

Accesso diretto alle prestazioni di fisioterapia

Evidenze scientifiche e riferimenti normativi

AUTORI

Tiziano Innocenti, Antonino Cartabellotta, Marco Mosti, Roberto Luceri, Elena Cottafava.

CITAZIONE

Accesso diretto alle prestazioni di fisioterapia: evidenze scientifiche e riferimenti normativi. Fondazione GIMBE: Bologna, novembre 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/accesso-diretto-in-fisioterapia. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il presente Report elaborato dalla Fondazione GIMBE è stato finanziato dall'Ordine dei Fisioterapisti Piemonte - Valle d'Aosta.

DISCLOSURE

L'ente finanziatore non ha avuto nessun ruolo nella raccolta, analisi e interpretazione dei dati e nella stesura e revisione del report.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente report.

© Fondazione GIMBE, novembre 2024.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Indice

1. Introduzione	1
1.1. L'accesso diretto in fisioterapia.....	3
1.2. La professione del fisioterapista in Italia.....	4
2. Obiettivi	7
3. Metodi	8
4. Risultati.....	10
4.1. Selezione e caratteristiche degli studi.....	10
4.2. Valutazione del rischio di bias	23
4.3. Analisi dei risultati rispetto agli outcome di interesse	25
4.4. L'accesso alle prestazioni fisioterapiche in Italia.....	47
4.5. Discussione	54
5. Limiti.....	60
6. Conclusioni	61
Appendice 1. Strategie di ricerca.....	63

1. Introduzione

La riabilitazione è uno dei cinque pilastri della copertura sanitaria universale, accanto alla promozione della salute, alla prevenzione e al trattamento delle malattie e alle cure palliative^{1,2}. La funzionalità, considerata uno degli indicatori più importanti di salute dopo mortalità e morbilità, può essere notevolmente migliorata grazie alla riabilitazione³. Nonostante la sua natura complessa e multidimensionale, che spesso limita la riabilitazione alle cure terziarie (specialistiche)⁴, oggi esistono vari modelli sperimentali per integrare la riabilitazione nei servizi sanitari primari⁵. Come definito negli atti della Conferenza di Alma Ata del 1978⁶, i servizi di assistenza sanitaria primaria costituiscono il primo punto di contatto tra i pazienti e i professionisti sanitari⁷. Il ruolo fondamentale dell'assistenza sanitaria primaria è stato ribadito anche nella Dichiarazione di Astana⁸ del 2018, nella quale i governi hanno previsto che l'assistenza sanitaria primaria "sarà implementata in conformità con la legislazione nazionale, i contesti e le priorità [...] per evitare frammentazione e garantire un sistema di riferimento funzionale tra i diversi livelli di cura".

Considerando che almeno un terzo della popolazione globale necessiterà di riabilitazione nel corso della propria vita per malattie o infortuni, potenziare questi servizi per includere l'identificazione precoce dei bisogni di salute e l'invio a cure specialistiche può ridurre l'impatto degli effetti invalidanti e ottimizzare la funzionalità del paziente⁹. I servizi di riabilitazione integrati e i modelli innovativi di erogazione della riabilitazione apporteranno benefici a tutti i livelli di assistenza, sia in aree urbane che remote. L'iniziativa Rehabilitation 2030 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹⁰ sostiene l'importanza di strategie per rafforzare la riabilitazione per supportare i bisogni di salute, in risposta sia all'invecchiamento della popolazione sia alla crescente incidenza di disabilità e patologie croniche. L'iniziativa, si basa su tre principi fondamentali (funzionalità, equità e integrazione) e individua dieci aree di priorità con relative strategie che dovrebbero essere perseguite a livello mondiale per soddisfare i bisogni delle persone (box 1.1).

¹ World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

² Da Ros A, Paci M, Buonandi E, et al. Physiotherapy as part of primary health care, Italy. *Bull World Health Organ.* 2022;100:669-675.

³ Cieza A, Kwamie A, Magaqa Q, Ghaffar A. Health policy and systems research for rehabilitation: a call for papers. *Bull World Health Organ.* 2021;99:686-686A.

⁴ Da Ros A, Tozzo P, Caenazzo L. Rehabilitation healthcare professionals' perceptions of professional responsibility: a focus group study in Italy. *Acta Biomed.* 2021;92:e2021021.

⁵ McColl MA, Shortt S, Godwin M, et al. Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90:1523-31.

⁶ World Health Organization. WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata. Disponibile a: www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁷ World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Disponibile a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁸ World Health Organization. Declaration of Astana: global conference on primary health care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Disponibile a: www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁹ Cieza A, Causey K, Kamenov K, et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease Study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10267):2006-17.

¹⁰ Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53:155-68.

Box 1.1. Aree di intervento

- Leadership
- Pianificazione ed implementazione, incluse le emergenze sanitarie
- Integrazione nel settore sanitario
- Copertura universale dei bisogni sanitari
- Modelli di erogazione dei servizi
- Professionisti sanitari
- Finanziamenti
- Sistemi informativi
- Ricerca
- Networks e partenariati

Box 1.1. Aree di intervento individuate dall'OMS per promuovere un'azione globale coordinata per potenziare la riabilitazione (da¹¹)

Inoltre, la riabilitazione contribuisce al raggiungimento del terzo obiettivo di sviluppo sostenibile¹²: garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti, a tutte le età. Gli effetti della pandemia di COVID-19, che ha ostacolato l'accesso ai servizi sanitari e lasciato in eredità conseguenze sanitarie a lungo termine, rendono questo obiettivo particolarmente rilevante¹³.

I modelli di servizi di riabilitazione descrivono una serie di approcci organizzativi volti a raggiungere un obiettivo comune in ambito sanitario; non esiste un modello universalmente migliore, ma piuttosto il modello più adatto a soddisfare le esigenze di una determinata popolazione e che utilizza le risorse giuste al momento giusto evitando tempi di attesa e liste di attesa per visite specialistiche ridondanti. Questa variabilità offre flessibilità all'interno delle organizzazioni sanitarie, consentendo il miglior utilizzo possibile delle risorse umane in ogni specifico contesto. Gli elementi chiave dei modelli di servizi di riabilitazione attualmente esistenti includono: (i) il coordinamento tra i vari professionisti sanitari all'interno di una rete integrata; (ii) la possibilità di responsabilizzare e promuovere l'autonomia dei pazienti; (iii) il coinvolgimento della comunità attraverso la creazione di network informali¹⁴.

La principale barriera all'implementazione dei modelli di riabilitazione nell'assistenza sanitaria primaria è rappresentata dalla mancanza di integrazione dei servizi, che richiede collaborazione e comunicazione tra i professionisti. Per promuovere il cambiamento organizzativo e diffondere le innovazioni a livello nazionale e internazionale, i modelli di riabilitazione devono tenere conto dei bisogni sanitari delle popolazioni future, condividendo al contempo esperienze, conoscenze, risorse e competenze professionali.

¹¹ Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". Eur J Phys Rehabil Med. 2017;53:155–68.

¹² Sachs JD. From millennium development goals to sustainable development goals. Lancet. 2012;379(9832):2206–11.

¹³ De Biase S, Cook L, Skelton DA, Witham M, Ten Hove R. The COVID-19 rehabilitation pandemic. Age Ageing. 2020;49(5):696–700.

¹⁴ McColl MA, Shortt S, Godwin M, et al. Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90:1523–31.

1.1. L'accesso diretto in fisioterapia

L'accesso diretto alla fisioterapia, inteso come la possibilità per i pazienti di accedere direttamente alle prestazioni fisioterapiche senza una richiesta da parte di un'altra figura professionale¹⁵, ha subito un'evoluzione significativa negli ultimi decenni. La sua introduzione e sviluppo sono stati guidati sia da esigenze pratiche di miglioramento dell'accessibilità dei servizi sanitari, sia da evidenze scientifiche che ne hanno confermato la sicurezza e l'efficacia.

La possibilità per gli utenti di accedere alle prestazioni fisioterapiche senza bisogno di richieste è supportata sia da ragioni pratiche di miglioramento dell'accessibilità dei servizi sanitari, sia da evidenze scientifiche che ne hanno confermato la sicurezza e l'efficacia¹⁶. Questo è supportato a livello mondiale anche dalla *World Physiotherapy*, che ha recentemente pubblicato un policy statement a riguardo¹⁷, che incoraggia i paesi membri ad intraprendere azioni concrete per garantire da un lato una formazione adeguata dei professionisti, dall'altro il sostegno ad attività di ricerca finalizzate a valutare le modalità di accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche (box 1.2).

Box 1.2. Raccomandazioni per promuovere l'accesso diretto in fisioterapia

- Promuovere l'accesso diretto nei vari livelli di cura, presso le associazioni professionali e altre organizzazioni, come quelle che forniscono rimborsi per le spese fisioterapiche e le associazioni di pazienti
- Garantire che i programmi di formazione professionale di base per fisioterapisti li preparino ad operare come professionisti autonomi e indipendenti, in grado di assistere pazienti in accesso diretto
- Garantire opportunità di formazione continua post-laurea per supportare i fisioterapisti nell'erogazione di servizi di accesso diretto
- Supportare le attività di ricerca volte a valutare i servizi di accesso diretto
- Informare i professionisti delle risorse a supporto dell'implementazione dei servizi di accesso diretto
- Informare i professionisti delle responsabilità professionali, etiche e legali nell'erogazione di servizi fisioterapici ad accesso diretto

Box 1.2. Raccomandazioni della *World Physiotherapy* per promuovere l'accesso diretto in fisioterapia¹⁸

A livello internazionale, il modello di accesso diretto ha iniziato a diffondersi negli anni '80, con Paesi come l'Australia e il Regno Unito che sono stati pionieri in questa transizione. Nel Regno Unito, la *Chartered Society of Physiotherapy* ha sostenuto con determinazione questo cambiamento¹⁹, con l'obiettivo di migliorare i percorsi di cura dei pazienti e ridurre la frammentazione dei servizi. L'Australia ha seguito un percorso simile, supportato da diversi studi che ne hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza, nonché il suo impatto positivo sull'efficienza del sistema sanitario²⁰.

¹⁵ World Physiotherapy. Direct access and self-referral. Disponibile a: <https://world.physio/advocacy/direct-access>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

¹⁶ Department of Health. Primary care – a new direction 2001. Disponibile a: [www.dohc.ie/publications/primarycare a new direction.html](http://www.dohc.ie/publications/primarycare%20a%20new%20direction.html). ultimo accesso: 28 novembre 2024.

¹⁷ World Physiotherapy. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy. London, UK: World Physiotherapy; 2023. Disponibile a: <https://world.physio/policy/ps-direct-access>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

¹⁸ World Physiotherapy. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy. London, UK: World Physiotherapy; 2023. Disponibile a: <https://world.physio/policy/ps-direct-access>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

¹⁹ Chartered Society of Physiotherapy. Patients must have direct access to physio, says CSP. Disponibile a: www.csp.org.uk/news/2017-03-13-patients-must-have-direct-access-physio-says-csp. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

²⁰ Boyce, Rosalie A. Direct access physiotherapy in Australia *Physiotherapy* 2005;91:61-62.

Nel 2019 la *World Physiotherapy* ha condotto una survey globale²¹ con l'obiettivo di mappare la realtà professionale nelle 89 organizzazioni membri, rappresentative di altrettanti paesi del mondo. Dall'indagine è emerso che l'accesso diretto era disponibile in 48 paesi ed in 77 non vi erano restrizioni per quanto riguarda l'accesso diretto in regime di libera professione.

In Europa, l'accesso diretto è stato progressivamente adottato in molti paesi, tra cui Regno Unito, Svezia e Paesi Bassi, dove il sistema sanitario si è orientato verso una maggiore autonomia del fisioterapista, anche grazie all'introduzione del ruolo di “*extended scope practitioner*”, ovvero una qualifica avanzata ottenuta tramite formazione ed anni di esperienza clinica, che consente al fisioterapista di prescrivere in autonomia alcune categorie di farmaci, eseguire infiltrazioni e richiedere test di imaging^{22,23}.

In Italia, il D. Lgs. 153/2009 e il DM 16 dicembre 2010 hanno permesso alle farmacie di offrire prestazioni fisioterapiche in loco, senza compromettere il controllo del MMG. L'attività è stata ulteriormente avallata dal Consiglio di Stato con la sentenza 111/2021 del 4 gennaio 2021. Nel respingere il ricorso della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) e del Sindacato Italiano dei Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMMFIR), il Consiglio di Stato ha evidenziato come le “Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità” del 17 ottobre 2019 abbiano ampliato e aggiornato la funzione delle farmacie, confermandone l'evoluzione nel panorama dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie. I giudici di Palazzo Spada hanno quindi accolto le ragioni di Ministero della Salute, di Federfarma e dell'Associazione italiana fisioterapisti (AIFI).

Da evidenziare, inoltre, sono le forme sperimentali di erogazione alternativa delle prestazioni fisioterapiche nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) già attive in alcune Regioni. In Toscana, ad esempio, è stato introdotto nel 2021 il progetto pilota del “fisioterapista di comunità”²⁴ che ha rappresentato un primo passo significativo verso l'integrazione della fisioterapia nei servizi di assistenza primaria, ispirandosi ai modelli già consolidati di altri paesi europei.

1.2. La professione del fisioterapista in Italia

Autonomia professionale. Come indicato nel policy statement dell'Associazione Italiana di Fisioterapia (marzo 2017)²⁵, il Decreto istitutivo del Profilo Professionale del Fisioterapista (D.M. 741/1994) definisce con chiarezza che il fisioterapista è il professionista sanitario che svolge “in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita”. L'art. 1 c. 2 rafforza ulteriormente il concetto di autonomia, specificando che il fisioterapista “elabora, anche in equipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione ed al superamento del bisogno di salute del disabile”

²¹ World Confederation for Physical Therapy. Surveys reveal global state of the physical therapy profession 2019. Disponibile a: <https://world.physio/sites/default/files/2020-05/2019-01-31-PressRelease-Country-Profiles.pdf>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

²² UK National Health Service. Extended Scope Physiotherapy. Disponibile a: www.homerton.nhs.uk/extended-scope-physiotherapy/. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

²³ Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther* 2008;88:936–46.

²⁴ Da Ros A, Paci M, Buonandi E, et al. Physiotherapy as part of primary health care, Italy. *Bull World Health Organ*. 2022;100:669-675.

²⁵ Associazione Italiana di Fisioterapia. Policy Statement AIFI – Accesso alle Prestazioni Fisioterapiche. Disponibile a: <https://aifi.net/wp-content/uploads/2017/03/PolicyStatementAIFI-1-AccessoalFisioterapista-approvato-in-DN-05.03.2017.pdf>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

e “pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive [...]”.

L'autonomia professionale del fisioterapista trova ulteriore conferma nell'art. 1 della L. 42/99 che sostituisce in ogni disposizione di legge la denominazione “professione sanitaria ausiliaria” con “professione sanitaria”. Oltre all'abolizione del concetto di “ausiliarietà” delle professioni sanitarie, questa legge definisce gli elementi che determinano il “campo proprio di attività e responsabilità” dei professionisti sanitari: “i decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici”. Pur precisando “fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea”, il c. 2 sottolinea il “rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”. Questo crea le basi per un confronto dialettico e costruttivo tra vari professionisti finalizzato al bene ultimo: rispondere ai bisogni di salute della persona.

L'art. 2 della L. 251/2000 rafforza ulteriormente il concetto di autonomia del fisioterapista: “Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali”. La valutazione funzionale consiste in un'analisi delle disfunzioni e della disabilità finalizzata alla presa in carico della persona da parte del fisioterapista. Questa valutazione permette di delineare il quadro funzionale del paziente, proporre e attuare un corretto trattamento terapeutico e, successivamente, valutarne l'efficacia.

Rapporto con la diagnosi e la prescrizione del medico. A differenza di altre professioni sanitarie che operano “su prescrizione medica”, il legislatore ha previsto che l'intervento del Fisioterapista si svolga “in riferimento” alla diagnosi e alle prescrizioni del medico. Questa formulazione colloca il rapporto tra medico e fisioterapista all'interno di un confronto dialettico e collaborativo, con l'obiettivo di ristabilire le migliori condizioni di funzionalità del paziente. Al tempo stesso, mantiene intatta l'autonomia e la responsabilità del fisioterapista nel proprio ambito specifico di competenza.

Questo confronto trova dunque nella diagnosi del medico e nelle relative prescrizioni un “riferimento”, rispetto al quale il fisioterapista non solo determina autonomamente modalità, tempi e verifiche della prestazione di fisioterapia, ma contribuisce attivamente ad instaurare un rapporto dialettico col medico stesso.

Rispetto alla diagnosi del medico, questo principio è supportato anche dall'art. 13 del Codice Deontologico del Fisioterapista, redatto nel 2011 dell'Associazione Italiana Fisioterapisti²⁶ e recepito con delibera della Commissione Straordinaria Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Fisioterapisti il 25/01/2023 che prevede che “nel caso di attività svolta in collaborazione con il medico, qualora risultino valutazioni discordanti, variazioni del quadro clinico e/o risposte non coerenti durante il trattamento, il fisioterapista, in accordo con la persona assistita, informa il medico curante e si attiva per fornire allo stesso elementi utili sia per un eventuale approfondimento diagnostico, sia per la definizione di un più appropriato programma terapeutico”.

²⁶ Associazione Italiana di Fisioterapia. Il codice deontologico del fisioterapista. Disponibile a: <https://aifi.net/professione/codice-deontologico/>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

Analogo rapporto dialettico con il medico può essere instaurato anche rispetto alla prescrizione, poiché la scelta delle modalità terapeutico-riabilitative viene fatta dal fisioterapista in funzione non solo del momento diagnostico-eziologico, di competenza del medico, ma anche della “valutazione funzionale” che compete invece al fisioterapista, come previsto dall’art. 2 della L. 251/2000. Di conseguenza, non è appropriato che la prescrizione dettagli le strategie terapeutiche da adottare, poiché questo confliggerebbe con l’autonomia professionale del fisioterapista stesso sancita dalle normative citate. L’accesso alle prestazioni fisioterapiche erogate nell’ambito del SSN è invece regolato dalle specifiche normative regionali.

In sintesi, l’accesso diretto alla fisioterapia rappresenta un cambiamento significativo nel panorama sanitario, offrendo potenziali benefici in termini di accessibilità, efficienza, sicurezza e sostenibilità. Tuttavia, la sua implementazione richiede un’attenta valutazione degli esiti clinici, economici e organizzativi, oltre a una chiara comprensione delle norme che regolano l’accesso a queste prestazioni nei diversi contesti. Alla luce di ciò, questo report si propone di valutare l’impatto dei modelli di accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche attraverso una revisione sistematica della letteratura e un’analisi delle normative vigenti, con l’obiettivo di identificare i benefici e le criticità di questa modalità di accesso. Gli approcci metodologici utilizzati per raggiungere tali obiettivi sono presentati in dettaglio nella sezione successiva.

2. Obiettivi

Il presente report è stato redatto con l'obiettivo di:

- Valutare l'impatto di modelli di accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche in qualunque setting (ospedaliero, territoriale, ambulatoriale pubblico e libero professionale), in termini di outcome clinici, economici, umanistici e di indicatori di processo
- Analizzare normative e regolamenti regionali sulla modalità di accesso alle prestazioni fisioterapiche

3. Metodi

Per redigere il presente report è stata condotta una revisione sistematica della letteratura fino al 15 ottobre 2024 secondo gli standard metodologici della *Cochrane Collaboration*²⁷, con l'obiettivo di ricercare in letteratura evidenze sull'accesso diretto in fisioterapia, poi integrata con un'analisi comparativa delle normative e regolamenti regionali provenienti da qualsiasi contesto clinico.

Per la revisione della letteratura e il reporting sono state seguite le indicazioni della linea guida *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses (PRISMA) 2020*²⁸.

Criteri di eleggibilità. Sono stati inclusi studi osservazionali (di coorte e caso-controllo) e sperimentali (trial clinici randomizzati e controllati - RCT), che avevano l'obiettivo di valutare l'impatto del modello di accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche rispetto al modello tradizionale, in cui l'accesso alle cure avviene tramite prescrizione medica, in relazione agli outcome di interesse (cfr. paragrafo "Outcome e misure di efficacia").

Sono stati esclusi gli studi descrittivi (es. *case report* e *case series*) e gli studi non in lingua inglese.

Strategia di ricerca e fonti di informazione. La ricerca bibliografica originale è stata condotta su Medline, Embase e Cochrane Central fino al 15 ottobre 2024. Sono state sviluppate strategie di ricerca specifiche per ciascun database, utilizzando parole chiave e, laddove il database lo consentiva (es. Medline), termini MESH. Le strategie di ricerca per ciascun database sono riportate nell'Appendice 1. La ricerca è stata effettuata anche tra le citazioni bibliografiche di altre revisioni sistematiche pertinenti.

Selezione degli studi ed estrazione dei dati. La selezione degli studi per titolo, abstract e full text è stata effettuata da due revisori in modo indipendente. Eventuali disaccordi sono stati risolti con l'aiuto di un terzo revisore. Per organizzare e gestire il processo di selezione è stata utilizzata la piattaforma Rayyan. L'estrazione dei dati è stata effettuata attraverso un format standardizzato che includeva: il nome del primo autore, l'anno di pubblicazione, il tipo di studio, le caratteristiche dei pazienti (età, genere e tipo di patologia) e gli outcome. I dati sono stati estratti in modo indipendente da due autori ed eventuali discrepanze sono state risolte tramite consenso.

Valutazione del rischio di bias. Il rischio di bias è stato valutato in modo indipendente da due autori con un terzo revisore chiamato in causa in caso di disaccordo. Per gli RCT è stato valutato attraverso il *Cochrane Risk of Bias 2 tool*²⁹ che considera i seguenti domini di bias: processo di randomizzazione, deviazioni dagli interventi previsti, dati mancanti, misurazione degli outcome e reporting selettivo dei risultati e giudizio globale sul rischio di bias. Lo strumento prevede che per ogni dominio il rischio di bias possa essere alto, basso, oppure dubbio. Per quanto riguarda invece gli studi osservazionali, il rischio di

²⁷ Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.4 (updated August 2023). Disponibile a: <https://training.cochrane.org/handbook/current>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

²⁸ Page M, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.

²⁹ Sterne JAC, Savović J, Page MJ, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898.

bias è stato valutato tramite *Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions (ROBINS-I) tool*³⁰, che prevede la valutazione di sette domini di bias dovuti a: fattori confondenti, selezione dei partecipanti, classificazione degli interventi, deviazioni dagli interventi previsti, dati mancanti, misurazione dell'outcome e selezione dei risultati riportati. Per ciascuno di questi domini, il rischio di bias può essere basso, moderato, severo, critico oppure le informazioni non sono sufficienti per la valutazione.

Outcome e misure di efficacia. Gli outcome considerati sono stati l'accuratezza nella gestione del paziente, la costo-efficacia, gli outcome clinici, la sicurezza, la soddisfazione del paziente e i risultati ottenuti. L'accuratezza nella gestione è stata definita come la capacità dei fisioterapisti di valutare autonomamente un paziente senza ulteriori consulti clinici. La costo-efficacia è stata definita come il grado di efficacia e produttività in relazione ai costi nella gestione dei pazienti. Come outcome clinici sono stati considerati tutti quelli correlati allo stato di salute del paziente (es. questionari specifici sulla condizione clinica, qualità della vita, percezione della disabilità, stato di salute psicologico, *coping* del paziente). I tempi di attesa per ricevere l'intervento sono stati considerati come outcome clinici perché la precocità dell'intervento, sia nella valutazione che nella gestione, ha una correlazione diretta con importanti esiti di salute del paziente^{31,32,33,34}. Per outcome correlati all'attività lavorativa sono stati considerati quelli che valutavano l'impatto della condizione clinica sulla capacità lavorativa del paziente (es. giorni di malattia o di permessi per motivi medici).

Sintesi dei dati. È stata condotta una sintesi qualitativa dei risultati, dal momento che l'eterogeneità degli studi inclusi non ha permesso di condurre una sintesi quantitativa (metanalisi). La sinossi dei risultati è stata condotta rispetto agli outcome di interesse. Sono stati utilizzati tabelle e grafici per riassumere i dati rilevanti e per descrivere i risultati sono state impiegate statistiche descrittive (medie, mediane, intervalli di confidenza e range interquartili).

Analisi delle normative e dei regolamenti. Per analizzare e confrontare le modalità di accesso alle cure fisioterapiche nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nelle diverse realtà regionali, data la frammentazione di normative e regolamenti spesso difficilmente accessibili, si è provveduto a contattare i 38 Ordini dei Fisioterapisti (OFI) territoriali, che coprono le 19 Regioni e 2 Province autonome d'Italia, richiedendo i riferimenti normativi ed eventuali altre informazioni rispetto alle modalità di accesso alle prestazioni fisioterapiche. In aggiunta, è stata eseguita una ricerca manuale nei siti delle Aziende Sanitarie Locali.

³⁰ Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ* 2016;355:i4919.

³¹ Sephton, R.; Hough, E.; Roberts, S.A.; Oldham, J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiotherapy* 2010, 96, 296–302.

³² Samsson, K.S.; Larsson, M.E. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015, 20, 38–45.

³³ Oldmeadow, L.B.; Bedi, H.S.; Burch, H.T.; Smith, J.S.; Leahy, E.S.; Goldwasser, M. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med. J. Aust.* 2007, 186, 625–628.

³⁴ Lyons, R.F.; Cassells, M.; Hynes, D.; Mullett, H.; Groarke, P.J. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir. J. Med. Sci.* 2022, 191, 771–775.

4. Risultati

In questa sezione sono riportati i risultati del processo di selezione degli studi, estrazione dei dati e analisi dei risultati. La sinossi è stata condotta secondo gli outcome individuati.

4.1. Selezione e caratteristiche degli studi

Le strategie di ricerca hanno permesso di identificare inizialmente un totale di 540 articoli. Dopo la rimozione dei duplicati, selezione per titolo, abstract e full text, sono stati inclusi 30 studi di cui: 10 RCT, 18 studi di coorte e 2 studi caso controllo. Il diagramma di flusso PRISMA del processo di selezione degli studi è riportato in figura 4.1.

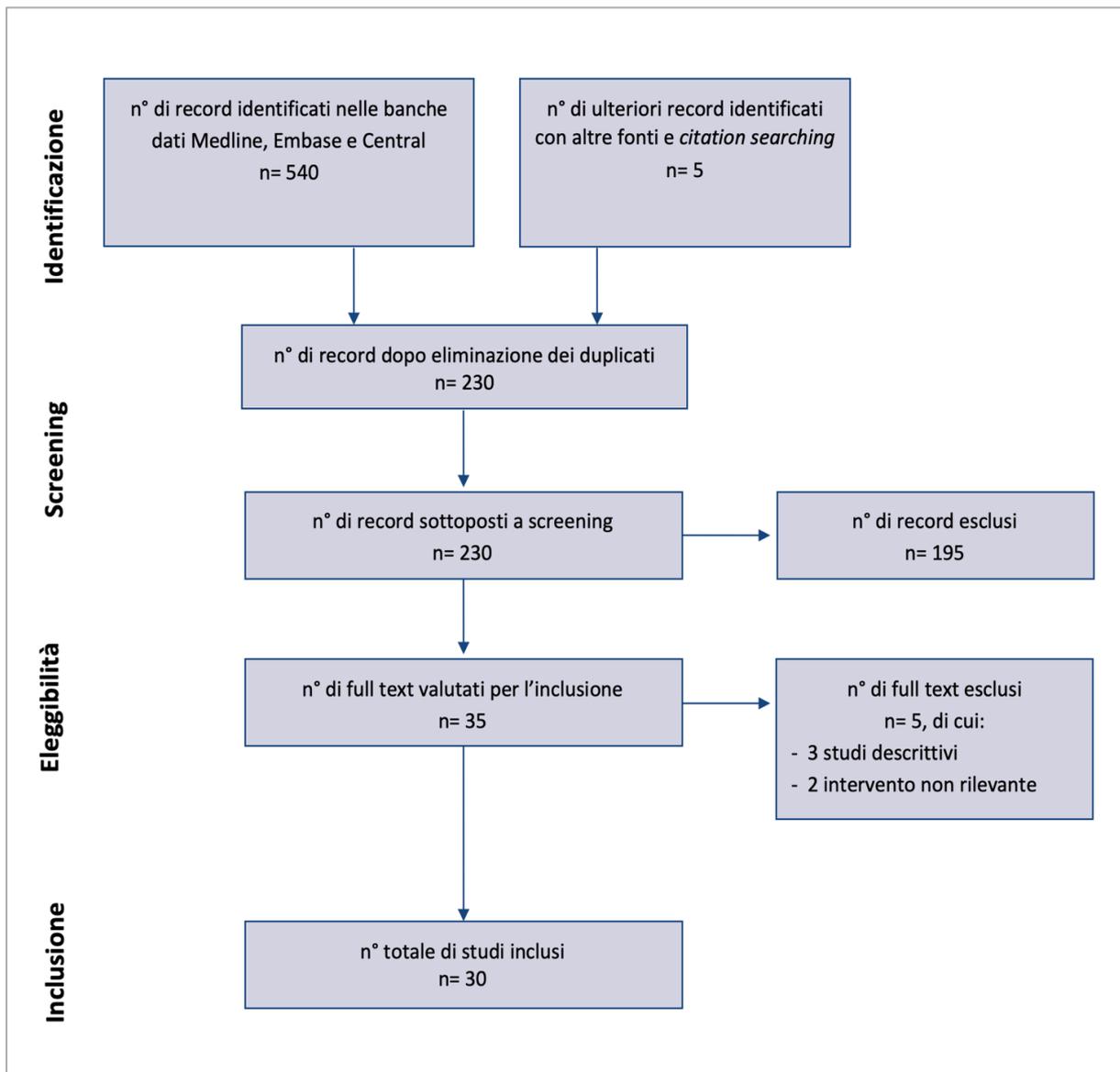


Figura 4.1. Diagramma di flusso PRISMA del processo di selezione degli studi

In totale sono stati valutati e gestiti 35.802 pazienti attraverso un modello di accesso diretto in fisioterapia, mentre 10.367 pazienti sono stati valutati e gestiti mediante accesso su prescrizione medica, per un totale complessivo di 46.169 pazienti. In cinque studi non erano disponibili dati su età e genere^{35,36,37,38,39}; sette studi non hanno fornito dettagli aggiuntivi rispetto al tipo e alla localizzazione dei

³⁵ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

³⁶ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

³⁷ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

³⁸ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

³⁹ Halfpap J, Riebel L, Tognoni A, et al. Improving Access and Decreasing Healthcare Utilization for Patients With Acute Spine Pain: Five-Year Results of a Direct Access Clinic. *Mil Med* 2022;188: e2340–e2346.

disturbi^{40,41,42,43,44,45,46}, mentre diciotto studi^{47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64} non hanno specificato le modalità di insorgenza della condizione clinica. Tutti gli interventi sperimentali prevedevano il

⁴⁰ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

⁴¹ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

⁴² Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

⁴³ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

⁴⁴ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

⁴⁵ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

⁴⁶ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

⁴⁷ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

⁴⁸ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

⁴⁹ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

⁵⁰ Caffrey A, Smart KM, FitzGerald O. Physiotherapist-Led Triage at a Rheumatology-Based Musculoskeletal Assessment Clinic: An 18-Month Service Evaluation of Activity and Outcomes. *ACR Open Rheumatol.* 2019;1:213–218.

⁵¹ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

⁵² Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

⁵³ Chang AT, Gavaghan B, O’Leary S, et al. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy- led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev* 2018;42:334–339.

⁵⁴ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

⁵⁵ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

⁵⁶ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

⁵⁷ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

⁵⁸ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

⁵⁹ AB Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

⁶⁰ O’farrell S, Smart KM, Caffrey A, et al. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led ‘Musculoskeletal Assessment Clinic’: A seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci* 2014;183:565–571.

⁶¹ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

⁶² Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

tradizionale accesso diretto in fisioterapia. Le valutazioni in due studi^{65,66} sono state effettuate a distanza per telefono. Tutti gli studi indagavano l'accesso diretto sulla gestione di disturbi muscolo-scheletrici.

Otto studi^{67,68,69,70,71,72,73,74} non prevedevano un gruppo di controllo. Gli interventi per il gruppo di controllo sono stati erogati da un medico di cui non è specificata la specializzazione in sette

⁶³ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

⁶⁴ Halfpap J, Riebel L, Tognoni A, et al. Improving Access and Decreasing Healthcare Utilization for Patients With Acute Spine Pain: Five-Year Results of a Direct Access Clinic. *Mil Med* 2022;188: e2340–e2346.

⁶⁵ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol Assess* 2013;17:1–157.

⁶⁶ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskelet Care* 2014;12:251–260.

⁶⁷ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

⁶⁸ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

⁶⁹ Caffrey A, Smart KM, FitzGerald O. Physiotherapist-Led Triage at a Rheumatology-Based Musculoskeletal Assessment Clinic: An 18-Month Service Evaluation of Activity and Outcomes. *ACR Open Rheumatol*. 2019;1:213–218.

⁷⁰ Chang AT, Gavaghan B, O'Leary S, et al. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy- led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev* 2018;42:334–339.

⁷¹ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

⁷² O'farrell S, Smart KM, Caffrey A, et al. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led 'Musculoskeletal Assessment Clinic': A seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci* 2014;183:565–571.

⁷³ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

⁷⁴ Halfpap J, Riebel L, Tognoni A, et al. Improving Access and Decreasing Healthcare Utilization for Patients With Acute Spine Pain: Five-Year Results of a Direct Access Clinic. *Mil Med* 2022;188: e2340–e2346.

studi^{75,76,77,78,79,80,81}, da un medico di medicina generale in altri otto studi^{82,83,84,85,86,87,88,89}, da un medico specialista in ortopedia e traumatologia in cinque studi^{90,91,92,93,94} e in uno studio⁹⁵ da più figure professionali (infermieri, specialisti in medicina interna, medici di medicina generale). Per quanto

⁷⁵ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

⁷⁶ Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

⁷⁷ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

⁷⁸ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

⁷⁹ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

⁸⁰ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

⁸¹ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

⁸² Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

⁸³ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

⁸⁴ Kooijman M, Swinkels I, van Dijk C, et al. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: An observational study. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2013;14:128.

⁸⁵ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

⁸⁶ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

⁸⁷ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

⁸⁸ Lankhorst N, Barten J, Meerhof R, et al. Characteristics of patients with knee and ankle symptoms accessing physiotherapy: Self-referral vs general practitioner's referral. *Physiotherapy* 2020;108:112–119.

⁸⁹ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

⁹⁰ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015;20:38–45.

⁹¹ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

⁹² Samsson KS, Bernhardsson S, Larsson MEH. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: A randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2016;17:257.

⁹³ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare—A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

⁹⁴ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

⁹⁵ Crowell MS, Mason JS, McGinniss JH. Musculoskeletal Imaging for Low Back Pain in Direct Access Physical Therapy Compared to Primary Care: An Observational Study. *Int J Sports Phys Ther.* 2022;17:237-246.

riguarda il setting, nove studi sono stati condotti in un contesto ambulatoriale^{96,97,98,99,100,101,102,103,104}, due studi in un contesto militare^{105,106} e diciannove in un contesto ospedaliero di assistenza

⁹⁶ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

⁹⁷ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

⁹⁸ Caffrey A, Smart KM, FitzGerald O. Physiotherapist-Led Triage at a Rheumatology-Based Musculoskeletal Assessment Clinic: An 18-Month Service Evaluation of Activity and Outcomes. *ACR Open Rheumatol*. 2019;1:213–218.

⁹⁹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

¹⁰⁰ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

¹⁰¹ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

¹⁰² Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

¹⁰³ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

¹⁰⁴ Crowell MS, Mason JS, McGinniss JH. Musculoskeletal Imaging for Low Back Pain in Direct Access Physical Therapy Compared to Primary Care: An Observational Study. *Int J Sports Phys Ther.* 2022;17:237-246.

¹⁰⁵ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

¹⁰⁶ Halfpap J, Riebel L, Tognoni A, et al. Improving Access and Decreasing Healthcare Utilization for Patients With Acute Spine Pain: Five-Year Results of a Direct Access Clinic. *Mil Med* 2022;188: e2340–e2346.

primaria^{107,108,109,110,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120,121,122,123,124,125}. Le caratteristiche degli studi e dei partecipanti inclusi sono riportate nella tabella 4.1. Le caratteristiche dei singoli studi sono riportate nelle tabelle 4.2. e 4.3.

¹⁰⁷ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskeletal Disord*

¹⁰⁸ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

¹⁰⁹ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

¹¹⁰ Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

¹¹¹ Chang AT, Gavaghan B, O’Leary S, et al. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy-led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev* 2018;42:334–339.

¹¹² Samsson KS, Bernhardsson S, Larsson MEH. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: A randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2016;17:257.

¹¹³ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract*. 2019;69:e314–e320.

¹¹⁴ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

¹¹⁵ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare—A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

¹¹⁶ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of ‘PhysioDirect’ telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

¹¹⁷ Kooijman M, Swinkels I, van Dijk C, et al. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: An observational study. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2013;14:128.

¹¹⁸ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

¹¹⁹ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

¹²⁰ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

¹²¹ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

¹²² O’farrell S, Smart KM, Caffrey A, et al. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led ‘Musculoskeletal Assessment Clinic’: A seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci* 2014;183:565–571.

¹²³ Lankhorst N, Barten J, Meerhof R, et al. Characteristics of patients with knee and ankle symptoms accessing physiotherapy: Self-referral vs general practitioner’s referral. *Physiotherapy* 2020;108:112–119.

¹²⁴ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskeletal Disord* 2022;23:260.

¹²⁵ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

Caratteristiche degli studi (n=28)	
Disegno di studio (n)	
RCT	10
Studi di coorte	18
Studi caso-controllo	2
Setting (n)	
Ambulatoriale	9
Servizio militare	2
Ospedaliero	19
Qualifiche dei fisioterapisti (n)	
Laurea in fisioterapia	2
Dottorato o master universitario	5
Da 6 a 28 anni di esperienza	5
Almeno 3 anni di esperienza con un corso di specializzazione	4
Extended scope professional ^a	11
Non specificato	3
Caratteristiche dei partecipanti (n=46.169)	
Età (media)	49 anni
Sesso (%)	Donne 57% Uomini 43%
Condizione clinica (%)	Disturbi muscolo-scheletrici (100%)
^a Si tratta di una qualifica di fisioterapista riconosciuta in alcuni paesi, che identifica dei professionisti che lavorano in un ruolo "esteso" dopo aver acquisito una formazione specifica nel campo della fisioterapia muscolo-scheletrica e dopo aver maturato esperienza clinica	

Tabella 4.1. Caratteristiche degli studi e dei partecipanti inclusi

Studio	Setting e caratteristiche del campione	Descrizione dei professionisti	Gruppo di Intervento	Gruppo di Controllo	Follow-Up
Bishop, 2017 ¹²⁶	Quattro ambulatori di medicina generale nel Regno Unito (978 partecipanti); pazienti con problemi muscoloscheletrici	Fisioterapisti con formazione specifica nel triage	Accesso diretto alla fisioterapia	Presa in carico standard guidata dal MMG	2, 6, 12 mesi
Bornhoft, 2019a ¹²⁷	Tre ospedali di cura primaria in Svezia (55 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici	Fisioterapisti con competenze specifiche per la gestione dell'accesso diretto ed esperienza nel trattamento di disturbi muscoloscheletrici	Triage iniziale da parte di fisioterapisti	Gestione tradizionale con valutazione iniziale da parte del MMG	2, 12, 26, 52 settimane
Bornhöft, 2019b ¹²⁸	Tre cliniche di cure primarie in Svezia (55 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici. Analisi secondaria di Bornhoft, 2019a	Fisioterapisti con competenze specifiche per la gestione dell'accesso diretto ed esperienza nel trattamento di disturbi muscoloscheletrici	Triage iniziale da parte di fisioterapisti	Gestione tradizionale con valutazione iniziale da parte del MMG.	1 anno
Daker-White, 1999 ¹²⁹	Reparti ortopedici di due ospedali nel Regno Unito (481 partecipanti); pazienti con problemi muscoloscheletrici.	Fisioterapisti con formazione specialistica in ambito ortopedico	Valutazione iniziale e gestione da parte di fisioterapisti specializzati	Valutazione e gestione da parte di medici ortopedici junior	6 mesi
Ho-Henriksson, 2022 ¹³⁰	Centro di assistenza primaria in Svezia (69 partecipanti); pazienti con sospetta osteoartrite del ginocchio	Fisioterapisti con esperienza in gestione dell'osteoartrosi del ginocchio	Valutazione e trattamento iniziale da parte di fisioterapisti	Valutazione e trattamento iniziale da parte di medici	1 anno

¹²⁶ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

¹²⁷ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

¹²⁸ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

¹²⁹ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

¹³⁰ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

Studio	Setting e caratteristiche del campione	Descrizione dei professionisti	Gruppo di Intervento	Gruppo di Controllo	Follow-Up
Ojha, 2020 ¹³¹	Clinica per i dipendenti della Temple University, Stati Uniti (150 partecipanti); dolore muscoloscheletrico di recente insorgenza	Fisioterapisti con formazione avanzata nel triage e nella gestione del dolore muscoloscheletrico	Valutazione e trattamento iniziale da parte di fisioterapisti	Valutazione e trattamento da parte di medici	1 mese e 1 anno
Salisbury, 2013 ¹³²	Quattro servizi di fisioterapia in Inghilterra (1506 partecipanti); pazienti con problemi muscoloscheletrici	Fisioterapisti esperti con competenze specifiche per la gestione da remoto	Servizio in accesso diretto con valutazione e consigli telefonici seguiti da eventuali trattamenti di persona	Gestione tradizionale con lista d'attesa ed appuntamento di persona	6 settimane e 6 mesi
Samsson, 2014 ¹³³	Clinica di fisioterapia in accesso diretto, Svezia (203 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici riferiti per valutazione ortopedica	Fisioterapisti esperti con formazione specifica in terapia manuale ortopedica	Screening dei pazienti da parte di fisioterapisti per valutazioni ortopediche	Pratica standard con valutazione da parte di medici ortopedici	6 mesi
Samsson, 2015 ¹³⁴	Ambulatorio di cure primarie, Svezia (208 partecipanti); pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico o subacuto	Fisioterapisti con specializzazione in terapia manipolativa e terapia manuale ortopedica	Triage da parte di fisioterapisti	Pratica standard con valutazione iniziale da parte di medici ortopedici	3, 6 e 12 mesi
Samsson, 2016 ¹³⁵	Ambulatorio di cure primarie, Svezia (163 partecipanti); pazienti con dolore muscoloscheletrico	Fisioterapisti specializzati con formazione avanzata in triage ortopedico	Triage ortopedico da parte di fisioterapisti	Pratica standard con valutazione da parte di medici ortopedici	12 mesi

MMG: medico di medicina generale.

Tabella 4.2. Caratteristiche dei trial clinici randomizzati e controllati inclusi.

¹³¹ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

¹³² Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

¹³³ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare—A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

¹³⁴ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015;20:38–45.

¹³⁵ Samsson KS, Bernhardsson S, Larsson MEH. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: A randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2016;17:257.

Studio	Setting e caratteristiche del campione	Descrizione dei professionisti	Coorte Principale	Coorte Parallela	Follow-Up
Bird, 2016 ¹³⁶ Coorte parallela prospettico	10 ospedali in Australia (14.452 partecipanti); pazienti con condizioni muscoloscheletriche	Fisioterapisti in accesso diretto in pronto soccorso	Pazienti trattati da fisioterapisti in accesso diretto in pronto soccorso	Pazienti trattati da altri professionisti	12-15 mesi
Bornhoft, 2015 ¹³⁷ Caso-controllo	Due cliniche cure primarie in Svezia (656 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici	Fisioterapisti specializzati nella gestione dei disturbi muscoloscheletrici	Pazienti valutati direttamente dai fisioterapisti	Pazienti valutati inizialmente da MMG	1 anno
Caffrey, 2019 ¹³⁸ Coorte singola retrospettivo	St Vincent's University Hospital, Irlanda (508 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici	Fisioterapisti specialisti con esperienza nel triage muscoloscheletrico	Pazienti valutati e gestiti da fisioterapisti specialisti	-	18 mesi
Chang, 2018 ¹³⁹ Coorte singola retrospettivo	Tre ospedali metropolitani in Australia (462 partecipanti); pazienti con condizioni muscoloscheletriche non urgenti	Fisioterapisti con qualifiche avanzate per la gestione dei pazienti con condizioni muscoloscheletriche	Pazienti gestiti da servizi di fisioterapia specializzata	-	12 mesi
Crowell, 2022 ¹⁴⁰ Coorte parallela retrospettivo	Baylor University - Keller Army Community Hospital, USA (1.845 partecipanti); pazienti giovani e atleti con dolore lombare	Fisioterapisti militari con competenze avanzate nella gestione del dolore muscoloscheletrico	Pazienti valutati in fisioterapia in accesso diretto	Pazienti valutati in cure primarie da vari professionisti	28 giorni
Downie, 2019 ¹⁴¹ Coorte singola prospettico	Due studi medici nel NHS Forth Valley, Scozia (8.417 contatti); pazienti con problemi muscoloscheletrici	Fisioterapisti <i>Extended scope professionals</i> con competenze avanzate	Pazienti valutati in accesso diretto	-	2 anni

¹³⁶ Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

¹³⁷ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

¹³⁸ Caffrey A, Smart KM, FitzGerald O. Physiotherapist-Led Triage at a Rheumatology-Based Musculoskeletal Assessment Clinic: An 18-Month Service Evaluation of Activity and Outcomes. *ACR Open Rheumatol.* 2019;1:213–218.

¹³⁹ Chang AT, Gavaghan B, O'Leary S, et al. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy-led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev* 2018;42:334–339.

¹⁴⁰ Crowell MS, Mason JS, McGinniss JH. Musculoskeletal Imaging for Low Back Pain in Direct Access Physical Therapy Compared to Primary Care: An Observational Study. *Int J Sports Phys Ther.* 2022;17:237–246.

¹⁴¹ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

Studio	Setting e caratteristiche del campione	Descrizione dei professionisti	Coorte Principale	Coorte Parallela	Follow-Up
Halfpap, 2023 ¹⁴² Coorte singola retrospettivo	Naval Medical Center, San Diego, USA (1.215 partecipanti); membri del servizio attivo con mal di schiena acuto	Fisioterapisti militari con esperienza in gestione acuta del dolore spinale	Pazienti gestiti in accesso diretto in ambulatorio	-	5 anni
Kerridge-Weeks, 2016 ¹⁴³ Coorte singola retrospettivo	Lymington New Forest Hospital, Regno Unito (100 partecipanti); pazienti con mal di schiena	Fisioterapisti specializzati nella gestione del mal di schiena	Pazienti gestiti da fisioterapisti specializzati in accesso diretto	-	Fino alla dimissione
Kooijman, 2013 ¹⁴⁴ Coorte parallela retrospettivo	Studi di fisioterapia in Olanda (2.428 partecipanti); pazienti con dolore di spalla	Fisioterapisti e MMG con esperienza nella gestione delle problematiche di spalla	Pazienti seguiti da fisioterapisti in accesso diretto	Pazienti seguiti da MMG	Periodo variabile (non specificato)
Lankhorst, 2020 ¹⁴⁵ Coorte parallela longitudinale	Studi di fisioterapia in Olanda (6.179 partecipanti); pazienti con sintomi al ginocchio o alla caviglia	Fisioterapisti con esperienza in valutazioni muscoloscheletriche	Pazienti che si recano in autonomia e gestiti in accesso diretto	Pazienti riferiti dal MMG	6 anni
Ludvigsson, 2012 ¹⁴⁶ Coorte parallela retrospettivo	Ambulatorio di cure primarie in Svezia (432 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici	Fisioterapisti con competenze avanzate in valutazione e gestione dei disturbi muscoloscheletrici	Pazienti valutati principalmente da fisioterapisti	Pazienti valutati principalmente da MMG	3 mesi
Lyons, 2022 ¹⁴⁷ Coorte singola prospettico	Ospedale Ortopedico Nazionale, Irlanda (646 partecipanti); pazienti con patologie dell'arto superiore	Fisioterapisti avanzati con esperienza in triage ortopedico	Pazienti con triage gestito da fisioterapisti esperti	-	3 anni

¹⁴² Halfpap J, Riebel L, Tognoni A, et al. Improving Access and Decreasing Healthcare Utilization for Patients With Acute Spine Pain: Five-Year Results of a Direct Access Clinic. *Mil Med* 2022;188: e2340–e2346.

¹⁴³ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

¹⁴⁴ Kooijman M, Swinkels I, van Dijk C, et al. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: An observational study. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2013;14:128.

¹⁴⁵ Lankhorst N, Barten J, Meerhof R, et al. Characteristics of patients with knee and ankle symptoms accessing physiotherapy: Self-referral vs general practitioner's referral. *Physiotherapy* 2020;108:112–119.

¹⁴⁶ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

¹⁴⁷ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

Studio	Setting e caratteristiche del campione	Descrizione dei professionisti	Coorte Principale	Coorte Parallela	Follow-Up
Mallett, 2014 ¹⁴⁸ Coorte parallela prospettico	NHS Yorkshire, Regno Unito (508 partecipanti); pazienti con condizioni muscoloscheletriche	Fisioterapisti con esperienza in triage telefonico in accesso diretto	Pazienti valutati tramite accesso diretto con triage telefonico	Pazienti inviati dal MMG	9 mesi
O'Farrell, 2014 ¹⁴⁹ Coorte singola retrospettivo	St Vincent's University Hospital, Irlanda (714 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici	Fisioterapisti specialisti nella gestione autonoma di pazienti muscoloscheletrici	Pazienti valutati e gestiti autonomamente dai fisioterapisti specialisti	-	7 mesi
Oldmeadow, 2007 ¹⁵⁰ Coorte parallela prospettico	Northern Hospital, Melbourne, Australia (52 partecipanti); pazienti con condizioni muscoloscheletriche non urgenti	Fisioterapisti con qualifiche post-laurea e oltre 10 anni di esperienza	Pazienti gestiti da fisioterapisti in accesso diretto	Pazienti gestiti da chirurghi ortopedici	6 mesi
Oostendorp, 2020 ¹⁵¹ Coorte singola prospettico	Radboud University Nijmegen Medical Centre, Paesi Bassi (523 partecipanti); pazienti con disturbi associati al colpo di frusta	Fisioterapisti con esperienza avanzata nel trattamento di disturbi associati al colpo di frusta	Pazienti con disturbi associati al colpo di frusta valutati in accesso diretto	-	10 anni
Peterson, 2021 ¹⁵² Coorte parallela prospettico	Ambulatori di cure primarie, Svezia (107 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici	Fisioterapisti autorizzati a prescrivere radiografie	Pazienti valutati da fisioterapisti in accesso diretto	Pazienti valutati da un medico	7 mesi
Phillips, 2012 ¹⁵³ Coorte parallela prospettico	Galles, Regno Unito (486 partecipanti); pazienti con dolore muscoloscheletrico	Fisioterapisti specializzati in terapia occupazionale	Pazienti seguiti tramite accesso diretto in ambito occupazionale	Pazienti gestiti tramite valutazione standard dal medico	3 mesi

¹⁴⁸ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

¹⁴⁹ O'farrell S, Smart KM, Caffrey A, et al. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led 'Musculoskeletal Assessment Clinic': A seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci* 2014;183:565–571.

¹⁵⁰ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

¹⁵¹ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

¹⁵² Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

¹⁵³ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

Studio	Setting e caratteristiche del campione	Descrizione dei professionisti	Coorte Principale	Coorte Parallela	Follow-Up
Sephton, 2010 ¹⁵⁴ Coorte singola prospettico	Servizi di cure primarie nel Regno Unito (217 partecipanti); pazienti con disturbi muscoloscheletrici	Fisioterapisti specializzati in gestione muscoloscheletrica	Pazienti valutati tramite il servizio di accesso diretto	-	12 mesi
Szymanek, 2022 ¹⁵⁵ Coorte parallela prospettico	Joint Base Lewis-McChord, USA (3.653 partecipanti); militari con infortuni muscoloscheletrici	Fisioterapisti militari con esperienza in gestione di infortuni muscoloscheletrici acuti	Pazienti trattati tramite accesso diretto	Pazienti gestiti tramite percorso standard gestito dal medico	18 mesi
MMG: medico di medicina generale.					

Tabella 4.3. Caratteristiche degli studi osservazionali inclusi

4.2. Valutazione del rischio di bias

La valutazione del rischio di bias per i 10 RCT inclusi ha rivelato un rischio complessivo da basso a moderato, con variazioni tra i diversi domini del *Cochrane Risk of Bias 2 tool*. In particolare, il dominio relativo al bias derivante dal processo di randomizzazione ha mostrato un rischio generalmente basso in gran parte degli studi, con 6 su 10 che hanno esplicitamente riportato l'uso di allocazione nascosta (utilizzando buste opache o sistemi automatizzati). Tuttavia, in quattro studi, l'assenza di dettagli sull'allocazione nascosta ha condotto ad un rischio non chiaro.

Il bias dovuto a deviazioni dagli interventi assegnati ha mostrato un rischio moderato in diversi studi, principalmente a causa della mancanza di *blinding* dei partecipanti e di chi erogava gli interventi, che potrebbe aver influenzato la percezione degli indicatori soggettivi di outcome. Ciononostante, non sono state riportate deviazioni significative dagli interventi previsti.

Il bias dovuto ai dati mancanti è stato generalmente basso, con la maggior parte degli studi che ha riportato pochi pazienti persi al follow-up e ha utilizzato tecniche appropriate per gestire i dati mancanti.

Il bias nella misurazione degli outcome è stato generalmente basso, grazie all'uso di strumenti di autovalutazione validati e alla raccolta indipendente dei dati. Tuttavia, la mancanza di *blinding* dei partecipanti ha introdotto un lieve rischio di bias nelle risposte. Infine, il bias nella selezione dei risultati riportati è stato basso in tutti gli studi, con un reporting completo degli outcome pianificati e l'assenza di evidenze di selezione selettiva dei risultati.

La valutazione del rischio di bias per i 20 studi osservazionali inclusi è stata condotta utilizzando la checklist ROBINS-I. La maggior parte degli studi presenta un rischio di bias moderato in diversi domini, dovuto principalmente al confondimento e alla misurazione degli outcome. In molti studi, i potenziali fattori confondenti, come l'età e la gravità delle condizioni, non sono stati completamente controllati,

¹⁵⁴ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

¹⁵⁵ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

mentre la misurazione degli outcome, spesso non condotta in cieco, ha contribuito a ulteriori incertezze. Inoltre, in alcuni studi, il numero di pazienti persi al follow-up ha introdotto bias, con dati mancanti non sempre gestiti in modo adeguato. Tuttavia, la selezione dei partecipanti e l'assegnazione degli interventi sono state generalmente ben condotte, con un basso rischio di bias. La deviazione dagli interventi previsti è risultata minima e i risultati sono stati riportati in modo trasparente.

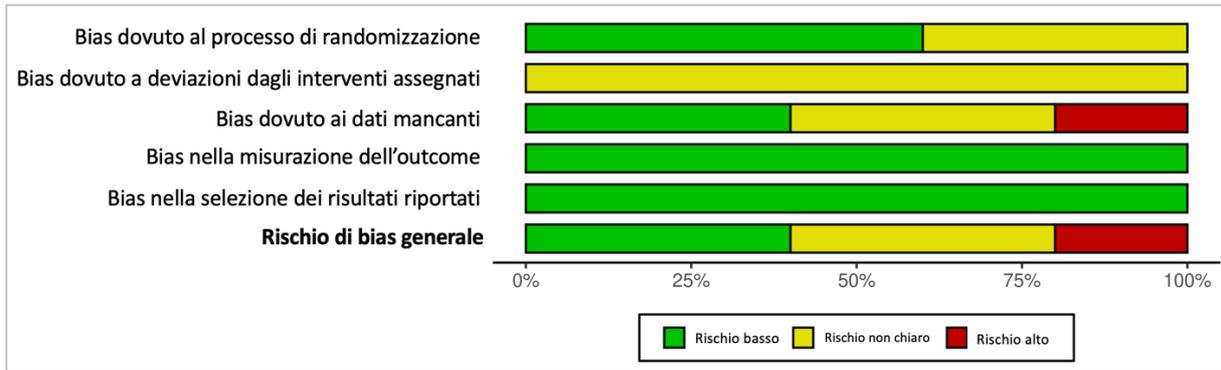


Figura 4.2. Percentuale di rischio di bias nei 6 domini dello strumento *Cochrane Risk of Bias 2 tool per gli RCT*

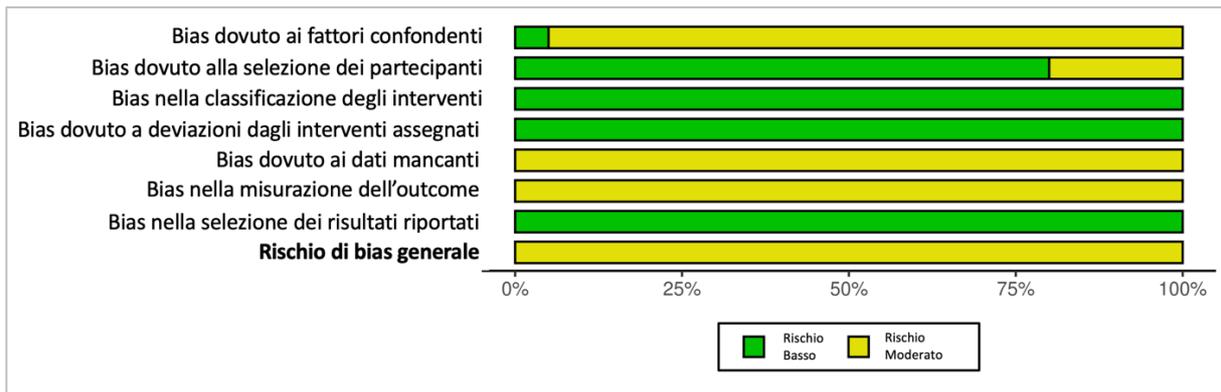


Figura 4.3. Percentuale di rischio di bias nei 6 domini dello strumento *ROBINS-I per gli studi non randomizzati*

4.3. Analisi dei risultati rispetto agli outcome di interesse

Accuratezza nella gestione clinica. Quattordici studi hanno valutato la competenza dei fisioterapisti nel triage^{156,157,158,159,160,161,162,163,164,165,166,167,168,169}. Nella maggior parte degli studi, i fisioterapisti eseguivano il triage dei pazienti senza la necessità di un consulto clinico aggiuntivo^{170,171,172,173,174,175,176,177,178}. Tre

¹⁵⁶ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

¹⁵⁷ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

¹⁵⁸ Caffrey A, Smart KM, FitzGerald O. Physiotherapist-Led Triage at a Rheumatology-Based Musculoskeletal Assessment Clinic: An 18-Month Service Evaluation of Activity and Outcomes. *ACR Open Rheumatol.* 2019;1:213–218.

¹⁵⁹ Chang AT, Gavaghan B, O’Leary S, et al. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy- led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev* 2018;42:334–339.

¹⁶⁰ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

¹⁶¹ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare— A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

¹⁶² Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

¹⁶³ O’farrell S, Smart KM, Caffrey A, et al. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led ‘Musculoskeletal Assessment Clinic’: A seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci* 2014;183:565–571.

¹⁶⁴ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

¹⁶⁵ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

¹⁶⁶ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

¹⁶⁷ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

¹⁶⁸ Crowell MS, Mason JS, McGinniss JH. Musculoskeletal Imaging for Low Back Pain in Direct Access Physical Therapy Compared to Primary Care: An Observational Study. *Int J Sports Phys Ther.* 2022;17:237–246.

¹⁶⁹ Halfpap J, Riebel L, Tognoni A, et al. Improving Access and Decreasing Healthcare Utilization for Patients With Acute Spine Pain: Five-Year Results of a Direct Access Clinic. *Mil Med* 2022;188: e2340–e2346.

¹⁷⁰ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

¹⁷¹ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

¹⁷² Caffrey A, Smart KM, FitzGerald O. Physiotherapist-Led Triage at a Rheumatology-Based Musculoskeletal Assessment Clinic: An 18-Month Service Evaluation of Activity and Outcomes. *ACR Open Rheumatol.* 2019;1:213–218.

¹⁷³ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

¹⁷⁴ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

¹⁷⁵ O’farrell S, Smart KM, Caffrey A, et al. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led ‘Musculoskeletal Assessment Clinic’: A seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci* 2014;183:565–571.

¹⁷⁶ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

¹⁷⁷ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

¹⁷⁸ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

studi^{179,180,181} hanno utilizzato come indicatore di outcome il tasso di conversione chirurgica, espresso in percentuale, poiché la conversione chirurgica è considerata una misura utile dell'appropriatezza delle richieste di consulto, indicando la percentuale di pazienti che, inviati a un medico, hanno subito un intervento chirurgico. Il tasso di ritorno alla visita o il tasso di nuova richiesta di consulto è stato invece utilizzato come misura di outcome in quattro studi^{182,183,184,185}. Un altro studio¹⁸⁶ ha esaminato la percentuale di riduzione in termini di prescrizioni di test di imaging (RX) e farmaci. Infine, l'accordo tra la valutazione fisioterapica e quella medica è stato valutato in tre studi^{187,188,189}. Il tasso di ritorno per ulteriori esami medici dopo la dimissione da parte del fisioterapista variava tra lo 0,9% e il 9%, con una media del 5,9%, come riportato in quattro studi osservazionali senza gruppo di controllo^{190,191,192,193}. Due studi^{194,195} hanno stimato la concordanza tra la valutazione del fisioterapista e quella medica, con stime variabili tra il 74% e l'87% (media:80,5%). Un ulteriore studio¹⁹⁶ ha valutato l'accordo in termini di prescrizione di test di imaging (RX) tra radiologi e fisioterapisti, riportando un accordo del 100% riguardo alla validità, chiarezza e appropriatezza della prescrizione effettuate dai fisioterapisti.

¹⁷⁹ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

¹⁸⁰ O'farrell S, Smart KM, Caffrey A, et al. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led 'Musculoskeletal Assessment Clinic': A seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci* 2014;183:565–571.

¹⁸¹ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

¹⁸² Chang AT, Gavaghan B, O'Leary S, et al. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy- led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev* 2018;42:334–339.

¹⁸³ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

¹⁸⁴ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare— A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

¹⁸⁵ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

¹⁸⁶ Halfpap J, Riebel L, Tognoni A, et al. Improving Access and Decreasing Healthcare Utilization for Patients With Acute Spine Pain: Five-Year Results of a Direct Access Clinic. *Mil Med* 2022;188: e2340–e2346.

¹⁸⁷ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

¹⁸⁸ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

¹⁸⁹ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

¹⁹⁰ Chang AT, Gavaghan B, O'Leary S, et al. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy- led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev* 2018;42:334–339.

¹⁹¹ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

¹⁹² Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare— A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

¹⁹³ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

¹⁹⁴ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

¹⁹⁵ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

¹⁹⁶ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

Uno studio¹⁹⁷ ha valutato l'aderenza dei fisioterapisti in accesso diretto rispetto a quelli con accesso convenzionale alle raccomandazioni delle linee guida per la prescrizione di imaging nella gestione del mal di schiena. Lo studio ha rilevato una differenza di aderenza del 14,7% (96,7% dei fisioterapisti in accesso diretto vs 82% di quelli con accesso convenzionale). Un altro studio¹⁹⁸ ha valutato la percentuale di prescrizioni appropriate (imaging e farmaci) tra la gestione fisioterapica e quella tradizionale, riportando una significativa riduzione in termini delle prescrizioni di imaging (7% vs 28%), ma non di farmaci (26% vs 20%). I risultati completi sono riportati in tabella 4.4.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Caffrey, 2019	Coorte	Reparto di reumatologia dell'ospedale universitario di Dublino, Irlanda; 108 partecipanti.	Il 75% dei pazienti è stato gestito autonomamente dai fisioterapisti senza necessità di consulto con il reumatologo. I fisioterapisti hanno dimostrato una precisione diagnostica dell'89% per le condizioni non infiammatorie, confermando l'efficacia del triage condotto da fisioterapisti specialisti clinici.
Chang, 2018	Coorte	Tre ospedali metropolitani, Queensland, Australia; 462 partecipanti.	Il 10% dei pazienti gestiti in accesso diretto dal fisioterapista sono stati inviati ai reparti specialistici di ortopedia, neurochirurgia, terapia del dolore cronico o reumatologia entro 12 mesi dalla dimissione. Di questi, solo il 4,8% è stato inviato per la stessa condizione per cui erano stati precedentemente trattati e dimessi.
Crowell, 2022	Coorte	Clinica Militare, Stati Uniti; 2.312 partecipanti.	I fisioterapisti in accesso diretto hanno mostrato una maggiore aderenza alle linee guida HEDIS per la gestione del dolore lombare, con una riduzione significativa dei test di imaging non necessari rispetto ai medici di base (96,7% vs 82%), dimostrando un'efficace accuratezza diagnostica.
Daker-White, 1999	RCT	Due ambulatori di ortopedia in due ospedali del Regno Unito; 481 partecipanti.	I fisioterapisti con formazione avanzata in ambito ortopedico hanno ottenuto risultati simili a quelli di medici chirurghi nella presa in carico diretta di nuovi pazienti, con una riduzione significativa dei costi ospedalieri grazie a un minor uso di radiografie e interventi chirurgici.
Downie, 2019	Coorte	Due ambulatori di MMG a Forth Valley, Inghilterra; 8417 partecipanti.	I fisioterapisti hanno gestito in accesso diretto l'87,3% dei pazienti in setting di cure primarie, riducendo sostanzialmente i tassi di consulto ortopedico. Solo per l'1% dei pazienti il fisioterapista ha richiesto un consulto del MMG, mentre il 12% dei pazienti sono stati inviati al medico per la necessità di una prescrizione (test di imaging o farmaci).
Halfpap, 2023	Coorte	Clinica per il dolore acuto della colonna vertebrale, USA; 1.215 partecipanti.	Tutte le visite in accesso diretto per dolore lombare hanno soddisfatto gli standard HEDIS, evitando l'utilizzo di imaging nei 28 giorni successivi alla prima visita per dolore lombare aspecifico. Una revisione delle cartelle cliniche di 100 pazienti selezionati in modo casuale e gestiti con accesso tradizionale ha evidenziato una riduzione nell'uso di farmaci, esami di imaging e richieste di consulti chirurgici.

¹⁹⁷ Crowell MS, Mason JS, McGinniss JH. Musculoskeletal Imaging for Low Back Pain in Direct Access Physical Therapy Compared to Primary Care: An Observational Study. *Int J Sports Phys Ther.* 2022;17:237-246.

¹⁹⁸ Halfpap J, Riebel L, Tognoni A, et al. Improving Access and Decreasing Healthcare Utilization for Patients With Acute Spine Pain: Five-Year Results of a Direct Access Clinic. *Mil Med* 2022;188: e2340–e2346.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Kerridge-Weeks, 2016	Coorte	Clinica Ortopedica, Inghilterra; 100 partecipanti.	Il 69% dei pazienti è stato gestito autonomamente dai fisioterapisti, mentre per il 30% è stato richiesto un consulto ortopedico, con un tasso di conversione chirurgica del 40%. I risultati suggeriscono che i fisioterapisti specializzati sono in grado di gestire un numero significativo di pazienti con patologie spinali, richiedendo al contempo consulti appropriati ai chirurghi.
Lyons, 2022	Coorte	Unità di chirurgia ortopedica elettiva di Dublino, Irlanda; 646 partecipanti.	Il tasso di dimissione iniziale dopo la valutazione del fisioterapista è stato del 68%. Solo il 31% dei pazienti ha necessitato di consulto chirurgico ortopedico: il 27,8% di questi è stato sottoposto ad intervento chirurgico.
Ludvigsson, 2012	Coorte	Centro di Assistenza Primaria, Svezia; 432 partecipanti.	L'85% dei pazienti valutati dai fisioterapisti non ha avuto necessità di ulteriori consulti. Patologie gravi sono state riscontrate nel 6% dei pazienti indirizzati dal fisioterapista al medico di base, mentre non sono state riscontrate patologie gravi nel 9% dei pazienti che successivamente si sono recati dal MMG per lo stesso disturbo.
Mallett, 2014	Coorte	Ospedale di cure primarie, Barnsley, Inghilterra; 194 partecipanti.	L'efficacia e l'accuratezza dell'intervento è risultata paragonabile ai percorsi tradizionali di presa in carico tramite MMG. L'introduzione di un percorso ad accesso diretto in fisioterapia ridotto i tempi di attesa e aumentato la soddisfazione dei pazienti.
O'Farrell, 2014	Coorte	Ospedale universitario di Dublino, Irlanda; 714 partecipanti.	Il 76% dei pazienti valutati in accesso diretto da fisioterapisti non ha avuto necessità di consulto ortopedico. Il tasso di conversione chirurgica per i pazienti per i quali è stato richiesto il consulto è stato del 73%.
Oldmeadow, 2007	Coorte	Ospedale di cure terziarie, Melbourne, Australia; 52 partecipanti.	I fisioterapisti "Extended Scope Professionals" hanno gestito in modo appropriato il 63% dei pazienti con condizioni muscoloscheletriche non urgenti senza necessità di consulto chirurgico. La concordanza tra fisioterapisti e chirurghi ortopedici per diagnosi e piani terapeutici è stata del 74%.
Samsson, 2014	RCT	Clinica di fisioterapia in accesso diretto, Svezia; 203 partecipanti.	Nel gruppo di presa in carico per accesso diretto si è osservata una maggiore accuratezza nella selezione dei candidati per richiesta di consulto ortopedico rispetto alla presa in carico standard (tramite MMG). Anche la proporzione di pazienti inviati per ulteriori indagini e i tempi di attesa sono risultati significativamente inferiori nel gruppo ad accesso diretto.
Szymanek, 2022	Coorte	Cliniche Militari degli Stati Uniti; 3.653 partecipanti.	I fisioterapisti che operano in accesso diretto hanno ridotto l'uso di imaging e il ricorso a cure specialistiche, generando un risparmio di 3,6 milioni di dollari nei costi sanitari. La gestione autonoma da parte dei fisioterapisti ha dimostrato un'elevata efficacia nel ridurre i giorni di lavoro persi per infortuni muscoloscheletrici acuti. L'analisi secondaria condotta in una clinica, confrontando l'assistenza standard con il modello di accesso diretto, ha mostrato una riduzione dell'uso di imaging, dei giorni di inattività, dei costi, delle richieste di cure specialistiche e della disabilità a lungo termine.
HEDIS: Healthcare Effectiveness Data and Information Set; MMG: medico di medicina generale; RCT: trial clinico randomizzato e controllato; TNC: trial non controllato			

Tabella 4.4. Principali risultati relativi all'accuratezza della gestione clinica

Outcome economici e di costo-efficacia. Quindici studi^{199,200,201,202,203,204,205,206,207,208,209,210,211,212,213} hanno valutato la costo-efficacia tra le due modalità di accesso utilizzando outcome molto eterogenei:

¹⁹⁹ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord*

²⁰⁰ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

²⁰¹ Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

²⁰² Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

²⁰³ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

²⁰⁴ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare—A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

²⁰⁵ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁰⁶ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

²⁰⁷ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

²⁰⁸ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:29.

²⁰⁹ Lankhorst N, Barten J, Meerhof R, et al. Characteristics of patients with knee and ankle symptoms accessing physiotherapy: Self-referral vs general practitioner's referral. *Physiotherapy* 2020;108:112–119.

²¹⁰ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²¹¹ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²¹² Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

²¹³ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

- Utilizzo delle risorse del sistema sanitario, calcolando i costi degli interventi: uso di farmaci e numero di richieste di consulto per prescrizione di procedure diagnostiche^{214,215,216,217,218,219,220,221,222,223,224,225,}
- Costi sostenuti dal paziente^{226,227,228,}
- Risparmi per il paziente^{229,230,}
- Rapporto Incrementale di Costo-Efficacia (ICER)^{231,232,233,}

²¹⁴ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²¹⁵ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

²¹⁶ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

²¹⁷ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

²¹⁸ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare—A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

²¹⁹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²²⁰ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

²²¹ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

²²² Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²²³ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²²⁴ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

²²⁵ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

²²⁶ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

²²⁷ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²²⁸ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²²⁹ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

²³⁰ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

²³¹ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²³² Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:29.

²³³ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

- Benefici stimati in Anni di Vita Corretti per la Qualità (QALYs)^{234,235,236,237};
- Tempo necessario per eseguire il processo di triage²³⁸;
- Tasso di attesa per visita^{239,240};
- Tempo trascorso prima della dimissione²⁴¹;
- Numero di trattamenti e richieste di consulto specialistico^{242,243}.

L'utilizzo delle risorse del sistema sanitario è stato il metodo più frequentemente adottato negli studi inclusi per stimare la costo-efficacia^{244,245,246,247,248,249,250,251,252,253}. L'accesso diretto in fisioterapia è associato ad un costo per singolo episodio di cura di € 301,50 (range € 255,55 – € 628,24), rispetto a €

²³⁴ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²³⁵ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²³⁶ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

²³⁷ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²³⁸ Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

²³⁹ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

²⁴⁰ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁴¹ Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

²⁴² Lankhorst N, Barten J, Meerhof R, et al. Characteristics of patients with knee and ankle symptoms accessing physiotherapy: Self-referral vs general practitioner's referral. *Physiotherapy* 2020;108:112–119.

²⁴³ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

²⁴⁴ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²⁴⁵ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

²⁴⁶ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

²⁴⁷ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare—A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

²⁴⁸ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁴⁹ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

²⁵⁰ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²⁵¹ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²⁵² Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

²⁵³ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

743,44 (range € 489,38 – € 988,51) del modello tradizionale, con una differenza media di € 441,9 in favore dell'accesso diretto.

Uno studio²⁵⁴ non ha invece rilevato differenze significative in termini di risparmio per il sistema sanitario, mentre un altro²⁵⁵ non ha riscontrato differenze statisticamente significative tra i costi medi dei professionisti. Tre studi^{256,257,258} hanno invece utilizzato come misura di outcome l'ICER, o rapporto incrementale di costo-efficacia, una misura sintetica che rappresenta il valore economico di un intervento rispetto a un'opzione terapeutica alternativa. Questi studi hanno dimostrato che l'ICER è inferiore per l'accesso diretto alla fisioterapia, evidenziando una riduzione dei costi di gestione con questa modalità di accesso rispetto al modello tradizionale su prescrizione. Due studi^{259,260} non hanno riscontrato differenze statisticamente significative nei costi diretti sostenuti dal paziente, mentre un altro studio²⁶¹ ha stimato un costo di € 29,5 per visita per il paziente in accesso diretto in fisioterapia rispetto ai € 63,8 del modello tradizionale, con un risparmio totale di € 34,3 a favore dell'accesso diretto. Altri due studi^{262,263} hanno stimato un risparmio tra \$ 36,42 e \$ 129 per paziente per episodio di cura con l'accesso diretto, con una media di \$ 82,71 risparmiati. Mallett et coll.²⁶⁴ hanno valutato il potenziale risparmio economico su un campione di 194 pazienti che accedevano alle prestazioni fisioterapiche attraverso il percorso tradizionale tramite MMG o l'accesso diretto. La proiezione ha evidenziato un potenziale risparmio annuale compreso tra £ 84.387,80 e £ 124.472,06 per un servizio che prevede la presa in carico diretta da parte del fisioterapista.

²⁵⁴ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁵⁵ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²⁵⁶ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²⁵⁷ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:29.

²⁵⁸ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²⁵⁹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁶⁰ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²⁶¹ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

²⁶² Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

²⁶³ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

²⁶⁴ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

Da un punto di vista di QALY, l'accesso diretto in fisioterapia garantisce un aumento di 0,07 e 0,047 QALYs (media 0,05)^{265,266,267,268}. Il tasso di presenza alla visita, ossia la percentuale di pazienti che si presentano effettivamente a una visita programmata, è invece stato misurato in due studi^{269,270}, che hanno riportato un tasso medio di presenza del 93,5% (range 90,1 – 97,1) per l'accesso diretto e di 87,5% (range 86,0 – 89,0) per il modello tradizionale, con una differenza media del 6% a favore dell'accesso diretto. Per quanto riguarda invece il tempo totale necessario per il triage, l'accesso diretto è associato ad una media di 108 minuti, rispetto ai 148 minuti del modello tradizionale. I risultati completi sono riportati in tabella 4.5.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Bird, 2016	Coorte	Dieci ospedali in Australia; 14.452 partecipanti.	I fisioterapisti in contatto primario hanno ridotto i tempi di attesa e di trattamento nei dipartimenti di emergenza, aumentando la percentuale di pazienti dimessi entro 4 ore, con conseguente miglioramento delle performance ospedaliere e riduzione dei costi legati al prolungamento delle degenze.
Bishop, 2017	RCT	Quattro ambulatori di medicina generale e fisioterapia, Inghilterra; 978 partecipanti.	L'accesso diretto ai fisioterapisti ha mostrato costi medi lievemente inferiori rispetto alla gestione tradizionale da parte dei MMG (£ 940 vs £ 951), con una differenza non statisticamente significativa (MD=11.22 [IC95% da -363.27 a 340.82]).
Bornhoft, 2019b	RCT	Tre ospedali di cure primarie in Svezia; 55 partecipanti	L'accesso diretto si è dimostrato più costo-efficace rispetto alla valutazione iniziale da parte dei MMG, con un incremento della qualità della vita a costi inferiori rispetto alla presa in carico standard. Con una soglia di disponibilità (<i>willingness-to-pay threshold</i>) di € 20.000, la probabilità che l'intervento fosse costo-efficace da una prospettiva sociale, includendo la perdita di produttività dovuta a disturbi muscoloscheletrici, era dell'85%. Anche considerando solo i costi sanitari, l'accesso diretto risultava comunque meno costoso in relazione ai miglioramenti di salute rispetto all'approccio standard.
Daker-White, 1999	RCT	Due ambulatori di ortopedia in due ospedali del Regno Unito; 481 partecipanti.	L'accesso diretto ha portato ad una riduzione dei costi ospedalieri diretti (media di £ 256 per paziente contro £ 498 nel gruppo della presa in carico tradizionale) grazie a un minor numero di prescrizioni di imaging e ad un tasso inferiore di consulti specialistici, a fronte di nessuna differenza significativa negli esiti clinici.

²⁶⁵ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²⁶⁶ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁶⁷ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:29.

²⁶⁸ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²⁶⁹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁷⁰ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Downie, 2019	Coorte	Due ambulatori di MMG a Forth Valley, Inghilterra; 8.417 partecipanti.	L'87,3% dei pazienti è stato gestito completamente in setting di cure primarie, con una riduzione significativa delle richieste di consulto ortopedico e di supporto del medico di base, dimostrando una gestione costo-efficace da parte dei fisioterapisti specializzati rispetto ai MMG.
Ho-Henrikson, 2022	RCT	Ospedali di cure primarie in Svezia; 69 partecipanti.	Non ci sono differenze significative nei QALYs tra l'accesso diretto al fisioterapista e la gestione tradizionale. Tuttavia, i costi erano significativamente inferiori per il gruppo gestito in accesso diretto, con un risparmio di € 24.266 €/QALY perso (prospettiva sociale) e di € 15.533/QALY perso (prospettiva sanitaria) ed un range di probabilità del 72-80% che il modello di gestione ad accesso diretto fosse meno costoso rispetto alla gestione tradizionale.
Lankhorst, 2020	Coorte	Studi di fisioterapia in Olanda; 6179 partecipanti.	I pazienti gestiti in accesso diretto hanno avuto un numero inferiore di sessioni rispetto ai pazienti indirizzati dal medico di base, suggerendo una gestione potenzialmente più economica grazie alla riduzione delle visite.
Ludvigsson, 2012	Coorte	Centro di Assistenza Primaria, Svezia; 432 partecipanti.	L'85% dei pazienti valutati dai fisioterapisti non ha avuto bisogno di ulteriori consulti. I costi associati alla gestione del fisioterapista erano inferiori rispetto a quelli per la gestione del MMG. Il modello di gestione ad accesso diretto ha mostrato vantaggi in termini di costo-efficacia grazie alla riduzione dei consulti specialistici e dei tempi di attesa.
Mallett, 2014	Coorte	Ospedale di cure primarie, Barnsley, Inghilterra; 194 partecipanti.	L'analisi dei costi ha indicato una riduzione media del 32,3% del costo per episodio di cura in favore dell'accesso diretto. È stato calcolato un risparmio stimato compreso tra £ 84.387,80 e £ 124.472,06 qualora il modello venisse esteso a tutto il servizio.
Ojha, 2020	RCT	Clinica Universitaria degli Stati Uniti; 150 partecipanti.	I risultati mostrano che l'accesso diretto alla fisioterapia è efficace quanto la gestione da parte dei medici, con costi comparabili.
Peterson, 2021	Coorte	Ambulatori di fisioterapia di una regione in Svezia; 107 partecipanti.	L'accesso diretto ha ridotto i costi sia per i pazienti (€ 53 a paziente) che per il sistema sanitario (€ 59 a paziente). Ha garantito ai medici un risparmio di tempo di 45 minuti per paziente.
Phillips, 2012	Coorte	Tre NHS Trusts in Galles; 515 partecipanti.	Il servizio di fisioterapia in accesso diretto ha dimostrato un costo per QALY compreso tra £ 1.386 e £ 7.760, dimostrandosi costo-efficace secondo le soglie del Regno Unito.
Salisbury, 2013	RCT	Quattro servizi di fisioterapia in Inghilterra; 1.506 partecipanti.	I costi per il Servizio Sanitario Nazionale per paziente (fisioterapia più altri costi sanitari rilevanti) erano simili nei due gruppi [accesso diretto £ 198,98 rispetto assistenza standard £ 179,68, differenza media £ 19,30 (IC95% da - £ 37,60 a £ 76,19)], così come i QALY guadagnati [differenza media 0,007 (IC 95% da -0,003 a + 0,016)]. Il costo incrementale per QALY guadagnato era di £ 2.889. La probabilità che l'accesso diretto fosse costo-efficace a una soglia di disponibilità di £ 20.000 era dell'88%. Il servizio ha permesso un accesso più rapido al trattamento con costi comparabili al modello standard.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Samsson, 2014	RCT	Clinica di fisioterapia in accesso diretto, Svezia; 203 partecipanti.	La selezione accurata dei pazienti per intervento ortopedico ha ridotto le richieste inappropriate, diminuendo l'uso di risorse sanitarie e i costi associati.
Szymanek, 2022	Coorte	Cliniche Militari degli Stati Uniti; 3.653 partecipanti.	I fisioterapisti che operano in accesso diretto hanno ridotto l'uso di imaging e il ricorso a cure specialistiche, per un risparmio stimato di 3,6 milioni di dollari.

IC95%: intervallo di confidenza al 95%; MMG: medico di medicina generale; QALY: *quality-adjusted life-year*.

Tabella 4.5. Principali risultati relativi agli outcome economici e di costo-efficacia

Outcome correlati all'attività lavorativa. L'impatto dell'accesso diretto alla fisioterapia sulla capacità di lavoro dei pazienti è stato valutato in 10 studi^{271,272,273,274,275,276,277,278,279,280} che si sono concentrati su:

- Un questionario auto-somministrato sulla produttività lavorativa dei pazienti²⁸¹ o un questionario mirato a misurare l'autoefficacia sul posto di lavoro²⁸²;

²⁷¹ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²⁷² Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015;20:38–45.

²⁷³ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

²⁷⁴ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁷⁵ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

²⁷⁶ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

²⁷⁷ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:29.

²⁷⁸ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²⁷⁹ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²⁸⁰ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

²⁸¹ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²⁸² Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:29.

- Percentuale di pazienti ai quali sono stati prescritti giorni di assenza per malattia^{283,284};
- Numero di giorni di malattia^{285,286,287,288};
- Partecipazione al lavoro misurata su una scala a 3 punti (1 = non è tornato al lavoro; 2 = è tornato al lavoro con adattamenti; 3 = è tornato al lavoro senza adattamenti)²⁸⁹;
- Tempo di assenza dal lavoro direttamente riportato dai pazienti^{290,291} o ore di permesso per malattia²⁹².

Non sono state rilevate differenze significative nella produttività lavorativa tra i due diversi modelli di accesso²⁹³. Tuttavia, uno studio non controllato ha menzionato una migliore performance lavorativa a favore dell'accesso diretto in fisioterapia²⁹⁴. Samsson e colleghi²⁹⁵ non hanno riscontrato differenze significative in termini di perdita di giorni di lavoro a causa di disturbi muscolo-scheletrici tra il gruppo gestito con accesso diretto in fisioterapia e il modello tradizionale. Uno studio²⁹⁶ osservazionale longitudinale senza gruppo di controllo e con un follow-up di 10 anni ha valutato l'effetto dell'accesso diretto in fisioterapia sull'attività lavorativa, mostrando che su 523 pazienti visitati tramite accesso diretto in fisioterapia, 168 pazienti (39,7%) non sono tornati al lavoro, 123 pazienti (29,1%) sono tornati al lavoro con adattamenti e 132 (31,2%) sono tornati al lavoro senza adattamenti. Infine, entrambi i modelli hanno mostrato risultati simili riguardo ai giorni lavorativi persi (21,27) e alle ore di lavoro

²⁸³ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

²⁸⁴ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²⁸⁵ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²⁸⁶ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015;20:38–45.

²⁸⁷ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

²⁸⁸ Szymank E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

²⁸⁹ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

²⁹⁰ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

²⁹¹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

²⁹² Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²⁹³ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

²⁹⁴ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:29.

²⁹⁵ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015;20:38–45.

²⁹⁶ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

perse^{297,298,299}. Globalmente, i pazienti gestiti con accesso diretto hanno riportato una percentuale di permessi per malattia del 9% (range 3 – 15,1), rispetto a 12% (range 7 – 23) del modello tradizionale, per una differenza del 5%^{300,301,302}. I risultati completi sono riportati in tabella 4.6.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Bishop, 2017	RCT	Quattro ambulatori di medicina generale e fisioterapia, Inghilterra; 978 partecipanti.	Il tempo di assenza da lavoro non è risultato significativamente differente tra il gruppo gestito in accesso diretto e il modello tradizionale.
Bornhoft, 2015	Caso-controllo	Due cliniche di Fisioterapia in accesso diretto, Svezia; 656 partecipanti.	L'accesso diretto ha ridotto il numero di certificati di malattia (n=73 [15,1%]) nei 12 mesi, rispetto ai pazienti gestiti con il modello tradizionale (n=338 [23,5%]) con una differenza statisticamente significativa.
Bornhoft, 2019b	RCT	Tre ospedali di cure primarie in Svezia; 55 partecipanti.	I pazienti gestiti in accesso diretto hanno mostrato una riduzione significativa in termini di giornate di assenza dal lavoro rispetto ai pazienti gestiti dai MMG. Il modello di gestione dei fisioterapisti ha contribuito a ridurre l'assenteismo legato ai disturbi muscoloscheletrici.
Ho-Henrikson, 2022	RCT	Ospedali di cure primarie in Svezia; 69 partecipanti.	L'accesso diretto al fisioterapista non ha mostrato differenze in termini di numero di giorni di malattia rispetto al modello tradizionale.
Ojha, 2020	RCT	Clinica Universitaria degli Stati Uniti; 150 partecipanti.	I pazienti gestiti in accesso diretto non hanno mostrato differenze significative rispetto ai pazienti gestiti dai medici per quanto riguarda la capacità lavorativa a un anno.
Oostendorp, 2020	Coorte	Due cliniche di fisioterapia in accesso diretto in Olanda; 523 partecipanti.	Su 523 pazienti visitati tramite accesso diretto in fisioterapia, 168 (39,7%) non sono tornati al lavoro, 123 (29,1%) sono tornati al lavoro con adattamenti e 132 (31,2%) sono tornati al lavoro senza adattamenti.
Phillips, 2012	Coorte	Tre <i>NHS Trusts</i> in Galles; 515 partecipanti.	Il servizio di fisioterapia in accesso diretto ha mostrato una riduzione delle assenze dal lavoro per malattia e un miglioramento auto-riferito delle performance lavorative.

²⁹⁷ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

²⁹⁸ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

²⁹⁹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³⁰⁰ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

³⁰¹ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

³⁰² Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Salisbury, 2013	RCT	Quattro servizi di fisioterapia in Inghilterra; 1.506 partecipanti.	Nessuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi in termini di ore lavorative perse.
Samsson, 2015	RCT	Clinica di Fisioterapia in accesso diretto, Svezia; 208 partecipanti.	7 partecipanti nel gruppo ad accesso diretto [media di 146 giorni, (DS=128)] e 15 nel gruppo a gestione standard [media di 72 giorni, (DS=81)] hanno fruito di congedi per malattia. Non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa tra i gruppi.
Szymanek, 2022	Coorte	Cliniche Militari degli Stati Uniti; 3.653 partecipanti.	La gestione autonoma da parte dei fisioterapisti ha dimostrato un'elevata efficacia nel ridurre i giorni di lavoro persi per infortuni muscoloscheletrici acuti.

DS: deviazione standard.

Tabella 4.6. Principali risultati relativi agli outcome correlati all'attività lavorativa

Soddisfazione dei pazienti. Nove studi hanno valutato la soddisfazione del paziente, utilizzando:

- Una scala Likert a 10 e 7 punti^{303,304},
- Questionari di soddisfazione^{305,306,307,308,309,310},
- Indagini qualitative³¹¹.

Sono stati utilizzati diversi questionari di soddisfazione:

- Un questionario relativo alla soddisfazione per l'assistenza ricevuta³¹²;
- Un questionario modificato e adattato per valutare la qualità della tele-assistenza (telefonica)³¹³;
- Un questionario sulla soddisfazione del paziente e un questionario sulla soddisfazione del medico relativi al modo in cui il fisioterapista ha eseguito il triage³¹⁴;

³⁰³ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁰⁴ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³⁰⁵ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

³⁰⁶ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

³⁰⁷ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

³⁰⁸ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

³⁰⁹ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

³¹⁰ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

³¹¹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³¹² Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

³¹³ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

³¹⁴ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

- Il questionario di Valutazione del Miglioramento Percepito (PIVAS) e il questionario di Deyo e Diehl (DD)³¹⁵;
- Un questionario sull'esperienza del paziente³¹⁶;
- Un questionario sulla soddisfazione/insoddisfazione del paziente per essere stato indirizzato a un altro professionista o a indagini diagnostiche aggiuntive (es. raggi X)³¹⁷.

Dei nove studi che riportano la soddisfazione del paziente, uno³¹⁸ non ha rilevato differenze significative tra l'accesso diretto alla fisioterapia e il modello di accesso tradizionale, mentre uno³¹⁹ ha evidenziato una soddisfazione generale leggermente inferiore per l'accesso diretto rispetto al modello tradizionale. Un altro studio³²⁰ ha riscontrato che l'accesso diretto alla fisioterapia ha determinato una qualità percepita superiore per i seguenti aspetti: insoddisfazione del paziente rispetto alla comunicazione del personale; insoddisfazione del paziente rispetto alla qualità del trattamento ricevuto; insoddisfazione del paziente rispetto alle strutture di erogazione delle cure.

Inoltre, i pazienti valutati all'interno di un modello ad accesso diretto erano più soddisfatti dell'assistenza ricevuta rispetto a quelli all'interno del percorso con accesso tradizionale^{321,322,323,324,325}. Un altro studio ha valutato anche la soddisfazione del medico riguardo ad una presa in carico diretta da parte del fisioterapista, riportando un alto livello di soddisfazione, con un punteggio medio di 1,9 su una scala da 1 a 3³²⁶. Uno studio³²⁷ ha invece indagato la soddisfazione del paziente rispetto a una richiesta aggiuntiva di imaging. In tale studio, il 91% dei pazienti ha riferito di essere molto soddisfatto della richiesta e l'84% ha riportato di essere molto felice del feedback ricevuto dai fisioterapisti riguardo alla necessità di ulteriori indagini diagnostiche. I risultati completi sono riportati in tabella 4.7.

³¹⁵ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

³¹⁶ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

³¹⁷ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

³¹⁸ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³¹⁹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³²⁰ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³²¹ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

³²² Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

³²³ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

³²⁴ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

³²⁵ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

³²⁶ Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, et al. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust* 2007;186:625–628.

³²⁷ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Daker-White, 1999	RCT	Due ambulatori di ortopedia in due ospedali del Regno Unito; 481 partecipanti.	La soddisfazione dei pazienti era significativamente maggiore nel gruppo gestito in accesso diretto rispetto al modello tradizionale, con una differenza significativa nel punteggio di insoddisfazione nei seguenti aspetti: insoddisfazione del paziente rispetto alla comunicazione del personale; insoddisfazione del paziente rispetto alla qualità del trattamento ricevuto; insoddisfazione del paziente rispetto alle strutture di erogazione delle cure.
Downie, 2019	Coorte	Due ambulatori di MMG a Forth Valley, Inghilterra; 8.417 partecipanti.	I pazienti hanno espresso un livello elevato di soddisfazione verso il servizio fornito dai fisioterapisti in accesso diretto. Il 92% (n = 69) ha indicato come "molto buono" il tempo dedicato alla presa in carico ed il 96% (n = 72) ha indicato come "molto buone" le capacità di ascolto del fisioterapista.
Ludvigsson, 2012	Coorte	Centro di Assistenza Primaria, Svezia; 432 partecipanti.	I pazienti valutati dai fisioterapisti hanno mostrato maggiore soddisfazione rispetto a quelli valutati dal MMG, in particolare per le informazioni ricevute sul loro disturbo e per l'autonomia nella gestione del trattamento.
Mallett, 2014	Coorte	Ospedale di cure primarie, Barnsley, Inghilterra; 194 partecipanti.	Il servizio ad accesso diretto con triage telefonico ha determinato un livello di soddisfazione più alto tra i pazienti rispetto al tradizionale percorso gestito dal MMG.
Ojha, 2020	RCT	Clinica Universitaria degli Stati Uniti; 150 partecipanti.	La soddisfazione dei pazienti era equivalente tra i due gruppi (accesso diretto e modello tradizionale). Entrambi i gruppi hanno riportato un miglioramento simile nelle prime quattro settimane di follow-up, senza differenze significative in termini di soddisfazione.
Oldmeadow, 2007	Coorte	Ospedale metropolitano, Australia; 52 partecipanti.	30 dei 38 pazienti hanno riferito di essere "soddisfatti" (punteggio 2) o "molto soddisfatti" (punteggio 1) dell'assistenza ricevuta in accesso diretto (media 1,4; range 1-4). Il punteggio di soddisfazione del chirurgo riguardo alla gestione da parte dei fisioterapisti è stato di 1,9 (intervallo 1-3), mentre il punteggio medio dei 22 MMG contattati è stato di 1,8 (intervallo 1-3).
Peterson, 2021	Coorte	Ambulatori di fisioterapia di una regione in Svezia; 107 partecipanti.	Sia i pazienti che i fisioterapisti hanno riferito un alto livello di soddisfazione verso l'accesso diretto e la possibilità di richieste dirette di radiografie, migliorando l'accesso alle cure e riducendo i tempi di attesa per una diagnosi.
Salisbury, 2013	RCT	Quattro servizi di fisioterapia in Inghilterra; 1.506 partecipanti.	L'accesso diretto ha riportato un livello di soddisfazione equivalente rispetto al modello tradizionale riguardo alla modalità di accesso, ma una soddisfazione generale leggermente inferiore rispetto al modello tradizionale.
Sephton, 2010	Coorte	Servizio di fisioterapia muscoloscheletrica, Inghilterra; 217 partecipanti.	Il 72% dei pazienti ha riferito una soddisfazione totale per tutti gli aspetti del servizio.
MMG: medico di medicina generale.			

Tabella 4.7. Principali risultati relativi alla soddisfazione dei pazienti

Sicurezza. Cinque studi^{328,329,330,331,332} hanno indagato la sicurezza dell'accesso diretto in fisioterapia attraverso il numero di eventi avversi (definiti come eventi inaspettati che si verificano in seguito a un intervento senza evidenza di causalità). Di questi, in un solo studio³³³ si sono verificati eventi avversi di grado moderato, in modo eguale tra i due gruppi (2 su 77 partecipanti nel gruppo ad accesso diretto, 2 su 73 nel gruppo a presa in carico tradizionale).

³²⁸ Peterson G, Portström M, Frick J. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *Int J Qual Heal Care* 2021;33:mzab122.

³²⁹ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

³³⁰ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³³¹ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

³³² Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³³³ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

Outcome clinici. In 15 studi^{334,335,336,337,338,339,340,341,342,343,344,345,346,347,348} sono stati indagati outcome clinici. Cinque studi^{349,350,351,352,353} hanno stimato il tempo di attesa per l'accesso diretto rispetto al modello tradizionale, utilizzando come indicatore di outcome i giorni o i minuti. Gli studi hanno evidenziato una media di 12,3 giorni (range 3,5 – 26) per l'accesso diretto e 35,6 giorni (range 28 – 57) per il modello tradizionale, per una differenza media di 23,3 giorni.

³³⁴ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

³³⁵ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015;20:38–45.

³³⁶ Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

³³⁷ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

³³⁸ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³³⁹ Kooijman M, Swinkels I, van Dijk C, et al. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: An observational study. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2013;14:128.

³⁴⁰ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

³⁴¹ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

³⁴² Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

³⁴³ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁴⁴ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13:29.

³⁴⁵ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

³⁴⁶ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³⁴⁷ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

³⁴⁸ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

³⁴⁹ Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

³⁵⁰ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare—A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

³⁵¹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³⁵² Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

³⁵³ Szymanek E, Jones M, Shutt-Hoblet C, Halle R. Implementation of Direct Access Physical Therapy Within the Military Medical System. *Mil Med* 2022;187:e649–e654.

Tre studi^{354,355,356} hanno utilizzato questionari specifici per vari distretti corporei, con grande eterogeneità di questionari utilizzati tra gli studi. La qualità della vita è stata valutata in 14 studi. Lo strumento più utilizzato è stato l'EuroQoL (EQ5D)^{357,358,359,360,361,362,363,364,365}, seguito dal *Short Form Health Survey 36* (SF-36)^{366,367,368}, SF-12³⁶⁹ e SF-10³⁷⁰. La percezione di disabilità è stata valutata in quattro studi attraverso il *Pain Disability Index* (PDI)³⁷¹, il *Disease Repercussions Profile*³⁷² o il *Measure Yourself Medical Outcomes Profile* e il miglioramento globale³⁷³. Uno studio³⁷⁴ ha analizzato e confrontato la percentuale di pazienti che hanno raggiunto gli esiti attesi tra coloro i quali hanno fruito dell'accesso diretto alla fisioterapia e

³⁵⁴ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

³⁵⁵ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁵⁶ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

³⁵⁷ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

³⁵⁸ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015;20:38–45.

³⁵⁹ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³⁶⁰ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

³⁶¹ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

³⁶² Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁶³ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

³⁶⁴ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

³⁶⁵ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

³⁶⁶ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

³⁶⁷ Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 2017;7:e012987.

³⁶⁸ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁶⁹ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

³⁷⁰ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³⁷¹ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy triage assessment of patients referred for orthopaedic consultation—Long-term follow-up of health-related quality of life, pain-related disability and sick leave. *Man. Ther.* 2015;20:38–45.

³⁷² Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁷³ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³⁷⁴ Kooijman M, Swinkels I, van Dijk C, et al. Patients with shoulder syndromes in general and physiotherapy practice: An observational study. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2013;14:128.

quelli che hanno seguito le modalità di accesso tradizionale. Uno studio³⁷⁵ ha valutato la disabilità nelle attività della vita quotidiana con il *Disability Rating Index* (DRI) e le attitudini dei pazienti verso la loro condizione clinica attraverso la scala *Musculoskeletal disorders scale* (ARM); in un altro studio³⁷⁶ è stato valutato il *coping* del paziente attraverso il *Pain Coping Inventory* (PCI) e la salute generale con la *Global Perceived Effect* (GPE).

Due studi^{377,378} hanno valutato lo stato psicologico attraverso *Hospital Anxiety and Depression Scale*; sei studi hanno misurato il dolore, tre utilizzando la VAS^{379,380,381}, uno la NPRS³⁸² e un altro la scala Likert a 10 punti³⁸³; il rischio di cronicità della patologia muscolo-scheletrica è stato valutato da due studi^{384,385} attraverso il *Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire* (ÖMPSQ); la catastrofizzazione del dolore correlato al paziente è stata valutata da 2 studi^{386,387} utilizzando la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS). Due studi^{388,389} hanno valutato il comportamento di evitamento utilizzando il *Fear Avoidance Belief Questionnaire* (FABQ); due studi^{390,391} hanno utilizzato il *Pain Self Efficacy Questionnaire* (PSEQ) per valutare

³⁷⁵ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

³⁷⁶ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

³⁷⁷ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

³⁷⁸ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁷⁹ Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: A preliminary study. *Physiother* 2010;96:296–302.

³⁸⁰ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

³⁸¹ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁸² Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

³⁸³ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³⁸⁴ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

³⁸⁵ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

³⁸⁶ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

³⁸⁷ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³⁸⁸ Oostendorp R, Elvers JH, van Trijffel E, et al. Clinical Characteristics and Patient-Reported Outcomes of Primary Care Physiotherapy in Patients with Whiplash-Associated Disorders: A Longitudinal Observational Study. *Patient Prefer Adherence* 2020;14:1733–1750.

³⁸⁹ Phillips CJ, Phillips R, Main CJ, et al. The cost effectiveness of NHS physiotherapy support for occupational health (OH) services. *BMC Musculoskelet Disord* 2012;13-29.

³⁹⁰ Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³⁹¹ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

la *self-efficacy* del paziente. Uno studio³⁹² ha utilizzato la *Patient-Specific Functional-Scale* (PSFS) per la funzione fisica e il *Patient Acceptability Symptom State* (PASS) per misurare l'accettabilità dei sintomi.

Non sono state osservate differenze significative tra l'accesso diretto in fisioterapia e quello tradizionale per tutti gli esiti di salute, tranne che per la qualità della vita che ha mostrato evidenze contraddittorie. Infatti, tre studi^{393,394,395} hanno riportato la superiorità dell'accesso diretto in fisioterapia, mentre altri tre^{396,397,398} non hanno rilevato differenze statisticamente significative. I risultati completi sono riportati in tabella 4.8.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Bird, 2016	Coorte	Dieci ospedali in Australia; 14.452 partecipanti.	I pazienti gestiti in accesso diretto hanno atteso in media 31 minuti in meno rispetto a quelli trattati da altri clinici. Il tempo medio di trattamento è stato di 108 minuti rispetto a 148 minuti per il gruppo di controllo, con il 93% dei pazienti dimessi entro 4 ore (vs 75% del gruppo di controllo).
Bishop, 2017	RCT	Quattro ambulatori di medicina generale e fisioterapia, Inghilterra; 978 partecipanti.	Nessuna differenza significativa negli outcome clinici tra accesso diretto e modello tradizionale a 12 mesi. La differenza nel punteggio SF-36 PCS tra i gruppi a 6 mesi era di -0,28 (IC 95% da -1.35 a 0.79) e di 0,12 a 12 mesi (IC 95% da -1.27 a 1.51).
Bornhoft, 2019a	RCT	Tre ospedali di cure primarie in Svezia; 55 partecipanti	I pazienti gestiti in accesso diretto hanno mostrato un trend verso una maggiore riduzione del dolore corrente, del dolore medio negli ultimi 3 mesi e della disabilità funzionale rispetto alla gestione tradizionale. Tuttavia tali differenze non erano statisticamente significative.
Daker-White, 1999	RCT	Due ambulatori di ortopedia in due ospedali del Regno Unito; 481 partecipanti.	Non sono emerse differenze significative in termini di dolore, disabilità funzionale o percepita tra i due gruppi.
Ho-Henrikson, 2022	RCT	Ospedali di cure primarie in Svezia; 69 partecipanti.	Entrambi i gruppi hanno migliorato la loro qualità della vita legata alla salute rispetto al baseline, senza differenze significative.

³⁹² Ojha HA, Fritz JM, Malitsky AL, et al. Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R* 2020;12:1071–1080.

³⁹³ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare—A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

³⁹⁴ Salisbury C, Foster N, Hopper C, et al. A pragmatic randomised controlled trial of the effectiveness and cost-effectiveness of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for physiotherapy. *Health Technol. Assess.* 2013;17:1–157.

³⁹⁵ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

³⁹⁶ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

³⁹⁷ Mallett R, Bakker E, Burton M. Is Physiotherapy Self-Referral with Telephone Triage Viable, Cost-effective and Beneficial to Musculoskeletal Outpatients in a Primary Care Setting? *Musculoskeletal Care* 2014;12:251–260.

³⁹⁸ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

Studio	Disegno di studio	Setting	Outcome
Kooijman, 2013	Coorte	Ambulatori MMG e di fisioterapia, Olanda; 2.428 partecipanti.	Il 64% dei pazienti ha raggiunto completamente gli obiettivi del trattamento al termine della fisioterapia. La maggior parte dei pazienti con sindromi della spalla ha mostrato un miglioramento funzionale significativo dopo il trattamento.
Ludvigsson, 2012	Coorte	Centro di Assistenza Primaria, Svezia; 432 partecipanti.	L'85% dei pazienti non ha avuto bisogno di ulteriori consulti medici dopo la valutazione iniziale dal fisioterapista. Nessuna differenza in termini di qualità di vita.
Mallett, 2014	Coorte	Ospedale di cure primarie, Barnsley, Inghilterra; 194 partecipanti.	I punteggi dell'EuroQoL sono risultati simili tra i gruppi di riferimento, indicando l'assenza di differenze statisticamente significative nell'outcome clinico.
Ojha, 2020	RCT	Clinica Universitaria degli Stati Uniti; 150 partecipanti.	I risultati mostrano che l'accesso diretto in fisioterapia è efficace quanto l'approccio tradizionale, senza differenze significative negli esiti. Entrambi i gruppi hanno mostrato un miglioramento al follow-up di un mese, ma non è stata riscontrata una differenza significativa tra i gruppi nei punteggi medi PROMIS (percorso guidato dal fisioterapista rispetto al percorso guidato dal medico +2,04 [IC95% da -0,28 a 4,36]).
Oostendorp, 2020	Coorte	Due cliniche di fisioterapia in accesso diretto in Olanda; 523 partecipanti.	Differenze significative nei punteggi VAS per il dolore e NDI per la disabilità pre-post intervento, con miglioramenti clinicamente rilevanti nel dolore e nella funzione. L'80% dei pazienti ha raggiunto la rilevanza clinica per il dolore (VAS) e il 60% per la disabilità (NDI).
Phillips, 2012	Coorte	Tre NHS Trusts in Galles; 515 partecipanti.	Miglioramenti significativi pre-post rispetto al baseline sono stati registrati per tutti gli outcome clinici.
Salisbury, 2013	RCT	Quattro servizi di fisioterapia in Inghilterra; 1.506 partecipanti.	I punteggi PCS al follow-up di 6 mesi sono risultati equivalente tra il gruppo gestito in accesso diretto e quello tradizionale (media PCS 43,50 vs 44,18, differenza aggiustata delle medie - 0,01 [IC 95% da -0,80 a 0,79]).
Samsson, 2015	RCT	Clinica di Fisioterapia in accesso diretto, Svezia; 208 partecipanti.	I pazienti nel gruppo ad accesso diretto hanno riportato miglioramenti significativi nello stato di salute auto-riferito dopo 3 mesi rispetto all'approccio standard, ma non sono emerse differenze significative tra i gruppi per la qualità della vita correlata alla salute (EuroQol) e per la disabilità legata al dolore (PDI) a 12 mesi.
Sephton, 2010	Coorte	Ospedale di cure primarie, St Helens, Inghilterra; 217 partecipanti.	Dopo 3 e 12 mesi, il servizio di valutazione condotto dai fisioterapisti ha mostrato miglioramenti significativi nella qualità della vita (EuroQol) e nella riduzione del dolore (VAS). Il 72% dei pazienti si è dichiarato totalmente soddisfatto del servizio, con una gestione indipendente dei pazienti da parte dei fisioterapisti in molti casi.
Szymanek, 2022	Coorte	Cliniche Militari degli Stati Uniti; 3653 partecipanti.	L'analisi secondaria ha confrontato l'assistenza standard con il modello ad accesso diretto, mostrando una riduzione della disabilità a lungo termine.

IC95%: Intervallo di confidenza al 95%; PCS: *Pain Catastrophizing Scale*; NDI: *neck disability index*; PDI: *Pain Disability Index*; PROMIS: *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*; SF-36 PCS: *36-item Short Form Physical Component Summary*; VAS: *Visuo-analog scale*.

Tabella 4.8. Principali risultati relativi agli outcome clinici

4.4. L'accesso alle prestazioni fisioterapiche in Italia

Dopo un primo contatto per richiesta informazioni, sono pervenute risposte da 7 dei 38 OFI territoriali interpellati, rappresentanti le Regioni Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Valle d'Aosta, Puglia, Sicilia, Toscana e Veneto. Con un secondo sollecito, ulteriori 14 OFI territoriali hanno risposto, coprendo le Regioni Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Molise, Abruzzo e Sardegna, e la provincia autonoma di Bolzano. Ulteriori informazioni relative a 1 Regione e 1 provincia autonoma sono state raccolte tramite ricerca manuale sui siti delle Aziende Sanitarie Locali e contatti esterni, per un totale di 16 tra Regioni e province autonome (figura 4.4).

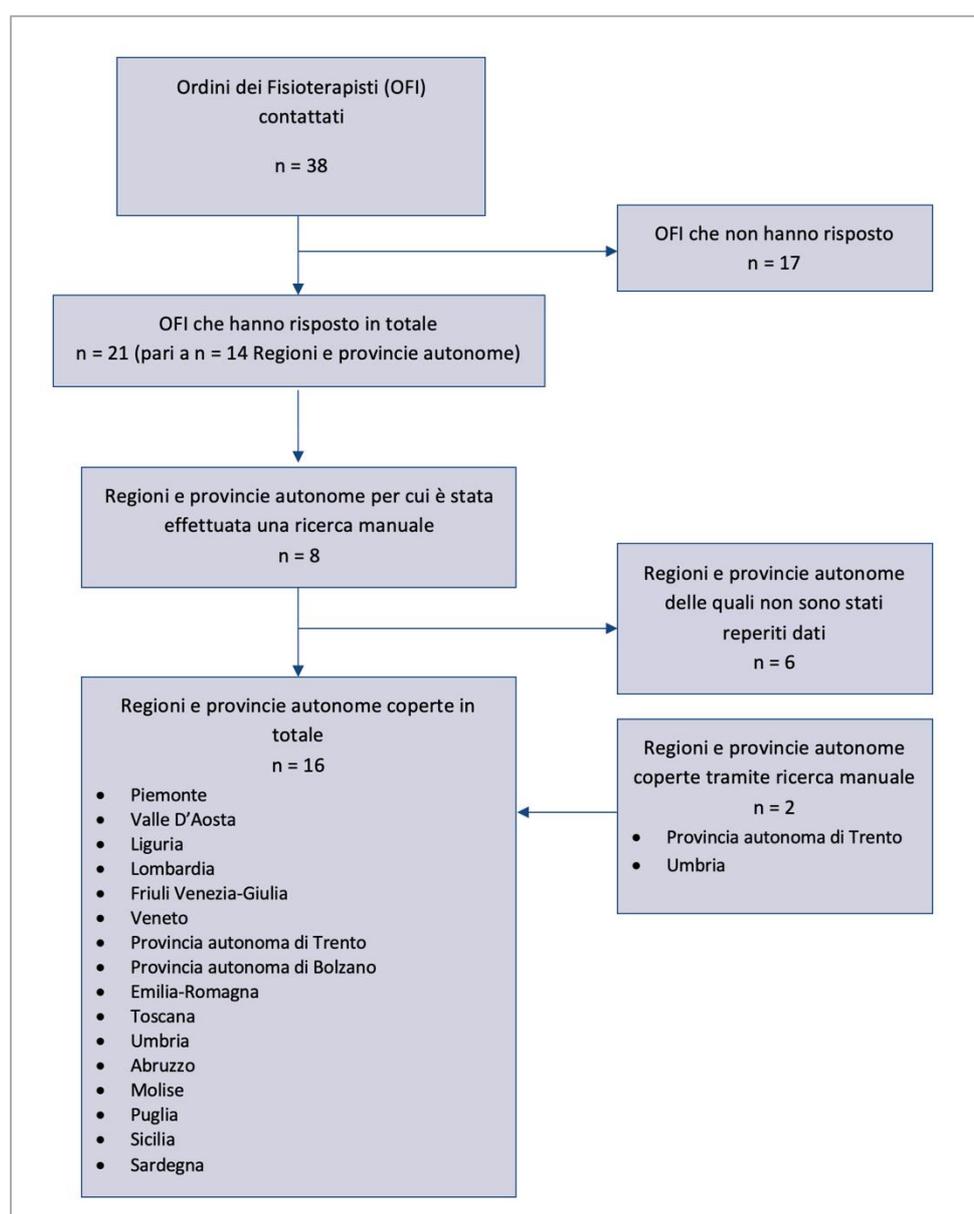


Figura 4.4. Diagramma di flusso del processo di raccolta delle informazioni sulle modalità di accesso ai servizi fisioterapici

Per ottenere un quadro complessivo della materia, si evidenzia una generale difficoltà nel reperire le normative regionali. In particolare, non è stato possibile individuare le modalità di accesso alle prestazioni fisioterapiche nel servizio pubblico e convenzionato delle seguenti Regioni: Marche, Lazio, Basilicata, Calabria e Campania.

L'accesso diretto in Italia. In regime di libera professione, quando la persona sceglie di rivolgersi direttamente al fisioterapista in modalità di accesso diretto, l'operato del fisioterapista è guidato dall'art. 24 del Codice Deontologico dell'Associazione Italiana di Fisioterapia³⁹⁹ che stabilisce: “Il fisioterapista rispetta e promuove l'autonomia decisionale della persona nel campo della salute quale diritto fondamentale della medesima ed espressione più autentica della solidarietà che sostiene la relazione di cura. Il fisioterapista si impegna a mantenere il principio di lealtà comunicativa nella relazione di cura: fornisce informazioni complete ed accurate in relazione alla diagnosi, alla prognosi, alle prospettive e le eventuali alternative terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate, adeguando lo stile comunicativo alla capacità di comprendere della persona assistita. Il fisioterapista si impegna a fornire alla persona assistita un'efficace informazione necessaria per la costruzione del processo decisionale di cura, mettendo in essere le migliori condizioni (luoghi, tempi, modalità) affinché la persona possa orientare le sue scelte in maniera libera e consapevole”. È quindi opportuno che il fisioterapista inviti la persona assistita a tenere informato il proprio Medico di Medicina Generale (MMG) o altri medici specialisti coinvolti nel processo di cura. Previo consenso o richiesta della persona assistita, il fisioterapista può inviare loro una relazione, come sancito dall'art. 40 del sopracitato Codice Deontologico.

La possibilità di accesso diretto nasce quindi dalla libera scelta del cittadino, che ha pieno diritto di decidere il proprio percorso di cura basato su un consenso informato.

Inoltre, la possibilità per il fisioterapista di operare anche in assenza di prescrizione medica è confermata dal Decreto Interministeriale del 17 maggio 2002, che stabilisce che le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione fornite dalle professioni sanitarie siano sempre esenti da IVA, in quanto “prestazioni sanitarie”, indipendentemente dalla presenza di una prescrizione medica, come poi ulteriormente chiarito dall'Agenzia delle Entrate al punto 2.2 della circolare 19/E del 1 giugno 2012.

Modalità di accesso nel Servizio Sanitario Nazionale. In Italia, l'accesso alle prestazioni fisioterapiche erogate tramite il SSN è regolato da normative regionali che definiscono requisiti e percorsi differenti per ogni Regione o Provincia autonoma. Queste normative stabiliscono criteri specifici per l'accesso ai trattamenti, definendo criteri di appropriatezza, ruoli specialistici e tipologie di intervento che variano in base alle esigenze cliniche e alla complessità del caso.

La tabella 4.9 sintetizza le modalità di accesso, basate su normative regionali, regolamenti specifici, informazioni fornite dagli OFI regionali o dai portali delle Aziende Sanitarie Locali.

³⁹⁹ Associazione Italiana di Fisioterapia. Il codice deontologico del fisioterapista. Disponibile a: <https://aifi.net/professione/codice-deontologico/>. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

Fonte di informazioni	Modalità di accesso
Piemonte	
DGR 10-5605 del 2 aprile 2007 e ss.mm.ii.	La Regione stabilisce che l'accesso alle prestazioni fisioterapiche sia regolato da una prescrizione medica specialistica, solitamente rilasciata da un fisiatra, sia in regime ambulatoriale sia domiciliare. Sono inoltre previsti percorsi specifici per l'assistenza ai pazienti fragili o con condizioni croniche.
Valle D'Aosta	
Azienda Sanitaria Locale ⁴⁰⁰	Per accedere ai trattamenti riabilitativi è richiesta una prescrizione del MMG o specialistica, con opzioni di accesso ambulatoriale o domiciliare per pazienti con specifici bisogni riabilitativi.
Lombardia	
DGR VII 19883/2004, DGR VIII/3111 del 1 agosto 2006, DGR VIII/7292 del 19 maggio 2008 e ss.mm.ii.	L'accesso alle prestazioni fisioterapiche tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o di uno specialista avviene in due modalità principali: <ul style="list-style-type: none"> - Prestazioni che richiedono un PRI: coinvolgono un'équipe riabilitativa coordinata da un medico responsabile e sono erogate in contesti specifici come strutture ospedaliere, ambulatoriali, residenziali o al domicilio dell'utente. Tali prestazioni possono essere redatte da uno specialista e accompagna le attività fisioterapiche. - Prestazioni che non richiedono un PRI: possono essere prescritte da qualsiasi medico specialista.
Provincia Autonoma di Bolzano	
LP 7/2001, DGP 1914/2005, DGP 1181/2010 e ss.mm.ii.	Per accedere alle terapie fisioterapiche è richiesta la prescrizione di un medico specialista in fisioterapia (o altro specialista appartenente al SSN o MMG/PLS se presente un protocollo di intesa tra l'Assessorato alla Sanità e l'Azienda Sanitaria), fatto salvo per la prima visita prescrivibile anche dal MMG/PLS. Il medico fisiatra o altro medico specialista se presente un protocollo di intesa tra l'Assessorato alla Sanità e l'Azienda Sanitaria, provvede alla stesura di uno specifico progetto riabilitativo individualizzato e documentato.

⁴⁰⁰ Azienda USL Valle D'Aosta. Prenotare le prestazioni di riabilitazione sul territorio. Disponibile a: www.ausl.vda.it/f-a-q/come-fare-per/prenotare-le-prestazioni-di-riabilitazione-sul-territorio. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

Fonte di informazioni	Modalità di accesso
Provincia Autonoma di Trento	
DGP 1117/2017	<p>L'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene secondo le modalità previste per le attività di specialistica ambulatoriale, previa prescrizione da parte di un medico del SSN.</p> <p>In particolare, l'organizzazione ambulatoriale deve garantire percorsi di accesso semplificato per i pazienti quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sono presenti indici prognostici positivi, definibili sia da un punto di vista qualitativo che temporale; • sono necessari interventi riabilitativi standardizzabili, programmabili e ripetitivi in un contesto favorevole; • è previsto l'intervento di un singolo professionista <p>Tali percorsi devono essere supportati da protocolli condivisi tra le unità operative, predisposti dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, con particolare attenzione per i quadri clinici a maggiore incidenza, al fine di evitare duplicazioni di visite e di prescrizioni, laddove non necessario.</p> <p>Qualora invece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il recupero funzionale del paziente richieda rivalutazioni costanti <i>in itinere</i>, poiché gli indici prognostici non sono sempre definibili; • l'alterazione della condizione del paziente richieda la presa in carico da parte di più professionisti sanitari; <p>è necessaria l'elaborazione di un'ipotesi di Progetto Individuale da parte di un medico specialista del SSN, esperto in riabilitazione e specifico per la <i>Major Diagnostic Category</i> (MDC) a cui afferisce la condizione clinica del paziente, che verrà poi valutata, confermata e condotta da un team multidisciplinare.</p> <p>Le attività di riabilitazione a domicilio sono dirette a persone:</p> <ul style="list-style-type: none"> • che necessitano di un intervento di riabilitazione estensiva in regime ambulatoriale, ma le cui condizioni di salute fanno presupporre che gli effetti negativi del trasporto supererebbero i benefici del trattamento ambulatoriale. In questi casi è necessaria la valutazione e la prescrizione da parte di un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione del SSN; • che necessitano di una valutazione ambientale, di consulenza su ausili che non richiedono prescrizione specialistica e di interventi educativi rivolti alla persona e/o ai caregiver, da erogarsi nel contesto di vita quotidiana. In questi casi, gli interventi possono essere attivati direttamente anche dalle UU.OO. di Cure Primarie. <p>Tali attività sono organizzate dalle UU.OO. di Cure Primarie in modo da garantire la massima integrazione con eventuali attività di assistenza domiciliare già in essere. Pertanto, obiettivi e modalità degli interventi riabilitativi devono essere integrati nel Progetto Individuale elaborato dal team multidisciplinare dei servizi territoriali in collaborazione con i professionisti della riabilitazione.</p>
Veneto	
DGRV 253/2000, DGRV 2227/2002, DGRV 3913/2007, DGRV 2634/2013, DGRV 2683/2014, DGRV 685/2024 e ss.mm.ii.	<p>È necessaria una richiesta di prima visita in medicina fisica riabilitativa, redatta dal MMG o dal MPLS. Successivamente, il fisiatra valuta il paziente, redige il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e prescrive le prestazioni necessarie. Il fisiatra coordina l'accesso ai trattamenti (riabilitazione intensiva, riabilitazione estensiva, ambulatoriale o domiciliare), garantendo continuità tra le diverse fasi del percorso riabilitativo, come previsto dalle direttive regionali.</p>

Fonte di informazioni	Modalità di accesso
Friuli Venezia-Giulia	
LR 22/19 e ss.mm.ii., Dichiarazioni del Presidente OFI Friuli Venezia Giulia	Le modalità di accesso variano per le diverse aree territoriali. Presso l’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale e parte di quella Giuliano Isontina l’accesso avviene unicamente attraverso prescrizione dello specialista fisiatra. Per l’Area Giuliana (Trieste) è possibile accedere alle prestazioni fisioterapiche erogate dai privati convenzionati anche con sola prescrizione del MMG o dello specialista ortopedico, se in continuità con percorso di tipo ortopedico. In quest’ultima Area è disponibile inoltre un “percorso facilitato” per il mal di schiena attivabile su richiesta del MMG con accesso al fisioterapista per prima valutazione e definizione del percorso successivo.
Liguria	
Accordo stato-regioni n. 124/CSR del 4 agosto 2021, Dichiarazioni del Vicepresidente OFI Liguria	La Regione ha recepito l’accordo senza adottare specifiche norme regionali. In dettaglio, presso la ASL 3 Genovese l’accesso alle cure fisioterapiche in ambiente ambulatoriale è sempre subordinato alla valutazione del fisiatra, mentre l’accesso alle cure fisioterapiche domiciliari richiede la prescrizione del MMG, con il geriatra quale medico specialista di riferimento. In ambito RSA di prima fascia (23 min/die fisioterapia per 7 giorni, pari a 161 minuti di fisioterapia/settimana), dal 2011 non è più previsto l’obbligo di prescrizione da parte del medico fisiatra.
Emilia-Romagna	
DGR 427/2009 e ss.mm.ii.	Per l’accesso ai percorsi riabilitativi in risposta a bisogni riabilitativi semplici è prevista una visita presso specialisti di branca (come fisiatra, neurologi, ortopedici, senologi, pneumologi, etc.), mentre i bisogni complessi necessitano di un Progetto Riabilitativo Individuale, sviluppato da un’equipe multidisciplinare.

Fonte di informazioni	Modalità di accesso
Toscana	
DGRT 595/2005 e ss.mm.ii. Aziende USL ^{401,402,403} Parere del Consiglio Sanitario Regionale ⁴⁰⁴	I processi ed i percorsi di erogazione di prestazioni di fisioterapia e riabilitazione in Toscana sono di tre diverse tipologie di accesso e di erogazione: <ul style="list-style-type: none"> • Percorso 1 per la strutturazione per l'accesso all'Attività Fisica Adattata per le condizioni algiche o di ipomobilità, erogati da laureati in Scienze Motorie o Fisioterapisti. Sulla base dei regolamenti aziendali, vengono stabilite le modalità di accesso, che di base avviene su indicazione del MMG o del medico specialista (DGR 459/2009). • Percorso 2 (ex art. 25 L. 833/78) che prevede l'erogazione di pacchetti di prestazioni correlati alla diagnosi per disabilità segmentarie non complesse prescrivibili da MMG, PLS e specialisti e con erogazione da parte dei servizi ASL o privati convenzionati. Nel pacchetto è sempre presente la valutazione iniziale e finale che viene effettuata dal professionista sanitario della riabilitazione (fisioterapista). • Percorso 3 (ex art. 26 L. 833/78) per l'erogazione di prestazioni riabilitative per disabilità complesse a fronte dell'elaborazione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare e multiprofessionale. Il PRI è elaborato in equipe dal medico specialista di branca (neurologo, foniatra, otorinolaringoiatra, ortopedico, cardiologo, pneumologo, fisiatra, etc.) unitamente al professionista della riabilitazione dove vengono definiti obiettivi congiunti della presa in carico.
Umbria	
Aziende Sanitarie Locali ^{405,406}	L'accesso avviene tramite prescrizione rilasciata da un medico fisiatra o secondo protocolli concordati tra specialisti e MMG.
Abruzzo	
LR 136/1995, LR 32/2007, e ss.mm.ii, Dichiarazioni del Presidente OFI Abruzzo	L'accesso avviene tramite prescrizione rilasciata dal MMG e prenotazione CUP dei servizi pubblici di fisioterapia previsti nelle ASL o assegnazione a strutture accreditate.

⁴⁰¹ Azienda UsI Toscana Sud Est. Attività Fisica Adattata (A.F.A.). Disponibile a: www.uslsudest.toscana.it/cosa-fare-per/attivita-fisica-adattata-a-f-a. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁰² Azienda UsI Toscana Centro. Attività Fisica Adattata (A.F.A.). Disponibile a: www.uslcentro.toscana.it/index.php/servizi-e-attivita/riabilitazione/625-l-attivita-fisica-adattata. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁰³ Azienda UsI Toscana Nord Overs. AFA – come accedere. Disponibile a: www.uslnordovest.toscana.it/come-fare-per/9365-come-accedere-ai-corsi-afa. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁰⁴ Consiglio Sanitario Regionale. Parere 37/2015. Disponibile a: www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5100281&nomeFile=Delibera_n.677_del_25-05-2015-Allegato-A. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁰⁵ USL Umbria 1. Riabilitazione Adulti. Disponibile a: www.uslumbria1.it/servizio/riabilitazione-adulti/. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁰⁶ USL Umbria 2. Riabilitazione territoriale. Disponibile a: www.uslumbria2.it/notizie/riabilitazione-territoriale. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

Fonte di informazioni	Modalità di accesso
Molise	
Azienda Sanitaria Regionale ⁴⁰⁷	Per le cure residenziali, la richiesta è inoltrata al Punto Unico di Accesso dal MMG per pazienti domiciliari o dal Dirigente Medico in caso di dimissione ospedaliera. Il Punto Unico di Accesso valuta la richiesta e la invia all'Unità di Valutazione Multidimensionale per determinare la struttura più adeguata. La preferenza è per le strutture aziendali, ma si ricorre a strutture private accreditate in caso di mancanza di posti. Per le cure in regime semiresidenziale, ambulatoriale o domiciliare, la richiesta è rilasciata da uno specialista di branca di struttura pubblica o privata accreditata. L'autorizzazione è rilasciata dalla struttura distrettuale competente in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale. Le prestazioni possono essere erogate anche in centri convenzionati (ex art. 44 L. 833/78) tramite prescrizione del fisiatra o impegnativa del MMG.
Puglia	
Regolamento regionale n. 12 del 16 aprile 2015 e ss.mm.ii, Regolamento regionale n. 22 del 18 novembre 2019 e ss.mm.ii.	È necessario un piano terapeutico redatto da uno specialista: il Progetto Riabilitativo Individuale per casi complessi, o un Piano di Trattamento per esigenze meno complesse.
Sicilia	
DA del 27 giugno 2002 e ss.mm.ii.	Le prestazioni fisioterapiche erogate dal Servizio Sanitario Regionale o da centri privati convenzionati sono inserite nella branca specialistica di Medicina Fisica e Riabilitazione. Vengono prescritti i "Percorsi Riabilitativi", in funzione della patologia, con attività definite "a progetto". Il MMG e il PLS redigono su apposito ricettario regionale la prescrizione di un trattamento riabilitativo con il relativo Percorso Riabilitativo di pertinenza e, solo in assenza di una precisa diagnosi, viene richiesta la visita specialistica del fisiatra.
Sardegna	
Direttive per una applicazione uniforme sul territorio regionale delle modalità di erogazione dell'assistenza riabilitativa nelle strutture private convenzionate ai sensi dell'art. 26 della L. 833/78 ⁴⁰⁸	È necessario un piano terapeutico redatto da uno specialista: il Progetto Riabilitativo Individuale per casi complessi, o un Piano di Trattamento per esigenze meno complesse.
ASST: Azienda Socio Sanitaria Territoriale; MMG: Medico di Medicina Generale; MPLS: Medico Pediatra di Libera Scelta; ULSS: Unità Locale Socio-Sanitaria; DA: Decreto Assessoriale; DGR: Delibera della Giunta Regionale	

Tabella 4.9. Modalità di accesso alle prestazioni fisioterapiche nel Servizio Sanitario Nazionale

⁴⁰⁷ Azienda Sanitaria Regionale del Molise. Regolamento per l'accesso alle prestazioni riabilitative residenziali, semiresidenziali, domiciliari ed ambulatoriali. Disponibile a: www.asrem.molise.it/wp-content/uploads/2019/07/Regolamento-per-laccesso-alle-prestazioni-sanitarie.pdf. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁰⁸ Regione Autonoma della Sardegna. Direttive per una applicazione uniforme sul territorio regionale delle modalità di erogazione dell'assistenza riabilitativa nelle strutture private convenzionate ai sensi dell'art. 26 della L. 833/78. Disponibile a: www.regione.sardegna.it/documenti/1_385_20140506094502.pdf. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

4.5. Discussione

Con un numero crescente di paesi in cui i fisioterapisti operano nei servizi sanitari nazionali in accesso diretto, aumenta la necessità di competenze di triage e diagnosi differenziale⁴⁰⁹. Secondo una precedente revisione della letteratura⁴¹⁰, l'accuratezza della gestione da parte del fisioterapista che lavora in un contesto di accesso diretto è stata confermata dalla percentuale di pazienti valutati in modo indipendente. Un alto tasso di conversione chirurgica è considerato una misura utile dell'appropriatezza delle richieste di consulto da parte di fisioterapisti che lavorano in accesso diretto, poiché indica la percentuale di pazienti correttamente indirizzati ad uno specialista per interventi chirurgici^{411,412,413}. Un'altra misura indiretta per valutare le abilità di triage e diagnosi differenziale in accesso diretto in fisioterapia è il tasso di ritorno per una visita aggiuntiva dopo la conclusione del percorso riabilitativo. Dal presente report emerge che solo una piccola percentuale di pazienti ha avuto bisogno di ulteriori visite^{414,415,416,417}.

Inoltre, è emerso che anche l'appropriatezza della valutazione fisioterapica è elevata, sia quando misurata come accordo tra fisioterapista e medico rispetto alla necessità di ulteriori procedure terapeutiche, sia per le richieste di ulteriori indagini diagnostiche. Questo aspetto deve essere considerato anche in relazione alla sicurezza delle cure. La letteratura mostra che l'accesso diretto in fisioterapia è un modello sicuro, che non aumenta il numero di eventi avversi rispetto all'accesso tradizionale. Questi risultati sono in linea con altre recenti revisioni della letteratura^{418,419,420}, che confermano la sicurezza di un modello di presa in carico ad accesso diretto in fisioterapia.

La costo-efficacia è un pilastro importante per un'assistenza sanitaria *value-based* e guida le strategie per l'implementazione dei modelli di cura⁴²¹. I risultati del presente report mostrano evidenze a favore dell'accesso diretto in fisioterapia. Una delle ragioni potrebbe risiedere nelle diverse tipologie di

⁴⁰⁹ Finucane LM, Downie A, Mercer C, et al. International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 2020;50:350–372.

⁴¹⁰ Desmeules F, Roy, JS, MacDermid JC, Champagne F, et al. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: A systematic review. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2012;13:107.

⁴¹¹ Lyons RF, Cassells M, Hynes D, et al. A physiotherapy triage service for orthopaedic upper limb service: An effective way to reduce clinic visits and identify patients for operative intervention. *Ir J Med Sci* 2022;191:771–775.

⁴¹² O'farrell S, Smart KM, Caffrey A, et al. Orthopaedic triage at a physiotherapist-led 'Musculoskeletal Assessment Clinic': A seven-month service evaluation of outcomes. *Ir J Med Sci* 2014;183:565–571.

⁴¹³ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

⁴¹⁴ Chang AT, Gavaghan B, O'Leary S, et al. Do patients discharged from advanced practice physiotherapy- led clinics re-present to specialist medical services? *Aust Health Rev* 2018;42:334–339.

⁴¹⁵ Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

⁴¹⁶ Samsson KS, Larsson ME. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare— A randomised controlled trial. *Man. Ther.* 2014;19:386–391.

⁴¹⁷ Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 2012;98:131–137.

⁴¹⁸ Piscitelli D, Furmanek M, Meroni R, et al. Direct access in physical therapy: A systematic review. *La Clin. Ter.* 2018;169:e249–e260.

⁴¹⁹ Cattrysse E, den Broeck JV, Petroons R, et al. Impact of direct access on the quality of primary care musculoskeletal physiotherapy: a scoping review from a patient, provider, and societal perspective. *Arch Physiother.* 2024;14:20–28.

⁴²⁰ Severijns P, Goossens N, Dankaerts W, et al. Physiotherapy-led care versus physician-led care for persons with low back pain: A systematic review. *Clin Rehab* 2024;38:1571–1589.

⁴²¹ Cook CE, Denninger T, Lewis J, Diener I, Thigpen C. Providing value-based care as a physiotherapist. *Arch Physiother.* 2021;11:12.

interventi offerti tra i due modelli. Nell'accesso diretto in fisioterapia, gli interventi più frequentemente utilizzati sono stati la formazione, l'esercizio terapeutico, la terapia manuale e la gestione dello stile di vita che richiedono il coinvolgimento diretto del paziente. D'altra parte, gli interventi più comunemente prescritti dai medici consistevano principalmente in terapie farmacologiche o in richieste di consulto specialistico⁴²². È importante considerare anche la compliance del paziente nel sistema sanitario, ad esempio in termini di tasso di presenza del paziente alle visite. La mancata presenza ha conseguenze economiche per la struttura sanitaria, poiché può interrompere il flusso di pazienti, ridurre la produttività e prolungare le liste di attesa⁴²³.

Il costo di un appuntamento mancato si traduce in una perdita di entrate per il fornitore del servizio⁴²⁴. Le evidenze indicano che l'assenteismo dei pazienti per le visite programmate è meno frequente nell'accesso diretto in fisioterapia rispetto ai percorsi tradizionali^{425,426,427,428}. In termini di potenziali risparmi, i risultati del presente report sono in linea con quelli di altre sintesi della letteratura. Una recente revisione ha riportato maggiori risparmi a favore dell'accesso diretto in fisioterapia rispetto al modello tradizionale⁴²⁹, confermando quanto emerso in due rapporti economici^{430,431}. Questi rapporti hanno evidenziato come l'accesso diretto alla fisioterapia possa garantire esiti di salute comparabili al modello tradizionale, ma con costi inferiori, trattamenti più brevi e un minor numero di sedute. Alcune evidenze testimoniano inoltre che l'accesso diretto può accelerare la valutazione e accorciare il percorso di cura per i pazienti con disturbi muscolo-scheletrici rispetto al modello tradizionale⁴³². Per quanto riguarda invece gli outcome correlati all'attività lavorativa, i benefici dell'accesso diretto in fisioterapia,

⁴²² Downie F, McRitchie C, Monteith W, Turner H. Physiotherapist as an Alternative to a GP for Musculoskeletal Conditions. *Br J Gen Pract.* 2019;69:e314–e320.

⁴²³ Bech, M. The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees. *Health Policy* 2005;74:181–191.

⁴²⁴ Bech, M. The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees. *Health Policy* 2005;74:181–191.

⁴²⁵ Bech, M. The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees. *Health Policy* 2005;74:181–191.

⁴²⁶ Blæhr EE, Væggemose U, Søggaard R. Effectiveness and cost-effectiveness of fining non-attendance at public hospitals: a randomised controlled trial from Danish outpatient clinics. *BMJ Open.* 2018;8:e019969.

⁴²⁷ Triemstra JD, Lowery L. Prevalence, Predictors, and the Financial Impact of Missed Appointments in an Academic Adolescent Clinic. *Cureus.* 2018;10:e3613.

⁴²⁸ George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Fam Pract.* 2003;20:178-84.

⁴²⁹ Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil.* 2021;43:1637-1648.

⁴³⁰ Denninger TR, Cook CE, Chapman CG, et al. The Influence of Patient Choice of First Provider on Costs and Outcomes: Analysis from a Physical Therapy Patient Registry. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 2018;48:63–71.

⁴³¹ Mitchell JM, de Lissoyoy G. A Comparison of Resource Use and Cost in Direct Access Versus Physician Referral Episodes of Physical Therapy. *Phys. Ther.* 1997;77:10–18.

⁴³² Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: An observational study. *J Physiother* 2016;62:209–214.

in termini di riduzione dei giorni persi per malattia o infortunio (sia richiesti che prescritti)^{433,434,435}, potrebbero essere direttamente correlati al fatto che i fisioterapisti seguono linee guida di pratica clinica che raccomandano un approccio attivo nei confronti dei disturbi muscolo-scheletrici⁴³⁶, includendo interventi mirati al recupero precoce della funzionalità, anche sul piano lavorativo^{437,438}. L'educazione, la rassicurazione e un approccio centrato sul paziente sono interventi di prima linea che rappresentano elementi significativi di un approccio olistico alla cura della persona e che possono aumentare la percezione della presa in carico e migliorare la soddisfazione dei pazienti che accedono direttamente alle prestazioni fisioterapiche^{439,440,441}.

Le evidenze mostrano che i pazienti gestiti con l'accesso diretto in fisioterapia hanno un tempo medio di attesa più breve, che influisce positivamente sugli esiti di salute e sulla soddisfazione dei pazienti^{442,443,444,445,446}. Non sono invece emerse differenze negli esiti di salute e nella qualità della vita tra le due differenti modalità di accesso.

I risultati del presente report sono in linea anche con quelli di altre due revisioni^{447,448}, che hanno dimostrato l'assenza di differenze significative in termini di dolore e disabilità. Entrambi gli studi, infatti, hanno sottolineato che la differenza tra l'accesso diretto alla fisioterapia e il modello tradizionale non

⁴³³ Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord* 2019;20:186.

⁴³⁴ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

⁴³⁵ Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, Nordeman L. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—A cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2022;23:260.

⁴³⁶ Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS One.* 2020;15(7):e0235364.

⁴³⁷ Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, et al. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: A pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2019;11:1759720X19827504.

⁴³⁸ Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J. Epidemiol. Community Health* 1999;53:643–650.

⁴³⁹ Goff AJ, De Oliveira Silva D, Merolli M, et al. Patient education improves pain and function in people with knee osteoarthritis with better effects when combined with exercise therapy: a systematic review. *J Physiother.* 2021;67:177–189

⁴⁴⁰ Gardner T, Refshauge K, McAuley J, et al. Combined education and patient-led goal setting intervention reduced chronic low back pain disability and intensity at 12 months: A randomised controlled trial. *Br. J. Sports Med.* 2019;53:1424–1431.

⁴⁴¹ Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J. Gen. Intern. Med.* 2005;20:953–957.

⁴⁴² Piscitelli D, Furmanek M, Meroni R, et al. Direct access in physical therapy: A systematic review. *La Clin. Ter.* 2018;169:e249–e260.

⁴⁴³ Bornhöft L, Larsson MEH, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage—The effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: A case-control study. *Physiother. Theory Pract.* 2015;31:45–52.

⁴⁴⁴ Bech, M. The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees. *Health Policy* 2005;74:181–191.

⁴⁴⁵ Glogovac G, Kennedy ME, Weisgerber MR, et al. Wait Times in Musculoskeletal Patients: What Contributes to Patient Satisfaction. *J Patient Exp.* 2020;7:549–553.

⁴⁴⁶ Deslauriers S, Déry J, Proulx K, et al. Effects of waiting for outpatient physiotherapy services in persons with musculoskeletal disorders: A systematic review. *Disabil. Rehabil.* 2021;43:611–620.

⁴⁴⁷ Desmeules F, Roy, JS, MacDermid JC, Champagne F, et al. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: A systematic review. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2012;13:107.

⁴⁴⁸ Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS One.* 2020;15(7):e0235364.

riguarda gli esiti di salute, ma piuttosto la riduzione di tempi e costi. Non esistono requisiti specifici, formazioni o qualifiche richieste ai fisioterapisti che operano in accesso diretto. Tuttavia, gli studi inclusi in questa revisione hanno riportato che l'esperienza nel campo muscolo-scheletrico e la qualifica di "extended scope professional" (ESP) sono attributi importanti per i fisioterapisti che operano in accesso diretto⁴⁴⁹. ESP è una qualifica riconosciuta in alcuni paesi, che identifica professionisti che operano in un ruolo "esteso" dopo aver acquisito una formazione specifica nella fisioterapia muscolo-scheletrica e maturato esperienza clinica⁴⁵⁰. È comunque difficile definire linee guida precise su quale percorso formativo o quanti anni di esperienza clinica un fisioterapista dovrebbe avere per lavorare in accesso diretto. La diversità dei percorsi accademici per ottenere il titolo abilitante e la variabilità della loro durata nel mondo (es. 3 anni in Italia vs 5 anni nel Regno Unito) rendono difficile stabilire requisiti uniformi per operare in accesso diretto. In futuro, ulteriori ricerche dovrebbero focalizzarsi sul confronto tra i curricula accademici dei vari paesi, per definire un percorso formativo appropriato e una durata adeguati per i fisioterapisti che intendono lavorare in accesso diretto, oltre a focalizzare maggiormente i nuovi studi su esiti di salute, con metodologie rigorose che superino le criticità attuali della letteratura in questo ambito⁴⁵¹.

In Italia nel 2021 è stato avviato il progetto pilota del "fisioterapista di comunità" nella regione Toscana^{452,453}, con l'obiettivo di integrare i servizi di riabilitazione nell'assistenza sanitaria primaria. Sviluppato dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie dell'Azienda USL Toscana Centro, questo modello si ispira all'esperienza dell'infermiere di famiglia e di comunità, già adottato nella Regione^{454,455}, e promuove l'intervento riabilitativo attraverso la collaborazione diretta con i MMG, i fisiatri e i geriatri. Il progetto prevedeva la presa in carico dei pazienti con necessità riabilitative tramite un servizio *on-call* su richiesta del MMG: gli interventi che comprendevano principalmente consulenze e supporto per la gestione dei problemi legati all'immobilizzazione e alle comorbidità, oltre a valutazioni domiciliari per prevenire cadute e ridurre il carico assistenziale dei caregiver. Durante il periodo di implementazione, tra aprile e dicembre 2021, i MMG hanno inviato 165 pazienti al fisioterapista di comunità, principalmente anziani con comorbidità o problemi di immobilizzazione a lungo termine. L'intervento più comune è stato il counseling, che ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi per il 77% dei pazienti. Questo modello ha facilitato l'accesso alla riabilitazione a livello territoriale, prevenendo l'esacerbazione delle condizioni croniche e rispondendo alle esigenze dei pazienti in setting non ospedalieri. Il progetto non ha comportato costi aggiuntivi per il Servizio Sanitario Nazionale e i risultati indicano che questo approccio è stato efficace nel migliorare l'accesso alle cure riabilitative, prevenire l'aggravarsi delle condizioni croniche e soddisfare le esigenze della popolazione in contesti di prossimità. Anche se non rappresenta un modello di puro accesso diretto, ha contribuito a superare la tradizionale frammentazione dei servizi,

⁴⁴⁹ Kerridge-Weeks M, Langridge NJ. Orthopaedic Spinal Triage: An Evaluation of Decision Making and Outcome in a Physiotherapy Led Service. *Int J Health Gov* 2016;21:5–17.

⁴⁵⁰ Grimmer-Somers K, Milanese S, Kumar S, Morris J. Extended scope physiotherapy roles for orthopedic outpatients: An update systematic review of the literature. *J. Multidiscip. Health* 2012;5:37–45.

⁴⁵¹ Severijns P, Goossens N, Dankaerts W, et al. Physiotherapy-led care versus physician-led care for persons with low back pain: A systematic review. *Clin Rehab* 2024;38:1571-1589.

⁴⁵² Da Ros A, Paci M, Buonandi E, et al. Physiotherapy as part of primary health care, Italy. *Bull World Health Organ*. 2022;100:669-675.

⁴⁵³ Federazione Nazionale Ordini Fisioterapisti. Il fisioterapista di comunità. Disponibile a: www.fnofi.it/blog/il-fisioterapista-di-comunita-e-di-famiglia/. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁵⁴ Regione Toscana. L'infermiere di famiglia e di comunità. Disponibile a: www.regione.toscana.it/-/l-infermiere-di-famiglia-e-comunita. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁵⁵ Taddeucci L, Barchielli C, Vainieri M. The challenge of community care: evidence from the Family and Community Nurse model in Tuscany. *Eur J Public Health*. 2023;33:ckad160.1377.

promuovendo soluzioni territoriali per affrontare sfide sanitarie complesse, come l'invecchiamento della popolazione e le conseguenze della pandemia da COVID-19^{456,457}. Tuttavia, a seguito di un ricorso presentato al Presidente della Repubblica dal Sindacato Italiano dei Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMMFIR), il 5 luglio 2023 il Consiglio di Stato⁴⁵⁸ ha accolto la richiesta di annullamento della Delibera del Direttore Generale n. 1057/19 dell'AUSL Toscana Centro, che prevedeva l'approvazione del progetto sperimentale del modello assistenziale del Fisioterapista di Comunità nell'Azienda Toscana Centro. Il 9 aprile scorso la Federazione Nazionale degli Ordini dei Fisioterapisti (FNOFI), l'Ordine Interprovinciale di Firenze, Arezzo, Lucca, Massa Carrara, Pistoia, Prato, l'Ordine Interprovinciale di Pisa, Livorno, Grosseto e l'Ordine Provinciale di Siena hanno presentato un ricorso in opposizione al Tribunale Amministrativo Regionale della Toscana (RGR 532/2024⁴⁵⁹) contro il Decreto del Presidente della Repubblica che recepisce la sentenza del Consiglio di Stato.

Aspetti normativi. Nel contesto italiano, l'accesso alla fisioterapia è un tema complesso, regolato da una serie di normative regionali e nazionali che disciplinano l'erogazione delle prestazioni riabilitative. Dai risultati emersi, appare evidente che l'accesso diretto alla fisioterapia non sia ancora una realtà nel SSN, regolato principalmente da disposizioni regionali che spesso richiedono oltre alla prescrizione del MMG anche quella di uno specialista per accedere alle prestazioni fisioterapiche. Questo limita l'autonomia del fisioterapista, nonostante il riconoscimento legale dell'autonomia professionale sancito dalla L. 42/99 e dalla L. 251/2000, che definiscono il fisioterapista come professionista sanitario autonomo, responsabile della valutazione e del trattamento dei pazienti.

In molte Regioni italiane, come emerso dall'analisi delle normative, l'accesso alle prestazioni fisioterapiche richiede la prescrizione di un medico specialista, solitamente un fisiatra, e l'inclusione del trattamento in un Progetto Riabilitativo Individuale. Questa situazione è ulteriormente complicata dalla frammentazione delle normative regionali, che determina una disparità di accesso alle prestazioni fisioterapiche nelle diverse aree del Paese. In Regioni come la Lombardia e il Veneto, le normative impongono percorsi complessi, con più livelli di autorizzazione e valutazione, mentre altre adottano modelli più flessibili, volti a migliorare l'accessibilità e a ridurre i tempi di attesa.

Tuttavia, l'adozione di un modello di accesso diretto su scala nazionale richiede una revisione normativa che uniformi le diverse regolamentazioni regionali e riconosca formalmente il ruolo del fisioterapista come primo punto di accesso per determinate condizioni cliniche. Questo implica la necessità di aggiornare il quadro legislativo esistente, al fine di garantire ai cittadini l'accesso alle cure fisioterapiche attraverso la maggiore autonomia del fisioterapista e facilitare l'adozione di modelli di assistenza innovativi, già sperimentati con successo. Inoltre, sarebbe utile prevedere un curriculum formativo specifico per i fisioterapisti che operano in accesso diretto o con una intermediazione ridotta, come accade nelle cure domiciliari.

⁴⁵⁶ Da Ros A, Paci M, Buonandi E, et al. Physiotherapy as part of primary health care, Italy. Bull World Health Organ. 2022;100:669-675.

⁴⁵⁷ Quotidiano Sanità. Ausl Toscana centro - Pubblicato dall'Oms studio sul modello di fisioterapista di comunità. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo_id=109321. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

⁴⁵⁸ Consiglio di Stato. Numero affare 01216/2021. Disponibile a: https://portali.giustizia-amministrativa.it/portale/pages/istituzionale/visualizza/?nodeRef=&schema=consul&nrg=202101216&nomeFile=202301132_27.html&subDir=Provvedimenti. ultimo accesso: 28 novembre 2024

⁴⁵⁹ Tribunale Amministrativo Regionale della Toscana. RGR 532/2024. Disponibile a: www.giustizia-amministrativa.it/ricorsi-tar-toscana. ultimo accesso: 28 novembre 2024.

A livello internazionale, l'accesso diretto alla fisioterapia è stato implementato con successo in diversi paesi, tra cui Regno Unito, Australia e Svezia, dove l'autonomia del fisioterapista è stata ampliata, consentendo anche la prescrizione di alcune categorie di farmaci o l'esecuzione di indagini diagnostiche. Questi modelli hanno dimostrato non solo la sicurezza, ma anche la costo-efficacia dell'accesso diretto, contribuendo a una gestione più efficiente dei disturbi muscolo-scheletrici, riducendo il carico sui MMG e migliorando gli esiti di salute dei pazienti.

5. Limiti

Uno dei principali limiti di questa revisione è l'eterogeneità del disegno degli studi esaminati, che non ha consentito di condurre una stima quantitativa dei risultati (metanalisi). Un altro aspetto da considerare è il lungo intervallo di tempo in cui è stata indagata la letteratura (luglio 1996 - ottobre 2024). Durante questo periodo, la formazione dei fisioterapisti ha subito molti cambiamenti positivi, quali la diffusione del corso di laurea magistrale in scienze riabilitative e di master di I e II livello e la letteratura a supporto del ruolo e dell'efficacia della fisioterapia si è ampliata in quantità e qualità. Questo elemento ha giocato un ruolo chiave nell'eterogeneità degli studi esaminati, rendendo complesso il confronto tra una professione in evoluzione e un modello medico più "stabile" nel tempo. Inoltre, non sono emerse evidenze relative a condizioni cliniche diverse dai disturbi muscolo-scheletrici e l'analisi delle normative rispetto alle modalità di accesso nel SSN è stata condizionata dal tasso di risposta degli OFI Territoriali (21 su 38).

6. Conclusioni

Evidenze di efficacia. L'analisi della letteratura condotta per il presente report ha dimostrato che il modello ad accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche offre numerosi vantaggi in termini di outcome economici, umanistici e di processo, rispetto al modello tradizionale basato sulla prescrizione medica. In particolare, l'accesso diretto consente una gestione più rapida e autonoma dei pazienti, riducendo significativamente i tempi di attesa e migliorando la soddisfazione degli utenti. Studi di alta qualità inclusi nella revisione hanno confermato che i fisioterapisti, nel contesto dell'accesso diretto, sono in grado di gestire efficacemente la maggior parte dei disturbi muscolo-scheletrici senza la necessità di consulti medici aggiuntivi, riducendo così il carico sui medici di medicina generale e gli specialisti. Inoltre, l'analisi comparativa tra il modello ad accesso diretto e quello tradizionale ha evidenziato una diminuzione del numero di richieste di imaging e prescrizioni farmacologiche, consentendo un miglior utilizzo delle risorse sanitarie, pur garantendo al contempo una qualità delle cure equivalente rispetto al modello tradizionale basato sulla prescrizione medica. Non sono infatti emerse differenze significative tra i due modelli in termini di outcome clinici. Dal punto di vista economico, il modello di accesso diretto risulta più costo-efficace in diversi contesti, evidenziando risparmi significativi nei costi per episodio di cura e nei costi per il SSN. Questo lo rende una soluzione sostenibile nel lungo periodo. L'analisi ha anche messo in luce un impatto positivo sulla qualità della vita dei pazienti e una riduzione dei giorni di assenza dal lavoro grazie a una gestione più tempestiva ed efficace delle patologie muscolo-scheletriche. Questi risultati indicano che l'adozione su larga scala del modello ad accesso diretto potrebbe contribuire a migliorare sia la qualità delle cure che l'efficienza complessiva del servizio sanitario. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi su servizi sanitari simili a quello italiano e le evidenze disponibili si riferiscono solo alla gestione di pazienti con disturbi muscolo-scheletrici (es. mal di schiena).

Aspetti normativi. Attualmente, in Italia, l'accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche è disponibile nel settore privato, in regime di libera professione, mentre all'interno del SSN richiede spesso, oltre alla prescrizione del MMG, anche quella di uno specialista. L'analisi delle normative vigenti nelle diverse Regioni italiane ha messo in evidenza una significativa variabilità nelle modalità di accesso, determinando una forte eterogeneità nell'accessibilità alle prestazioni fisioterapiche sul territorio nazionale. Le normative vigenti non sempre supportano appieno l'autonomia professionale del fisioterapista, creando ambiguità che possono ostacolare l'implementazione e l'efficacia del modello di accesso diretto. Per favorire l'adozione e il successo di questo modello, è fondamentale sviluppare un quadro normativo uniforme a livello nazionale, che non solo consenta l'accesso diretto, ma fornisca anche il necessario supporto per valorizzare il ruolo del fisioterapista come professionista autonomo e pienamente integrato nel SSN. Investire in programmi di formazione specifica per i fisioterapisti, specialmente nelle competenze di triage e diagnosi differenziale fisioterapica, è fondamentale per garantire un'implementazione corretta dell'accesso diretto. Solo attraverso un supporto normativo adeguato, una formazione mirata, ulteriori ricerche sui servizi sanitari e una più efficiente organizzazione dell'accesso e della risposta al bisogno riabilitativo anche in ragione della complessità, sarà possibile integrare efficacemente l'accesso diretto nella pratica clinica, migliorando i percorsi di cura e la soddisfazione dei pazienti. In questo senso risulta assolutamente rilevante valorizzare, anche in relazione a patologie croniche ed invalidanti, un sistema di relazione tra il MMG e il fisioterapista che può agire in ambito distrettuale e territoriale, spostandosi da un sistema prestazionale a cicli verso programmi personalizzati.

In conclusione, l'accesso diretto alle prestazioni fisioterapiche rappresenta un'opportunità per migliorare la tempestività e qualità della risposta ai bisogni dei cittadini, per rafforzare l'efficienza del sistema sanitario, particolarmente quello pubblico, garantendo così una maggiore accessibilità alle cure. Tuttavia, la sua implementazione e diffusione in Italia richiede, prima ancora di un cambiamento normativo, che se ne verifichi uno organizzativo e culturale profondo, volto a superare qualche pregiudizio e a promuovere una piena integrazione della fisioterapia nei percorsi di assistenza primaria.

Appendice 1. Strategie di ricerca

Embase (via OVID)

1. "Physical therapy".af.
2. physiotherapy.af.
3. OR /1-2
4. "Ambulatory Care".af.
5. "Primary Health Care".af.
6. outpatient*.af.
7. "primary care".af.
8. ambulator*.af.
9. "delivery of health care".af.
10. OR /4-9
11. "Referral and Consultation".af.
12. exp "Referral and Consultation"/
13. referral.af.
14. consultation.af.
15. AND /13-14
16. referral*.af.
17. referrer*.af.
18. "direct access".af.
19. dapt.af.
20. exp triage/
21. triage*.af.
22. "direct access physical therapy".af.
23. self-referral.af.
24. "physical therapy direct access".af.
25. OR /11-12,15,16-24
26. cost-effectiveness.af.
27. effectiveness.af.
28. "cost savings".af.
29. economics.fs.
30. economics.af.
31. cost*.af.
32. exp "costs and cost analysis"/
33. "costs and cost analysis".af.
34. outcome*.af.
35. exp prognosis/
36. prognosis.af.
37. OR /26-35
38. AND "/3, 10, 25, 37"

MEDLINE (via Pubmed)

1. "Physical therapy"[All Fields]
2. "physiotherapy"[All Fields]
3. OR /1-2
4. "Ambulatory Care"[All Fields]
5. "Primary Health Care"[All Fields]
6. "outpatient*"[All Fields]
7. "primary care" [All Fields]
8. "ambulator*" [All Fields]
9. delivery of health care" [All Fields]
10. OR /4-9
11. "Referral and Consultation"[All Fields]
12. "Referral and Consultation"[MeSH Terms]
13. "referral" [All Fields]
14. "consultation" [All Fields]
15. AND /13-14
16. "referral*"[All Fields]
17. "referrer*"[All Fields]
18. "direct access"[All Fields]
19. "dapt"[All Fields]
20. "triage"[MeSH Terms]
21. "triage*"[All Fields]
22. "direct access physical therapy"[All Fields]
23. "self-referral"[All Fields]
24. "physical therapy direct access"[All Fields]
25. OR /11-12,15,16-24
26. "cost-effectiveness"[All Fields]
27. "effectiveness"[All Fields]
28. "cost savings"[All Fields]
29. "economics"[MeSH Subheading]
30. "economics"[All Fields]
31. "cost*"[All Fields]
32. "costs and cost analysis" [MeSH Terms]
33. "costs and cost analysis" [All Fields]
34. "outcome*"[All Fields]
35. "prognosis"[MeSH Terms]
36. "prognosis"[All Fields]
37. OR /26-35
38. AND /3, 10, 25, 37

Cochrane library

1. MeSH descriptor: "Physical therapy"
2. physiotherapy
3. OR /1-2
4. "Ambulatory Care"
5. "Primary Health Care"
6. outpatient*
7. "primary care"
8. ambulator*
9. "delivery of health care"
10. OR /4-9

11. "Referral and Consultation"
12. [mh "Referral and Consultation"]
13. referral
14. consultation
15. AND /13-14
16. referral*
17. referrer*
18. "direct access"
19. dapt
20. [mh triage]
21. triage*
22. "direct access physical therapy"
23. self-referral
24. "physical therapy direct access"
25. OR /11-12,15,16-24
26. cost-effectiveness
27. effectiveness
28. "cost savings"
29. [mh /economics]
30. economics
31. cost*
32. [mh "costs and cost analysis"]
33. "costs and cost analysis"
34. outcome*
35. [mh prognosis]
36. prognosis
37. OR /26-35
38. AND "/3, 10, 25, 37"

Fondazione GIMBE

Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2 - 40121 Bologna
www.gimbe.org