therapy Association* (APTA) è quella di “trasformare la società ottimizzando il movimento per migliorare l’esperienza umana”¹.

Per raggiungere questa visione, l’obiettivo dell’APTA è quello di “stimolare la domanda e l’accesso alla fisioterapia come percorso comprovato per migliorare l’esperienza umana”. Il risultato atteso che l’APTA spera di raggiungere è: “L’uso e l’accesso ai servizi del fisioterapista come punto di accesso primario alle cure per i consumatori aumenterà”².

Questo libro di testo supporta questo risultato in quanto i fisioterapisti sono i fornitori di assistenza sanitaria ideali per lavorare in un ambiente di assistenza primaria. Questa tendenza verso le cure primarie ha senso perché i fisioterapisti lavorano in molteplici contesti clinici, sono esperti nei disordini muscoloscheletrici con una formazione a livello di dottorato e rappresentano una professione importante che contribuisce alla salute della società mediante uno screening di tutti i sistemi del corpo. Questo tema generale è presente in questa edizione aggiornata del libro di testo. L’obiettivo di questa settima edizione è continuare a guardare avanti e migliorare le capacità degli studenti di fisioterapia e dei clinici fisioterapisti di considerare le tre opzioni quando il terapeuta valuta un paziente/cliente, ossia: 1) curare, 2) curare e inviare, o 3) rinviare il paziente.

Questo processo viene svolto in modo continuativo durante tutto l’episodio di cura del paziente/cliente e segue gli standard di competenza stabiliti dall’APTA relativi alla conduzione di un esame di screening. In questo testo viene presentato un modello di screening che consente di effettuare un esame efficiente che include le parti critiche del processo di screening. Questo modello di screening è una parte accettata della pratica clinica standard e riflette il processo di gestione del paziente/cliente dell’edizione aggiornata della *Guide to Physical Therapist Practice*. Questo processo di screening ha anche contribuito al movimento verso uno schema di classificazione diagnostica per la nostra professione.

La diagnosi differenziale è un’area di concentrazione che è aumentata notevolmente nell’ultimo decennio in fisioterapia ed è ben rappresentata nell’esame di abilitazione per fisioterapisti. Inoltre, lo screening for referral del paziente al medico continua a essere una componente sempre più importante della pratica del fisioterapista in tutti i contesti clinici, a causa dell’accesso diretto alla fisioterapia, della complessità medica degli individui vi-

sitati dai fisioterapisti e delle limitazioni nei rimborsi sanitari. Aggiornando la letteratura in questa edizione del testo, abbiamo trovato prove documentate ancora più solide sul ruolo del fisioterapista nel processo di screening, dimostrando l’abilità e la capacità del fisioterapista di identificare la necessità di rivolgersi ad altri professionisti della salute, salvando così vite umane e ottimizzando la qualità della vita delle persone sottoposte alle sue cure. Le informazioni contenute in questo testo sono quindi immensamente importanti in tutti i contesti di pratica clinica, nella pratica contemporanea e futura della fisioterapia.

Questo testo è diviso in tre sezioni. La sezione I introduce il processo di screening e si concentra sulla modalità di condurre con chiarezza l’intervista del cliente. I capitoli 3 e 4 approfondiscono la presentazione del dolore e la valutazione fisica del paziente/cliente.

La sezione II segue un approccio sistemico che si concentra sulle nove cause viscerali che possono mascherarsi come una presentazione neuromuscoloscheletrica. Ogni sistema viene presentato e le condizioni comuni che si verificano all’interno di questo sistema, così come le bandiere rosse, i fattori di rischio, le presentazioni cliniche, i segni e i sintomi sono esaminati per sistema. Per ogni sistema vengono presentate linee guida di pratica clinica e utili indizi di screening supportati da evidenze di tutti i livelli.

La sezione III tratta le regioni assiali e appendicolari del corpo e passa in rassegna le origini sistemiche da considerare quando si tratta un paziente/cliente con una patologia in queste regioni.

Alla fine di ogni capitolo, il lettore viene sottoposto a domande pratiche per verificare la comprensione e facilitare ulteriormente l’apprendimento. In questa edizione, abbiamo aggiornato le domande e aggiunto diversi altri elementi per il ripasso.

Nella parte finale del volume, oltre alle Risposte delle domande per il ripasso, sono disponibili anche le Appendici A-D. È importante notare che una parte di esse è costituita da un elenco di domande specifiche da considerare per lo screening di problemi specifici (ad esempio, cefalea, depressione, uso/abuso di sostanze, funzione vescicale, dolori articolari) (Appendici B).

È nostra intenzione fornire al fisioterapista clinico e allo studente di fisioterapia approcci basati sull’evidenza per lo screening delle condizioni sistemiche che simulano le condizioni neuromuscoloscheletriche e assistere il fisioterapista nel processo decisionale ottimale a beneficio del paziente/cliente. Riteniamo che questo libro di testo porti la professione un passo più vicino alla realizzazione della nostra visione di trasformare la società: migliorare il movimento al fine di migliorare l’esperienza umana.

¹Dichiarazione di visione per la professione di fisioterapista. *American Physical Therapy Association*. Disponibile all’indirizzo: <https://www.apta.org/apta-and-you/leadership-and-governance/vision-mission-and-strategic-plan> Ultimo accesso 12 marzo 2024.

²Piano strategico APTA 2022-2025. *American Physical Therapy Association*. Disponibile all’indirizzo: <https://www.apta.org/apta-and-you/leadership-and-governance/vision-mission-and-strategic-plan/strategic-plan> Ultimo accesso 12 marzo 2024.



Quando abbiamo iniziato la lavorazione della settima edizione di questo libro, ci siamo resi conto di quante cose siano cambiate in un periodo di tempo così breve! In questa edizione abbiamo inserito un nuovo capitolo sullo screening del sistema neurologico e crediamo che questo contribuirà a migliorare la conoscenza dei fisioterapisti. Siamo stati fortunati ad aver avuto il competente sostegno di diverse persone che hanno reso il nostro compito più facile e piacevole. Il vostro immenso contributo al testo è molto apprezzato.

Ai seguenti esperti che hanno fornito supporto e/o curato i capitoli:

Annie Burke-Doe
Marty Fontenot
Bill Garcia
Erin Green
Jeanette Lee
Filippo Maselli
Seth Peterson
Michael Ross

Richard Severin

Beth Shelly

Brian Young

Ai nostri partner di Elsevier, grazie per l'aiuto e il supporto dietro le quinte:

Lauren Willis, Senior Content Strategist

Maria Broeker, Senior Content Development Specialist

Aparna Venkatachalam, Project Manager

A Sherrill Brown della University of Montana Skaggs School of Pharmacy: grazie per averci aiutato ad aggiornare diverse tabelle relative alle informazioni sui farmaci presenti nel testo.

Ai nostri assistenti di ricerca: Sherene Thompson e Gita Mariel L. Manuel, grazie per averci assistito in numerose attività di ricerca e redazione.

*John Heick
Rolando T. Lazaro*



SEZIONE I INTRODUZIONE AL PROCESSO DI SCREENING

- 1 Introduzione allo screening for referral in fisioterapia, 1
- 2 L'intervista come strumento di screening, 38
Seth Peterson
- 3 Tipologie di dolore e modelli di dolore viscerale, 104
- 4 La valutazione fisica come strumento di screening, 163
Brian A. Young, Michael Ross e Richard Severin
- 5 Screening delle condizioni neurologiche, 234
John D. Heick

SEZIONE II CAUSE VISCEROGENICHE DEL DOLORE E DELLA DISFUNZIONE NEUROMUSCOLOSCELETRICA

- 6 Screening delle malattie ematologiche, 253
- 7 Screening delle malattie cardiovascolari, 269
- 8 Screening delle malattie polmonari, 323
- 9 Screening delle malattie gastrointestinali, 357
- 10 Screening delle malattie epatiche e biliari, 395
- 11 Screening delle malattie urogenitali, 420
Marty Fontenot
- 12 Screening delle malattie endocrine e metaboliche, 449
Annie Burke-Doe
- 13 Screening delle malattie immunologiche, 495
Erin Green e William Garcia
- 14 Screening per il cancro, 540
Jeannette Lee

SEZIONE III ORIGINI SISTEMICHE DEL DOLORE E DELLA DISFUNZIONE NEUROMUSCOLOSCELETRICA

- 15 Screening di testa, collo e schiena, 607
- 16 Screening di sacro, sacroiliaca e bacino, 672
- 17 Screening del quadrante inferiore: gluteo, anca, inguine, coscia e gamba, 707
- 18 Screening di torace, mammella e costole, 745
- 19 Screening della spalla e dell'arto superiore, 788

APPENDICI

Appendice A

- A-1 Checklist per uno screening rapido, 820
- A-2 Bandiere rosse, 822
- A-3 Cause sistemiche del dolore articolare, 824
- A-4 Il processo di invio, 825

Appendice B

- B-1 Screening per l'abuso di alcol: questionario per l'identificazione dei disturbi da uso di alcol (AUDIT), 826
- B-2 Screening per l'abuso di alcol: questionario CAGE, 827
- B-3 Aggressione, abuso da parte del partner intimo o violenza domestica, 828
- B-4 Screening per la sindrome del tunnel carpale bilaterale, 829
- B-5 Screening della funzione vescicale, 830
- B-6 Screening della funzione intestinale, 832
- B-7 Screening della mammella, 833
- B-8 Domande speciali: petto/torace, 834
- B-9 Screening della depressione/ansia (vedi anche Appendice B-10, Screening della depressione negli anziani), 836
- B-10 Screening della depressione negli anziani, 837
- B-11 Screening delle vertigini, 838
- B-12 Screening della dispnea (fiato corto; dispnea da sforzo), 839
- B-13A Screening dei disturbi alimentari, 840
- B-13B Risorse per lo screening dei disturbi alimentari, 841
- B-14 Screening ambientale e anamnesi lavorativa, 842
- B-15 Screening della sindrome fibromialgica (FMS), 843
- B-16 Domande di screening per i problemi gastrointestinali, 844
- B-17 Screening del mal di testa, 845
- B-18 Screening del dolore articolare (vedi anche Appendice A-3: cause sistemiche di dolore articolare), 846
- B-19 Domande di screening per la menomazione dei reni e delle vie urinarie, 847
- B-20 Screening della compromissione epatica, 848
- B-21 Domande di screening relative a noduli dei tessuti molli o lesioni cutanee, 849
- B-22 Screening dei linfonodi, 850
- B-23 Anamnesi farmacologica, 851
- B-24 Screening per gli uomini che presentano dolore alla schiena, all'anca, alla pelvi, all'inguine o alla sacroiliaca, 852
- B-25 Screening del dolore notturno, 853
- B-26 Screening degli effetti collaterali dei farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), 854
- B-27 Screening per gli odori insoliti, 855
- B-28 Screening del dolore, 856
- B-29 Screening delle palpitazioni (petto o cuore), 858
- B-30 Screening per i problemi alla prostata, 859
- B-31 Screening della fonte psicogena dei sintomi, 860
- B-32 Istruzioni per raccogliere l'anamnesi sessuale, 861
- B-33 Malattie sessualmente trasmissibili, 863
- B-34 Domande speciali: spalla e arto superiore, 865
- B-35 Screening dei modelli di sonno, 867
- B-36 Screening per l'uso/abuso di sostanze, 868
- B-37 Screening per le donne che presentano dolore alla schiena, all'anca, alla pelvi, all'inguine, alla sacroiliaca o al sacro, 869

Appendice C

- C-1 Storia familiare/personale, 871
- C-2 Modulo di ingresso per la fisioterapia/terapia occupazionale per il paziente ambulatoriale, 874
- C-3 Questionario di ingresso del paziente, 877
- C-4A Strumento di valutazione OSPRO-YF, 880
- C-4B Optimal Screening for Prediction of Referral and Outcome - sintomi a bandiera rossa, 882
- C-5A Regola decisionale clinica di Wells per la trombosi venosa profonda (TVP), 885
- C-5B Criteri semplificati di Wells per la valutazione clinica dell'embolia polmonare, 886
- C-5C Possibili fattori predittivi di TVP dell'arto superiore, 887
- C-6 Screening per l'osteoporosi, 888

C-7 Modello di registrazione del dolore, 889

C-8 Valutazione dei fattori di rischio per il cancro della pelle, 891

C-9 Esame di una lesione o di una massa cutanea, 892

Appendice D

D-1 Guida alla valutazione fisica durante l'esame di screening, 893

D-2 Lista di controllo per l'esame degli arti, 894

D-3 Valutazione della mano e del letto ungueale, 895

D-4 Valutazione vascolare periferica, 896

Risposte alle domande per il ripasso, 897

Indice analitico, 907

