

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI)

1	<p>Non utilizzare apparecchiature di mobilizzazione continua passiva per il trattamento postchirurgico delle ricostruzioni legamentose nel ginocchio o delle protesi non complicate di anca o ginocchio.</p> <p>Sia alcune revisioni sistematiche sia alcuni studi clinici randomizzati più recenti evidenziano l'inefficacia della mobilizzazione continua passiva (CPM) nei pazienti dopo chirurgia di protesi di ginocchio o anca o di ricostruzione del legamento crociato anteriore. Gli unici studi che mostrano un eventuale e temporaneo beneficio, in ogni caso non rilevante clinicamente, utilizzano la CPM per parecchie ore al giorno, mentre in Italia viene generalmente prescritta solo per 1-2 ore al giorno, rendendo di fatto completamente inutile l'intervento.</p>
2	<p>Non utilizzare trazioni meccaniche o manuali, come unico trattamento o in associazione ad altri trattamenti, in pazienti con lombalgia, in presenza o assenza di dolore radicolare.</p> <p>Alcune revisioni sistematiche e linee guida internazionali dimostrano nessuno o un minimo impatto delle trazioni sull'intensità dolorosa, funzionalità, miglioramento generale e ritorno all'attività lavorativa in pazienti con lombalgia, in presenza o assenza di dolore radicolare. Sono dimostrati minimi effetti positivi, clinicamente non rilevanti, in alcuni studi con campioni ridotti ed elevato rischio di bias. Al contrario, in oltre il 20% degli studi analizzati sono stati riportati effetti negativi della trazione, quali aumento del dolore, peggioramento dei segni neurologici e conseguente trattamento chirurgico. Sulla base delle prove è quindi sconsigliato l'impiego di tale approccio terapeutico.</p>
3	<p>Non utilizzare esercizi specifici di rinforzo selettivo del Vasto Mediale Obliquo (VMO) nella sindrome femoro-rotulea.</p> <p>Numerosi studi hanno evidenziato come non sia possibile attivare selettivamente il Vasto Mediale Obliquo (VMO) rispetto al Vasto Mediale Lungo o anche rispetto al Vasto Laterale. Allo stesso tempo non è stata dimostrata una correlazione tra i sintomi e il livello di forza o attivazione del Vasto Mediale, mentre un programma di rinforzo generalizzato sul quadricipite ha la stessa efficacia del rinforzo selettivo, molto più complesso e costoso in termini di tempo.</p>
4	<p>Non applicare ultrasuonoterapia nelle tendinopatie della cuffia dei rotatori, nelle distorsioni tibiotarsiche e nella lombalgia.</p> <p>Alcune revisioni mostrano l'inefficacia dell'ultrasuonoterapia nelle patologie indicate. L'efficacia terapeutica sul dolore o sulla funzionalità non è superiore al placebo nelle tendinopatie di cuffia, mentre nelle distorsioni tibiotarsiche l'effetto è clinicamente trascurabile, in particolare a 2-4 settimane dal trauma. Le prove disponibili sulla lombalgia non evidenziano l'efficacia di tale approccio terapeutico. Per tutte le patologie analizzate mancano in realtà studi randomizzati controllati di alta qualità che confrontino il trattamento con appropriati gruppi di controllo. In assenza di tali prove, l'impiego clinico dell'ultrasuono in tali patologie non è giustificato e dovrebbe essere scoraggiato.</p>
5	<p>Non insegnare e far praticare la Respirazione Diaframmatica ai pazienti affetti da patologie respiratorie acute o croniche.</p> <p>Esistono prove molto limitate riguardo l'utilità della respirazione diaframmatica somministrata allo scopo di: migliorare la distribuzione della ventilazione riducendone il costo energetico, diminuire la dispnea ed incrementare la capacità di esercizio. Per contro si è visto che nei pazienti affetti da BPCO di grado da moderato a severo tale pratica può indurre una serie di effetti sfavorevoli quali: aumento degli asincronismi e dei movimenti paradossi della gabbia toracica, peggioramento dell'efficienza della meccanica respiratoria e conseguentemente del lavoro respiratorio e del carico imposto ai muscoli respiratori, peggioramento della dispnea. Tutto ciò, in assenza di miglioramenti della funzione polmonare e della capacità di sostenere esercizio fisico.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del professionista sanitario. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi ad un professionista sanitario.

Come si è giunti alla creazione della lista

L'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI) ha contattato tutte le sedi regionali e i Gruppi di Interesse Specialistico (GIS), chiedendo dei contributi a tutti i rappresentanti e soci per identificare le pratiche fisioterapiche meno efficaci e ancora molto diffuse. È stato istituito un gruppo di lavoro che ha valutato le proposte pervenute, analizzato in maniera estensiva la letteratura per verificare l'attendibilità delle proposte, e selezionato le 5 pratiche più rilevanti nella pratica clinica fisioterapica, associate ad elevati costi e/o possibili effetti collaterali. I risultati sono poi stati condivisi con l'Ufficio di Presidenza e la Direzione Nazionali dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI), e sono state raccolte le ultime proposte di variazione prima dell'approvazione finale da parte del gruppo di lavoro.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Harvey LA, Brosseau L, Herbert RD. Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014 Feb 6;2:CD004260. 2. He ML, Xiao ZM, Lei M, Li TS, Wu H, Liao J. Continuous passive motion for preventing venous thromboembolism after total knee arthroplasty. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2014 Jul 29;7:CD008207 3. Joshi RN, White PB, Murray-Weir M, Alexiades MM, Sculco TP, Ranawat AS. Prospective Randomized Trial of the Efficacy of Continuous Passive Motion Post Total Knee Arthroplasty: Experience of the Hospital for Special Surgery. <i>J Arthroplasty.</i> 2015 Jun 14. 4. Boese CK, Weis M, Phillips T, Lawton-Peters S, Gallo T, Centeno L. The efficacy of continuous passive motion after total knee arthroplasty: a comparison of three protocols. <i>J Arthroplasty.</i> 2014 Jun;29(6):1158-62. 5. Lenssen TA, van Steyn MJ, Crijns YH, Waltjé EM, Roos GM, Geesink RJ, van den Brandt PA, De Bie RA Effectiveness of prolonged use of continuous passive motion (CPM), as an adjunct to physiotherapy, after total knee arthroplasty. <i>BMC Musculoskelet Disord.</i> 2008 Apr 29;9:60. 6. Chaudhry H, Bhandari M. <i>Cochrane in CORR</i> (®): Continuous Passive Motion Following Total Knee Arthroplasty in People With Arthritis (Review). <i>Clin Orthop Relat Res.</i> 2015 Nov;473(11):3348-54.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. <i>Ann Intern Med.</i> 2007;147:492-504. 2. Delitto A, George SZ, Van Dillen LR, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, Denninger TR, Godges JJ; Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Low back pain. <i>J Orthop Sports Phys Ther.</i> 2012 Apr;42(4):A1-57 3. Wegner I1, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Brønfort G, Bouter LM, van der Heijden GJ. Traction for low-back pain with or without sciatica. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2013 Aug 19;8:CD003010.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Powers CM. Rehabilitation of patellofemoral joint disorders: a critical review. <i>J Orthop Sports Phys Ther.</i> 1998 Nov;28(5):345-54. Review. 2. Syme G, Rowe P, Martin D, Daly G. Disability in patients with chronic patellofemoral pain syndrome: a randomised controlled trial of VMO selective training versus general quadriceps strengthening. <i>Man Ther.</i> 2009 Jun;14(3):252-63. 3. Smith TO, Nichols R, Harle D, Donell ST. Do the vastus medialis obliquus and vastus medialis longus really exist? A systematic review. <i>Clin Anat.</i> 2009 Mar;22(2):183-99. 4. Smith TO, Bowyer D, Dixon J, Stephenson R, Chester R, Donell ST. Can vastus medialis oblique be preferentially activated? A systematic review of electromyographic studies. <i>Physiother Theory Pract.</i> 2009 Feb;25(2):69-98 5. Kooiker L, Van De Port IG, Weir A, Moen MH. Effects of physical therapist-guided quadriceps-strengthening exercises for the treatment of patellofemoral pain syndrome: a systematic review. <i>J Orthop Sports Phys Ther.</i> 2014 Jun;44(6):391-B1.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desmeules F, Boudreault J, Roy JS, Dionne C, Frémont P, MacDermid JC. The efficacy of therapeutic ultrasound for rotator cuff tendinopathy: A systematic review and meta-analysis. <i>Phys Ther Sport.</i> 2015 Aug;16(3):276-84 2. Verhagen EA. What does therapeutic ultrasound add to recovery from acute ankle sprain? A review. <i>Clin J Sport Med.</i> 2013 Jan;23(1):84-5. 3. van den Bekerom MP1, van der Windt DA, Ter Riet G, van der Heijden GJ, Bouter LM. Therapeutic ultrasound for acute ankle sprains. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2011 Jun 15;(6):CD001250. 4. Seco J, Kovacs FM, Urrutia G. The efficacy, safety, effectiveness, and cost-effectiveness of ultrasound and shock wave therapies for low back pain: a systematic review. <i>Spine J.</i> 2011 Oct;11(10):966-77.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dechman G, Wilson CR. Evidence underlying breathing retraining in people with stable chronic obstructive pulmonary disease. <i>Phys Ther.</i> 2004 Dec;84(12):1189-97. 2. Jones AY, Dean E, Chow CC. Comparison of the oxygen cost of breathing exercises and spontaneous breathing in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. <i>Phys Ther.</i> 2003 May;83(5):424-31. 3. Vitacca M, Clini E, Bianchi L, Ambrosino N. Acute effects of deep diaphragmatic breathing in COPD patients with chronic respiratory insufficiency. <i>Eur Respir J.</i> 1998 Feb;11(2):408-15. 4. Gosselink R. Controlled breathing and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <i>J Rehabil Res Dev.</i> 2003 Sep-Oct;40(5 Suppl 2):25-33. Review. 5. Lewis LK, Williams MT, Olds T. Short-term effects on outcomes related to the mechanism of intervention and physiological outcomes but insufficient evidence of clinical benefits for breathing control: a systematic review. <i>Aust J Physiother.</i> 2007;53(4):219-27.

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

L'A.I.F.I. (Associazione Italiana Fisioterapisti) è l'associazione di volontariato, senza scopo di lucro, che rappresenta, tutela e promuove la categoria dei Fisioterapisti, sviluppando la conoscenza e l'approfondimento scientifico della Professione, incluse la pratica professionale, la formazione e la ricerca, nell'interesse di tutti i Cittadini. A.I.F.I. è l'unica associazione rappresentativa della Professione (D.M. Salute 30 luglio 2013) ed è organizzata su rappresentanze regionali che, insieme ai 10 eletti nazionali che compongono l'ufficio di presidenza, costituiscono la Direzione Nazionale. I GIS (Gruppi di Interesse Specialistico) sono dei sottogruppi di interesse specialistico che rappresentano i colleghi con percorsi formativi in aree specifiche della professione del fisioterapista.