

Zeitschrift:	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
Herausgeber:	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band:	27 (1991)
Heft:	12
Artikel:	Neurologia : direttive future per il trattamento del paziente
Autor:	Gowland, Carolyn
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930092

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Neurologia: direttive future per il trattamento del paziente

Carolyn Gowland, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Una disposizione relativa ai costi effettivi dei trattamenti venenti incontro al bisogno da parte di chi ne beneficia è la forza di spinta maggiore all'interno del servizio sanitario degli anni '90. Per quanto concerne il settore della riabilitazione, i beneficiari stanno cercando di apportare miglioramenti alla perfezione, alla funzione ed autosufficienza alfine di interagire con efficacia nei confronti della loro condizione e dei ruoli nel quotidiano da loro scelti.

Quei fisioterapisti che si preoccupano di soggetti affetti da scompensi di ordine neurologico devono comprendere e trattare con queste premesse. Lo scopo di questo scritto è di esplorare quattro problemi principali, da considerarsi per ordine, alfine di riuscire nell'intento di trattare con la realtà all'atto della prestazione del servizio in queste decennio. Questi sono discussi in quattro capitoli – Le Quattro E (excellence/eccellente, effectiveness/efficace, evaluation/valutabile ed efficiency/efficiente).

Eccellente

Un modello di prestazione di servizio eccellente richiede l'accordo sull'intera struttura. L'Organizzazione Mondiale per la Sanità provvede a questa struttura con la «Classificazione Internazionale di Menomazioni, Invalidità e Handicap/The International Classification of Impairment, Disability and Handicap/ICIDH». Poiché questo tipo di classificazione considera le conseguenze dovute ad infermità in aggiunta all'infermità stessa – e sono proprio queste conseguenze che si frappongono alla vita d'ogni giorno, in particolare modo in riferimento a casi cronici, progressivi o irreversibili –, si è largamente accettata questa classificazione nel campo della riabilitazione. L'organizzazione per la sanità WHO propone la seguente distinzione fra i tre termini chiave:

● **Menomazione:** è ogni perdita o anormalità di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche.

● **Invalidità:** è ogni limitazione o mancanza di abilità nel praticare un'attività in modo tale od in maniera tale da definirla normale. L'invalidità rappresenta il punto di partenza dalla norma in termini di prestazioni del singolo individuo in contrapposizione a quanto fatto da un organo o da un meccanismo.

<i>Infermità o disturbi neurologici</i>	
<i>Invalidità sensomotorie e indirette</i>	
controllo posturale	contrazione
movimenti volontari	coordinazione
tono/spasticità	movimenti
	involontari
	fitness
<i>Invalidità fisiche</i>	
cura indipendente	braccia e mani
funzione motoria	funzione
grave	
locomozione	mobilità
<i>Handicaps fisici</i>	
indipendenza fisica	mobilità

● **Handicap:** è uno svantaggio per un dato individuo, risultante da una menomazione o da una invalidità che limita o ostacola il compimento di un ruolo considerato normale per quell'individuo (in relazione alla sua età, al sesso, a fattori sociali e culturali).

Queste distinzioni sono clinicamente utili in quanto, sebbene i tre parametri siano in relazione fra loro, ciascuno di essi è unico e la loro relazione non è lineare. La magnitudine dell'handicap deriva dall'interazione dei primi due con la condizione fisica dell'individuo, la sua situazione sociale ed economica e le risorse a sua disposizione. Ogni parametro dovrebbe essere considerato, allorquando si

programma e valuta gli effetti del trattamento. Sebbene ogni handicap debba essere considerato in un contesto più ampio che riguarda l'intera cura del paziente, le principali finalità della fisioterapia sono l'indipendenza a livello fisico e la mobilità, più che non l'orientamento, l'occupazione, l'integrazione sociale o l'autosufficienza a livello economico. Le principali menomazioni ed invalidità che si riallacciano ad handicap fisici sono schematizzate nella figura seguente: (vedi Tabella)

Questo tipo di classificazione se considerata insieme ad una conoscenza del controllo motorio e dell'apprendimento motorio oltre alle caratteristiche salienti di cognizione, comunicazione e comportamento, può fornire gli elementi base per un modello efficace al lato pratico. Consideriamo per esempio una persona che ha subito un colpo di media intensità ed il cui obiettivo è quello di giocare ancora a golf. Disturbi di lieve intensità ad un controllo posturale e movimenti volontari hanno avuto per esito una locomozione e funzione della mano che interferiva con la mobilità. Con l'applicazione dei principi dello studio motorio, questo paziente potrebbe giocare nuovamente a golf se venisse guidato da consigli pertinenti (comunicazione) e attività pratiche appropriate (comportamento).

Efficacia

La pratica clinica tradizionale era basata su esperienze d'osservazione e ben poco su giustificazioni di carattere sistematico e scientifico. Tutto ciò non viene più considerato adeguato ed il personale clinico viene richiamato ora da parte di amministratori e personale accreditato a provare con l'evidenza dei fatti l'efficacia delle terapie in programma.

Informazioni concernenti l'efficacia possono essere reperibili da tre fonti: teorie valide, l'evidenza dei fatti da ricerche specifiche riportate nella letteratura e dimostrazioni sul lato pratico in cliniche. Dapprima è cosa fondamentale che le nostre terapie siano basate su valide teorie e richiamino modelli teorici. Si ottiene come risultate dallo sviluppo e dalla sperimentazione di teorie scientifiche che la parte di conoscenze acquisite, focaliz-

zarsi sui meccanismi evidenziati in relazione a menomazioni, invalidità e handicap, deve ora essere applicata allo sviluppo di strategie d'intervento appropriate. Per quanto riguarda la fisioterapia pediatrica, gli americani hanno pubblicato di recente un consenso in cui si dice che «la base teorica corrente, a livello sia di disfunzioni motorie che di trattamento, così come presentata nella letteratura specifica non riflette le ultime conoscenze scientifiche in materia di apprendimento motorio e controllo motorio (normale e patologico). Una revisione su larga scala delle basi teoriche ... si rende necessaria».

Nel campo della neurologia in adulti si hanno pareri simili e paiono essere ovvi, come espresso d'altronde anche nel corso della conferenza sui problemi del controllo motorio, e relativa cura, risultanti da lesioni tenutasi nell'Oklahoma nel 1990.

Ciononostante la terapia derivante da azioni indotte unicamente da una teoria valida non può essere considerata efficace ed, anche dimostrando la validità della razionalità teorica, non si da evidenza adeguata all'efficacia. La seconda fonte di informazioni, e non per ultimo quella più essenziale, viene direttamente dalla letteratura. Lo schema per stimare il grado di evidenza, sviluppato originariamente da Sackett e modificato da studi in pediatria, è sufficientemente utile a questo scopo. I livelli di evidenza sono definiti come segue.

- **Livello A:** sorretto da uno o più studi ben esaminati ad alto potenziale statistico.
- **Livello B:** sorretto almeno da uno studio impiegando gruppi di controllo assegnati a caso.
- **Livello C:** sorretto da uno o più studi mancanti di gruppi di controllo assegnati a caso quali singoli soggetti di ricerca da trattare.

A livello di fisioterapia neurologica c'è ben poco se non nulla del livello A di evidenza relativa all'efficacia nell'esercizio fisioterapico, nell'allenamento «fitness» o nelle modalità terapiche specifiche se l'esito interessato tratta infermità o handicap. Sebbene molteplici studi abbiano avuto per tema di fondo l'esame della efficacia della bio-reazione, dell'intervento precoce, della facilitazione con apparecchiature tecniche e della stimolazione elettrica delle funzioni, il risultato complessivo è stato per lo più negativo. La letteratura finora esistente e trattante le cure in caso d'infermità fisiche e handicap in singoli individui non possiede un numero sufficiente di livelli A per rica-

varne una giusta messa in pratica. Si richiede quindi un incremento della letteratura in questo particolare settore.

Non essendo quindi sufficiente la letteratura stessa per la pratica al giorno d'oggi, è necessaria anche una terza fonte d'informazioni: l'evidenza diretta appresa in clinica. Alfine di selezionare gli interventi in giusta misura, i fisioterapisti sono tenuti a distinguere ciò che ritengono essere adatto per altri pazienti da ciò che invece è adatto per il paziente che viene proposto per il trattamento. Per ognuno di questi tre tipi di informazione si necessita anche d'una valida forma di valutazione.

Valutazione

La necessità di precauzioni standardizzate ed oggettive con proprietà psicométriche appropriate è stata per lungo tempo riconosciuta da coloro che eseguono ricerche formali. Questa necessità è stata ora estesa al reparto di fisioterapia. Proprietà appropriate per una collocazione clinica includono l'utilità di provvedimenti clinici, costruzioni su scala, standardizzazione, affidabilità, validità e propositi. Sono richiesti provvedimenti per tre motivi non irrilevanti: (i) per discriminare o riscontrare differenze tra individui allo scopo di identificare il problema, definire l'obiettivo e selezionare il trattamento, (ii) per presagire in presenza di fattori di identificazione associati ad una buona risposta oppure ad una popolazione ad alto rischio le cure specialistiche da richiedersi e (iii) per valutare, alfine di determinare se hanno avuto luogo cambiamenti clinici importanti, cambiamenti che sono di vero valore per il paziente e la società nel tempo. Ciò è completato da effetti da trattamento indotto da differenze di gruppo.

Allorquando delle misure si delineano come appropriate e valide e vengono ad essere considerate applicabili, come nel caso si abbia da trattare condizioni note, mezzi non obiettivi di descrizione di pazienti e documentazione di cambiamenti sono da scartarsi.

Efficienza

Una valutazione efficiente è quella che risponde al quesito «Questa procedura, questo servizio e programma di cura è valido se paragonato ad altre cose che si potrebbero fare con le stesse risorse?» «Perché una valutazione efficiente ha importanza tale? Per dirlo in breve, le risorse – persone, tempo, facilitazioni, equipaggiamento e conoscenze – sono precarie e le scelte devono e vogliono

essere fatte in relazione al loro spiegamento.» Senza un'analisi sistematica è difficile potere identificare chiaramente le alternative possibili. Sono due le caratteristiche che contraddistinguono un'analisi economica od efficiente: la prima tratta sia l'esito a livello di costi che di salute e la seconda riguarda le scelte e può essere definita come l'analisi comparativa di corsi d'azione alternativi in termini sia di costi che di conseguenze.

La fisioterapia deve applicare e non concernere l'analisi efficiente ma in vista dei cambiamenti correnti nel settore della sanità, ciò è reso necessario. Dovrà trascorrere del tempo prima che l'analisi economica sistematica venga a guidare la pratica, ma sempre più di frequente ci vediamo confrontati con episodi in cui programmi sono stati tagliati, intendendo anche programmi di fisioterapia, poiché mancavano le informazioni necessarie sui costi effettivi. C'è di che riflettere, in quanto ci troviamo in un'era in cui l'elevato costo della tecnica e della medicina ha reso difficili delle scelte senza impuls da parte nostra. Forse spaventa meno l'osservazione che nella sua forma più semplice, l'analisi efficiente può essere interpretata quale sintesi del tempo complessivo trascorso dal fisioterapista per ottenere risultati specifici dal paziente, risultati quali il grado di autosufficienza a livello di indipendenza fisica e motoria. Ciò può essere misurato oggigiorno e con sempre maggiore pressione sulle risorse delle capacità umane all'interno della professione, la disposizione secondo cui il tempo distrugge la terapia con risultati modesti o nulli, dovrebbe essere abbandonata per potere offrire servizi in incremento in aree che si rivelano essere di rendimento effettivo per i costi. Per riassumere: servizi più consapevoli del rapporto costo-efficacia incontranti i bisogni dell'individuo con disturbi neurologici risultano da una considerazione de «Le Quattro E» – excellence (eccellenza), effectiveness (efficacia), evaluation (valutazione) ed efficiency (efficienza).