



fisioterapisti

LA NOSTRA VOCE Puglia

aifp

#tempodelcambiamento



www.aifipuglia.it



Segreteria Redazionale:
A.I.F.I. - Puglia
Casella Postale 386
Piazza Umberto I, 33/A
70121- BARI

DIRETTORE RESPONSABILE

Marco Cordella

COMITATO DI REDAZIONE

Filippo Maselli
Dennis Pennella
Alessandro Rahinò
Alessandro Stasi

REDATTORE CAPO

Claudia Pati

RAPPRESENTANTE LEGALE

Claudia Pati

COPERTINA

Alessandro Stasi

IMPAGINAZIONE

Vincenzo Zagaria



Non c'è nulla di immutabile tranne
l'esigenza di cambiare.

(Eraclito)



PAROLA D'ORDINE: **CAMBIAMENTO**

Cosa significa cambiare? *Da sempre cambiare significa modificare una strada sicura e percorsa da tempo, nota, conosciuta. Chi cambiava qualcosa era considerato un rivoluzionario? Un temerario? A volte una strega da mettere al rogo. Sicuramente il cambiamento è una competenza che va coltivata partendo dall'analisi dei micro comportamenti (ripetuti all'infinito che creano rigidità e abitudine e conseguente resistenza alla novità) e la nostra attitudine a non modificarli mai. Il nostro cervello ama le abitudini: che siano utili o poco vantaggiose, creano una dipendenza difficile da interrompere. È importante capire che una abitudine sia, soddisfa comunque un bisogno, che dovrà essere soddisfatto in un modo o nell'altro. Cosa c'è alla base del bisogno? Che cosa non vogliamo abbandonare? Per*

dare delle risposte è necessario un'analisi dei costi e benefici del bisogno perché quando evitiamo di modificare un'abitudine, un comportamento, alla base della nostra decisione c'è la necessità (non sempre corretta) di salvaguardare un bisogno. Tuttavia ciò che desideriamo non sempre è un bisogno, dunque sta a noi capire cosa taccia la paura di cambiare. La soddisfazione di un bisogno recondito, la sua salvaguardia a volte ci immobilizza portandoci a non seguire erroneamente il flusso. Tenendo conto che il mondo intorno a noi è in continuo mutamento, noi siamo parte di questo cambiamento. È positivo però accettare il cambiamento che non si può controllare, come accaduto nell'anno 2018 per la nostra professione ed associazione.

E l'anno in corso sarà ancora più importante, di quelli destinati a lasciare il segno: il 2019 passerà alla storia come l'anno in cui per il fisioterapista cambierà davvero tanto.

Per A.I.FI. "cambiamento" significa una nuova fase associativa "Tecnico-Scientifica", che vedrà crescere il ruolo centrale dei nostri Gruppi di Interesse Specialistico (GIS – Gruppo Terapia Manuale, Fisioterapia Sportiva, Fisioterapia Pediatrica, Neuroscienze, Fisioterapia Geriatrica, Terapie Fisiche e Tecnologie Riabilitative), dedicata alla ricerca, allo sviluppo della scienza della fisioterapia e di

quella della riabilitazione, al miglioramento e sempre più attenta al suo pubblico di riferimento: è quello che vogliamo essere e che ci piace trasmettere ai nostri associati.

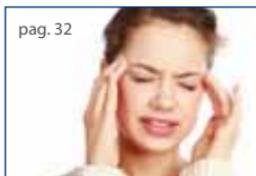
Forse nemmeno il più incallito tra gli ottimisti avrebbe immaginato tanti "passi avanti" nel giro di 12 mesi. Partiamo con ordine, in primis l'approvazione della Legge 3-2018 con conseguente istituzione degli albi e dell'ordine delle professioni sanitarie. Dal 1° luglio è attiva la procedura d'iscrizione all'Albo dei Fisioterapisti, uno dei 19 Albi delle professioni sanitarie istituiti con il Decreto Ministeriale 13 marzo 2018 all'interno degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (Ordini TSRM PSTRP). La tanto agognata legge insomma inizia ad essere "operativa": tanti colleghi, infatti, stanno ricevendo la comunicazione dell'avvenuta iscrizione all'Ordine e questo rappresenta un primo passo determinante al riconoscimento giuridico della nostra figura.

Punto numero due, l'accreditamento da parte del Ministero della Salute di due Associazioni Tecnico-Scientifiche in Fisioterapia (A.I.FI. e FIASF - Federazione Italiana delle Associazioni Scientifiche In Fisioterapia), come diretta conseguenza dell'applicazione della Legge 24-2017. In quest'otti-

ca proseguirà la promozione dello sviluppo scientifico, della crescita culturale e soprattutto si lavorerà per la produzione di linee guide negli ambiti di competenza del fisioterapista: per questo siamo pronti a ricevere da voi ogni suggerimento e spunto che possa rivelarsi prezioso per noi.

Infine, la sentenza delle sezioni riunite del Consiglio di Stato che sancisce definitivamente l'impossibilità per i massofisioterapisti che hanno conseguito il titolo dopo il 17 marzo 1999 di poter accedere al corso di laurea in Fisioterapia senza il regolare superamento del test di ammissione. Secondo la sentenza, il diploma di massofisioterapista, rilasciato ai sensi della L. 19 maggio 1971 n. 403, non consente ex se l'iscrizione alla Facoltà di Fisioterapia né dà vita, nella fase di ammissione al corso universitario, ad alcuna forma di facilitazione, nemmeno se posseduto unitamente ad altro titolo di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale. Una sentenza che costituisce un punto di svolta importante, rendendo giustizia a tutti coloro che ogni anno affrontano la prova di ammissione al corso di laurea non senza sacrifici.

Insomma l'anno è iniziato davvero con tanti argomenti e tanti spunti sui quali "costruire" un futuro sempre più definito e noi di A.I.FI. - oltre alle mani - siamo pronti a "metterci la faccia".



sommario

- 2** EDITORIALE
- 5** BILANCIO SOCIALE 2018
- 8** 8 BUONI MOTIVI PER ISCRIVERSI
- 9** ISCRIZIONI AIFI 2019
- 10** PROIETTATI VERSO UNA FORMAZIONE DI QUALITÀ
- 13** ITALIANA ASSICURAZIONI
- 15** CONAPS
- 20** GIS SPORT E "MEZZOGIORNO"
- 25** IL CONTRIBUTO DEL FISIOTERAPISTA ALLA PREVENZIONE SECONDARIA IN ETÀ PEDIATRICA
- 32** LE CEFALEE IN FISIOTERAPIA MUSCOLOSCHILETRICA
- 42** PSEUDO TRIGEMINOPATIA NEI DISORDINI TEMPORO MANDIBOLARI
- 48** PILLOLE DI LETTERATURA



BILANCIO SOCIALE 2018

Incontri istituzionali

Consiglio Sanitario Regionale
 Associazioni Maggiormente
 Rappresentative dell'Area della
 Riabilitazione
 Direzione Strategica ASL Lecce,
 Taranto
 Ordine TSRM PSTRP Bari-Taranto
 – Brindisi - Foggia - Lecce

Incontri con

associazioni di pazienti, società
 scientifiche
 Associazione Cuore di Donna
 Ordine degli psicologi Regione
 Puglia
 Società Italiana di Ortopedia e
 Traumatologia
 Ass. Mitocon
 Fondazione Tonino Di Giulio

Corsi regionali organizzati

Congresso Straordinario
 Regionale "Il ruolo delle
 tecniche di neuroimaging
 e neurofisiologia clinica nella
 pratica fisioterapica.
 Congresso Regionale "L'Alba
 Degli albi" – Premio Miglior
 tesi in Fisioterapia Università
 pugliesi

Articoli divulgativi

Interviste televisive e
 radiofoniche
 Periodico Trimestrale di
 informazione e cultura AIFI
 Puglia n. 63 – 64 – 65.
 Giornata informativa La schiena
 va a scuola.
**Giornata Mondiale della
 Fisioterapia**



**Dott.ssa Ft.
 Claudia Pati**
 Presidente AIFI
 Regione Puglia



**Dott.ssa Ft.
 Antoniana Gnetto**
 Responsabile
 Ufficio Formazione AIFI Puglia



Prevenzione, cura e riabilitazione dei tumori femminili

Rappresentanti di Categoria alle sedute di laurea e incontri a livello universitario.

Sedute di laurea dell'Università di Bari (Policlinico di Bari, Polo Universitario di Brindisi, Polo Universitario di Taranto) e Università di Foggia.

Incontro Libera Professione c/o Polo Universitario di Brindisi - Università di Bari

Corso di formazione "base" per tutor di tirocinio CdL Fisioterapia nella Università di Foggia.

Collaborazioni ad Eventi, Congressi, Iniziative Promozionali, Ricerca, ecc.)

Corso di Drenaggio Linfatico Manuale.

Giornata informativa "La schiena va a scuola"

Progetto "Fuori... Gioco" nella Casa Circondariale di Taranto

Convegno Ass. Cuore di Donna e FITELAB "Il coraggio di combattere per ripartire"

Evento ECM "Gestione delle terapie fisiche in riabilitazione.

Convegno Ordine degli Psicologi "Riabilitazione: modelli teorici e di intervento, interdisciplinarietà, applicazioni e buone prassi".

Giornata Mondiale della Fisioterapia.

Alzheimer Italia - XXV Giornata

Mondiale Alzheimer "Ogni 3 secondi".

Ass. Mitocon "Camminiamo insieme per lo studio e la cura delle malattie mitocondriali".

Tavola rotonda 2° Trofeo Nazionale di Dragon Boat.

Corso "Ideazione, costruzione e addestramento all'uso di tutori statici e dinamici per patologie neurologiche della mano e del polso".

Evento "Tumore al seno prevenzione, cura e riabilitazione".

Congresso Nazionale SIOT 2018

Corso ECM "Il tronco secondo il concetto Bobath".



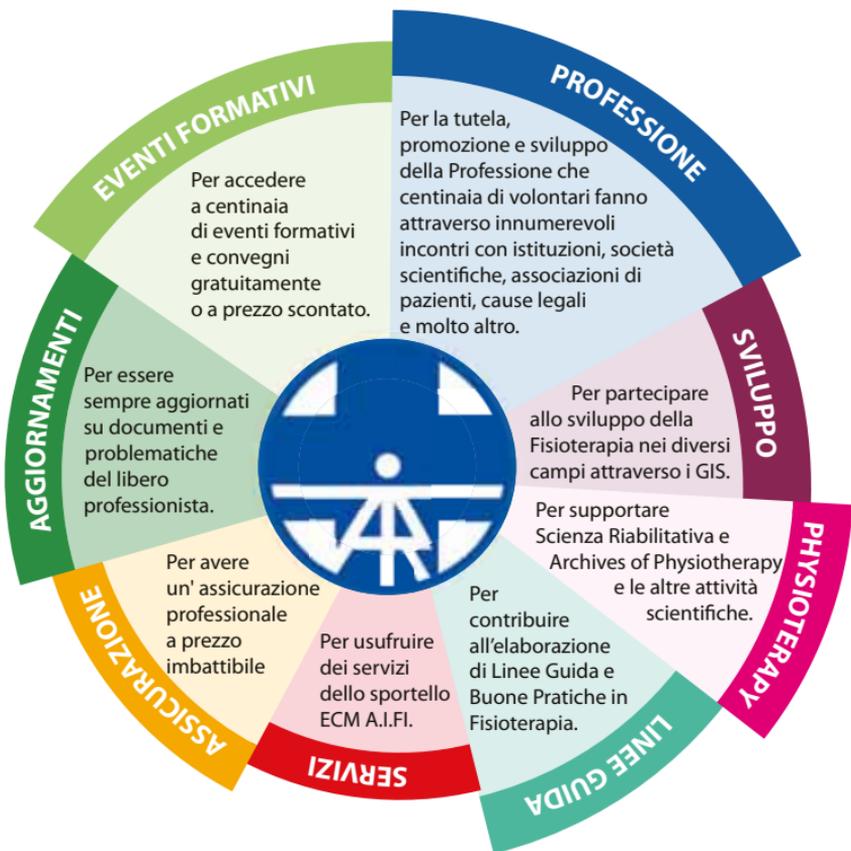
www.aifipuglia.it

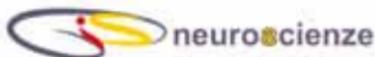
ISCRIZIONE A.I.F.I. SCOPRI PERCHÉ CONVIENE

**BUONI MOTIVI
PER ISCRIVERSI**

A tutti i Fisioterapisti che da sempre sostengono A.I.F.I., a chi ha deciso di iscriversi da quest'anno e ai nuovi laureati che intraprendono la loro professione sotto il segno della nostra Associazione, ecco almeno 8 buoni motivi per scegliere A.I.F.I.

www.aifipuglia.it





QUOTA RIDOTTA DA 100 A 50 ISCRIZIONE AD AIFI 2019



In considerazione dei costi che ogni fisioterapista sta sostenendo per l'iscrizione all'Albo, la Direzione Nazionale di novembre ha deliberato di ridurre da €100 a €50 la quota d'iscrizione 2019.

Fino alle votazioni e costituzioni delle Commissioni di Albo locali e nazionale, per le quali si è ancora in attesa di un decreto attuativo, AIFI è ancora l'unica associazione maggiormente rappresentativa dei Fisioterapisti, ai sensi del DM 28 luglio 2014,

e quindi è l'unico ente titolato a supportare l'Ordine TSRM PSTRP nelle azioni relative alle problematiche della nostra categoria.



PROIETTATI VERSO UNA FORMAZIONE DI “QUALITÀ”

La “formazione continua” è un requisito indispensabile per svolgere la propria professione, e per continuare a garantire qualità, sicurezza e miglioramento continuo.



**Dott.ssa Ft.
Antoniana
Gnettoli**
Responsabile

Ufficio Formazione AIFI Puglia

La nostra associazione in questo momento storico, sta vivendo un grande cambiamento dal punto di vista normativo, puntando su tutto ciò che porta al miglioramento continuo dei professionisti e verificando che gli stessi, garantiscano le condizioni dell'eccellenza clinica sia come liberi professionisti che come dipendenti di un'azienda o struttura privata accreditata.

La presenza in A.I.F.I. dei Gruppi di Interesse Specialistico (GIS), permette, la conoscenza di nozioni secondo quelle che sono le Evidence-Based Practice, di diffondere all'interno della

nostra professione la capacità di formulare quesiti clinico assistenziali, la capacità di ricercare con la massima efficienza le migliori evidenze disponibili, utilizzarle e integrarle nelle decisioni clinico assistenziali.

Altresì, permettono di conoscere modelli e report internazionali di HTA, promuovendo la diffusione di tecnologie efficaci e abbandono di qualunque tecnologia di

efficacia obsoleta; non meno la conoscenza e l'utilizzo di linee guida, protocolli, con il fine di ridurre sempre più il rischio di imbatterci in quello che definirei il "lato oscuro della qualità".

Quindi come sancito a livello normativo dal DI 229/99 che modifica ed integra il DI 502/92, in modo particolare all'art.16 bis, la "formazione continua" è un requisito indispensabile per svolgere

la propria professione, e per continuare a garantire qualità, sicurezza e miglioramento continuo.

Proprio per perseverare in tutto ciò, l'A.I.F.I. Puglia anche in questo anno, grazie alla collaborazione dei GIS, offrirà eventi, collaborazioni, giornate informative e progetti come "La schiena va a scuola", che continuerà ad essere un momento di formazione e richiamo verso





genitori e insegnanti, a cui si forniranno informazioni e strumenti atti a promuovere comportamenti e stili di vita utili nella prevenzione delle malattie dell'apparato muscolo scheletrico.

Si continuerà a mantenere saldi i rapporti con l'Università di Bari (compresi il polo di Brindisi e Taranto) e Foggia, attraverso il lavoro

svolto dai delegati rapporti con le Università.

Continuerà la collaborazione con le varie Associazioni, in modo da ottenere informative e suggerimenti da chi opera nel territorio.

Gli eventi previsti in questo 1° semestre formativo sono:

Febbraio: "Rehabilitation advance in shoulder pain - Le

sindromi dolorose di spalla: dalla diagnosi differenziale all'instabilità".

Marzo: "Le deformità del rachide in età evolutiva: dalla prevenzione primaria alla presa in carico riabilitativa".

Giugno: "Congresso Regionale 2019".

Auguro un buon lavoro e buona associazione a tutti.



TOMBOLINI
OFFICINE ORTOPEDICHE

**ACCANTO A TE,
IN TUTTE LE FASI DELLA VITA**



SPECIALISTI IN ORTOPROTESICA

Stabilimento produttivo:
Via San Giovanni - Zona Industriale
74027 San Giorgio Jonico
Tel. 099 5927761
Fax 099 5919865
Email: info@ortopediatombolini.it

www.ortopediatombolini.it

Azienda Accreditata ASL / INAIL
Ministero della Sanità

SAN GIORGIO JONICO (TA)
TARANTO
CASTELLANETA (TA)
MATERA
BARI

follow us
 



Azienda certificata
ISO 9001:2008
ISO 13485:2004



VIA IPPOLITO D'ASTE, 1/2 - 16121 GENOVA (GE)
Tel. +39 010 2817641 - Fax +39 010 28171791 - info@aiifpuglia.it - www.aiifpuglia.it
Sede e Direzione Generale: "Torrevecchia di Salaparuta" - 0902 511113 - amministrazione@italiana.it

REG. TRIB. GENOVA

AGENZIA GENERALE DI GENOVA
BUZZI S.A.S.
VIA IPPOLITO D'ASTE 1/2
16121 GENOVA
P.IVA 03317980104
ISCRIZIONE RUI N. A000072111
PEC: BUZZISNG@PEC.IT

Genova, 20 Gennaio 2019

Cari amici Soci A.I.F.I. Puglia,

finalmente eccoci nel nuovo anno, dopo che abbiamo felicemente chiuso il 2018 che tante novità ha portato nel Vostro/nostro mondo.

Mi piace ripercorrere con Voi la strada che tutti assieme abbiamo percorso, superando le criticità e le problematiche che abbiamo dovuto affrontare in questi anni di proficua ed intensa collaborazione: siamo partiti nel lontano 2001 con una piccola polizza di Responsabilità Civile professionale grazie alla lungimiranza ed all'impegno del Vostro Direttivo Nazionale, e siamo arrivati a tutelare oggi, la vita professionale di oltre 9.000 fisioterapisti, professionisti della sanità che quanto e più di altri hanno nelle loro mani la salute dei loro pazienti.

In questi anni abbiamo assistito a molteplici cambiamenti nel mondo sanità, ed uno di questi è l'aumento della litigiosità dei pazienti nei confronti dei professionisti della sanità (riguarda tutto il mondo sanitario, medici compresi) con conseguenti richieste di risarcimento danni, spesso per cifre anche importanti. Siamo passati da Balduzzi alla legge Gelli/Bianco, fino ad arrivare alla costituzione del Vostro Ordine.

Abbiamo gestito nel corso degli anni sinistri, nei quali alcuni di Voi sono stati coinvolti, ed abbiamo liquidato alle Vostre controparti un importo che ad oggi supera i 500.000,00 €

Tutto quello che abbiamo realizzato fino ad ora, però è già passato; dobbiamo guardare al domani, e per questo Vi dettaglio quanto sarà operativo per il 2019:

- *La polizza di RC PROFESSIONALE, con due tipologie di massimale:*
 - ✓ *60,00€ per massimale di € 5.000.000,00 per sinistro e per ciascun assicurato,*
 - ✓ *40,00€ per massimale di € 2.000.000,00 per sinistro e per ciascun assicurato*
 - ✓ *20,00 € per massimale di € 5.000.000,00 per sinistro e per ciascun assicurata(estensione.P.O.)*
 - ✓ *10,00 € per massimale di € 5.000.000,00 integrazione 01.01 -> 28.02*
 - ✓ *Adeguata alla legge 24/2017 (GELLI/BIANCO)*
 - ✓ *Non disdettabile assicurato che abbia causato un sinistro*
 - ✓ *Nessuna franchigia per i danni arrecati ai pazienti:*

Oltre a questo avete a disposizione la polizza infortuni Tandem del Fisioterapista, la polizza per lo studio e la polizza per la casa, con scontistica a Voi riservata pari e/o superiore al 40% sul premio praticato da Italiana Assicurazioni

*Per la stipula delle coperture assicurative, abbiamo realizzato i il nuovo portale **MY INSURER**, utilizzabile da pc, tablet o smartphone, portale attraverso il quale con pochi semplici passaggi è possibile acquistare le coperture assicurative scelte.*

*A breve sarà disponibile anche la **APP**, che avrà tutte le funzioni del portale, per una sempre più immediate ed efficiente gestione delle Vostre esigenze e/o richieste*

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. - Sede e Direzione Generale: "Torrevecchia di Salaparuta" - 0902 511113 - amministrazione@italiana.it - www.italiana.it
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. - Sede e Direzione Generale: "Torrevecchia di Salaparuta" - 0902 511113 - amministrazione@italiana.it - www.italiana.it
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. - Sede e Direzione Generale: "Torrevecchia di Salaparuta" - 0902 511113 - amministrazione@italiana.it - www.italiana.it



Abbiamo anche pensato ad una serie di servizi, a costi veramente irrisori, attivabili con pagamento mensile:

- **MY NET SALUTE** al costo di € 4,00 mensili
SMALTO: dentisti convenzionati a tariffe fisse con sconti fino al 70%
DIAGNOSI: strutture sanitarie convenzionate con tempi di accesso rapidi e prezzi convenzionati
PALESTRE: sconti con palestre convenzionate tra cui VIRGIN
H24: consulenza medica telefonica
- **MY NET CASA** . al costo di € 2,00 mensili
Prenotazione riparazione guasti H24 con invio a domicilio artigiani (idraulici, elettricisti etc)
Consulenza legale telefonica

In ultimo, ma non per importanza **CERCO IL MIO FISIOTERAPISTA**, è il nuovo servizio messo a disposizione dei soci A.I.F.I, che vorranno aderire. Il socio tramite **MY INSURER** potrà essere inserito nella piattaforma e tramite geolocalizzazione verrà messo in contatto con i nostri clienti che richiedono una prestazione domiciliare. A prestazione avvenuta, versamento di € 5,00 da effettuarsi a favore del gestore del servizio.

Inoltre la possibilità di aderire a **MR FISIO**, il network del Gruppo Reale Mutua; aderendo si entrerà a far parte del network, avendo la possibilità di ampliare la propria rete di clienti, ai quali contrattualmente dovrà essere riconosciuto uno sconto.

Mi auguro che quanto sviluppato, durante questa nostra lunga galoppata incontrerete il Vostro apprezzamento, certo che non mancherete di rinnovare la Vostra fiducia ad A.I.F.I ed a noi.

Per qualunque esigenza non esitate a contattarci via cavo o via mail, volentieri cercheremo di fornirVi tutta l'assistenza di cui avete necessità.

I miei più cordiali saluti

Italiana Assicurazioni S.p.A.
 Fabrizio BUZZI





COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI PROFESSIONI SANITARIE

*Al Ministro della Salute
On. Giulia Grillo*

*Alla Presidente della XII Commissione
Affari Sociali – Camera dei Deputati
On. Marialucia Lorefice*

Prot.n.185/18CPS/PU

Roma, 27 dicembre 2018

Oggetto: Lettera aperta su art. 283-bis e correlati.

Ministro Grillo, On. Lorefice,

vi scriviamo questa lettera aperta per esporvi le nostre valutazioni sull'approvazione al Senato del comma 283-bis e correlati nella manovra finanziaria che ha determinato una profonda lacerazione tra le forze di Governo e il mondo delle professioni sanitarie. Dopo l'amarezza e la rabbia per non essere stati coinvolti e ascoltati, intendiamo ribadire le nostre proposte per superare questa situazione.

1. L'analisi tecnica del 283-bis e correlati.

Per COME è scritto il 283-bis, **di fatto si EQUIPARA chi non ha titoli (o ha titoli regionali di minori contenuti) a chi ha una laurea**. Anche se nelle vostre intenzioni non era così, lo è di fatto, perché affermare in un testo di legge *"possono continuare a svolgere le attività della professione sanitaria di riferimento"* vuol dire avere riconosciuto una EQUIPARAZIONE SUL CAMPO a chi non ha i titoli per esercitare quella professione. Forse volevate scrivere *"possono continuare a svolgere le attività previste dal rispettivo titolo di studio"*? Avrebbe avuto tutt'altro significato e impatto. Ma le parole, nelle leggi, sono macigni.

Per COME è scritto il 283-bis, non essendo stata prevista una **valutazione del percorso formativo** e una **verifica delle competenze** (come avverrebbe nei percorsi di equivalenza), nemmeno nel 283-ter relativo al Decreto Attuativo, si **consente potenzialmente a TUTTI** di iscriversi agli elenchi speciali, anche a chi non ha titoli e competenze. Basta dimostrare 3 anni di lavoro.

Per COME è scritto il 283-bis, aver inserito *"o autonomi"* **non salva posti di lavoro ma di fatto vuol dire che anche chi ha esercitato abusivamente per 3 anni in libera professione potrà iscriversi ed essere in qualche modo certificato**. Come si potrà certificare il suo esercizio (a questo punto abusivo)? Considerando valide fatture che dichiaravano altro per salvarsi da accuse di abusivismo? Dichiarate di voler salvare "lavoratori che già operano da decenni nelle strutture pubbliche e private": e invece con quel *"o autonomi"* avete aperto a chiunque.

Lettera aperta CONAPS al Ministro Grillo e all'on. Lorefice pag. 1/5



COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI PROFESSIONI SANITARIE

Per COME è scritto il 283-sexies, avendo scritto *“professioni sanitarie”* e non *“operatori di interesse sanitario”* non avete per nulla chiuso la giungla di corsi regionali perchè **enti a scopo di lucro continueranno tranquillamente ad illudere giovani che non superano i test di ingresso alle università, spillando loro migliaia di euro, e a formare figure minori, e si giustificheranno con il comma 2 dell’art. 1 della legge 43/2006, continuando a scippare ambiti di attività ai laureati sanitari, aggirando la programmazione ministeriale del fabbisogno formativo e soprattutto aumentando la confusione dei cittadini nella propria scelta, con il rischio di farli finire in mano a persone non qualificate. Non avete “sistemato quello che non avevano fatto altri governi precedenti”, avete solo ribadito quanto era già presente nella 43/2006 senza aver di fatto aggiunto nulla.**

Per COME è scritto il 283-septies, **siete sicure di aver cancellato definitivamente la figura del massofisioterapista?** E le altre figure che continuano ad essere formate da enti a scopo di lucro con la complicità di alcune Regioni come massaggiatore capo bagnino e terapeuta della riabilitazione dove li mettete? Continueranno ad esistere, per cui tra poco ci sarà bisogno di una nuova “messa a regime” anche di queste figure. Lo chiediamo da anni: serviva un più attento e “chirurgico” intervento per abrogare TUTTE le norme che sostengono ancora in vita, in maniera controversa e confusiva, figure varie formate da alcune Regioni nel mondo in particolare riabilitativo ma non solo.

2. Ma è vero che avrebbero perso il posto di lavoro?

E veniamo all’affermazione che più di ognuna ha pervaso i vostri comunicati in queste ore, secondo cui *“a seguito della legge 3/2018, 20.000 persone avrebbero perso il posto di lavoro”*. Ci permettiamo di dire che ciò è **FALSO!**

Coloro i quali hanno conseguito un diploma rilasciato dopo il ‘99 da un ente autorizzato a livello regionale, con l’avvento degli Albi **avrebbero potuto serenamente continuare a fare le mansioni, limitate, che quel titolo consentiva loro senza doversi iscrivere a nessun Albo.** Ma evidentemente **qualcuno sapeva di compiere quotidianamente abuso di competenze di altre professioni.** Avevano bisogno di uno scudo ed eccolo qui; l’iscrizione negli elenchi speciali. Uno scudo che, per COME è scritto l’art. 283-bis è esteso a tutti i potenziali abusivi, sia chi non ha titoli di studio, sia chi ne ha di minori rispetto a quelli che la legge oggi prevede per esercitare una professione sanitaria e con questa norma si trova di fatto protetto in qualsiasi sua attività.

Coloro i quali hanno conseguito un diploma dopo il 17 marzo 1999, **se sono stati assunti come “operatori di interesse sanitario”, i loro datori di lavoro non avrebbero avuto nessun motivo di licenziarli per la mancata iscrizione all’Albo.** Ma se sono stati assunti “al posto di professionisti sanitari” (quindi con l’obbligo di iscrizione all’Albo) vuol dire che **hanno occupato abusivamente posti di lavoro destinati a professionisti sanitari, senza averne i titoli né le competenze!** E voi li difendete? Cosa direte ai cittadini per tutelare la loro salute, visto che finora non li avete mai citati nei vostri comunicati di difesa del 283-bis?

E poi da dove salta fuori il numero di 20.000? Avete un censimento preciso? O una stima di questi potenziali abusivi?

Lettera aperta CONAPS al Ministro Grillo e all’on. Lorefice pag. 2/5



COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI PROFESSIONI SANITARIE

L'intenzione di salvare posti di lavoro è buona e lodevole. Ma per COME è scritto il 283-bis, non sono stati "salvati i posti di lavoro di operatori già presenti nelle strutture pubbliche e private" ma è stata aperta una autostrada all'abusivismo.

3. Le proposte. Risolviamo insieme i VERI problemi.

Veniamo invece ai problemi VERI che si sono manifestati in questi mesi complessi di iscrizione ai nuovi Albi delle professioni sanitarie:

- persone che hanno i requisiti (es. titoli pre '99) per l'accesso al percorso di equivalenza ai sensi del comma 2, dell'articolo 4, della legge 26 febbraio 1999, n. 42 ma che, per problematiche varie, non vi hanno ancora avuto accesso;
- persone che hanno superato un concorso pubblico in virtù di titoli che, al momento del concorso, erano ritenuti validi per l'accesso a quella professione.

Solo per questi era sensato pensare ad "elenchi speciali" e dare loro un tempo per adeguare le loro competenze. Non per tutti come si evince dal testo del 283-bis.

La riapertura del percorso di equivalenza previsto dalla legge 42/99, come affermiamo da tempo, avrebbe salvato posti di lavoro nei limiti della legalità e invece ora si aprono le porte potenzialmente a tutti, anche a coloro che nulla hanno a che fare con tutto ciò.

Ma se c'era il "bisogno sociale" di mettere a posto questa situazione, perché il Ministero della Salute, a cui spetta la tutela della salute pubblica, non ci ha mai ascoltati, trincerandosi dietro a paventate responsabilità delle Regioni che non avrebbero voluto riaprire i suddetti percorsi per le equivalenze?

Se volete realmente risolvere i VERI problemi generatisi con l'applicazione della legge 3/2018, saremmo ben felici di mettere a disposizione tutto il bagaglio di esperienza che abbiamo maturato in questi 6 mesi di supporto tecnico amministrativo agli Ordini TSRM PSTRP ai sensi dell'art. 5 del DM 13 marzo 2018. **Se avete chiesto a noi, rappresentanti della professione riconosciuti con decreti ministeriali e non ad autoreferenziali portatori di interessi di cui non è certificabile la rappresentatività, forse non saremmo arrivati a questo punto.**

E se i tecnici del Ministero avessero risposto in maniera chiara e non elusiva alle tante richieste che abbiamo inviato loro, non ci sarebbero centinaia di richieste di iscrizione ancora in sospenso.

E rispetto al citato "mettere ordine al caos prodotto da una giungla", come detto sopra **serviva un più attento e "chirurgico" intervento per abrogare TUTTE le norme** che sostengono ancora in vita, in maniera controversa e confusiva, figure varie nel mondo in particolare riabilitativo, ma non solo, come il decreto del Ministero della Pubblica Istruzione 10 febbraio 1974 e l'articolo 5 del decreto legge 30 gennaio 1971, n. 5, convertito dalla legge 30 marzo 1971, n. 118. O come cancellare la frase "compresi in quest'ultima categoria i capi bagnini degli stabilimenti idroterapici e i massaggiatori." all'art. 99 del regio decreto 31 maggio 1928, n. 1334.

E per mettere fine al proliferare incontrollato di figure disperate di "operatori di interesse sanitario" da parte solo di alcune Regioni, mai supportato da reali motivazioni di fabbisogni del territorio. **Basterebbe far applicare quanto già previsto dal comma 7, art.1 della Legge 1-2002 "Il Ministro della salute, sentito il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, individua, con proprio decreto emanato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le figure di operatori professionali dell'area sanitaria, fatte salve le**

Lettera aperta CONAPS al Ministro Grillo e all'on. Lorefcie pag. 3/5



COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI PROFESSIONI SANITARIE

competenze già attribuite alle professioni sanitarie disciplinate dalle leggi 26 febbraio 1999, n. 42, e 10 agosto 2000, n. 251, nonché, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le figure professionali operanti nell'area socio-sanitaria ad alta integrazione sanitaria che possono essere formate attraverso corsi organizzati a cura delle regioni senza nuovi o maggiori oneri per la finanza statale."

4. Abbiamo subito aggressioni mediatiche ma non ci fermiamo. Chiediamo verità e giustizia.

In questi giorni, per il solo fatto di metter in discussione quanto da voi dichiarato, **siamo stati vittime di ondate di insulti volgari e offese** da parte di associazioni o presunte federazioni - senza alcuna rappresentatività certificata come dimostrato sopra- che hanno fatto della tutela di potenziali abusivi la loro bandiera e che si sono erti a vostri principali interlocutori.

Ma siamo i rappresentanti istituzionali di oltre **180.000 professionisti sanitari** che ogni giorno incontrano **milioni di pazienti**.

Non vorremmo essere costretti a dover dire loro quanto questo Governo abbia insultato il loro diritto per una salute migliore, il nostro lavoro quotidiano e la nostra professionalità con il 283-bis e quanto il Governo stia mentendo con la storia dei posti di lavoro salvati solo per coprire quella che potrebbe essere la più grande sanatoria di abusivi (a costo zero per loro peraltro) della storia.

5. Una sola richiesta. Modificare l'art. 283-bis e correlati. Presto. E bene.

Gent.mo Ministro Grillo, on. Lorefice,

- vi abbiamo dimostrato che il 283-bis è scritto male e apre voragini che non potranno essere colmate con il Decreto Attuativo;
- vi abbiamo dimostrato che siete state ingannate da chi vi ha fatto credere che avrebbe perso il posto di lavoro a causa della legge 3/2018;
- vi abbiamo proposto quali sono le vere situazioni che sarebbe necessario sistemare "chirurgicamente" e con quali percorsi già previsti da anni dalle vigenti normative, senza aprire autostrade a sanatorie di abusivi.

per questo

CHIEDIAMO

- una vostra dichiarazione pubblica di impegno a modificare quanto prima il 283-bis e correlati nel prossimo provvedimento legislativo che avrà un iter parlamentare, ad esempio nel decreto mille proroghe. E vorremmo un primo segno tangibile di questo vostro eventuale impegno: **un Ordine del Giorno nella discussione alla Camera sulla manovra finanziaria**, approvato dalle forze di maggioranza che impegni il Governo a perseguire quanto sopra;
- un **coinvolgimento pieno e leale di interlocutori istituzionali**, come l'Ordine TSRM e le Associazioni Maggiormente Rappresentative delle professioni sanitarie, per la riscrittura del 283-bis e correlati da inserire nel prossimo provvedimento legislativo che vedrà la luce.

Lettera aperta CONAPS al Ministro Grillo e all'on. Lorefice pag. 4/5



COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI PROFESSIONI SANITARIE

Contiamo sulla vostra onestà intellettuale e disponibilità al confronto.
Attendiamo una risposta concreta entro la approvazione della manovra finanziaria alla Camera.

Cordiali saluti.

Il CONAPS, costituito da:

**AIDI – AIFI – AIOrAO – AIP – AITA – AITeP – AITN – AITNE – AITO – AITeRP – AMPI
ANAP – ANDID – ANEP – AITEFEP – ANTEL – ASSIA TEL – AITIC – ANTOI – ANUPI – AsNAS
FIOTO – FITeLaB – FLI – UNID – UNPISI**

Lettera aperta CONAPS al Ministro Grillo e all'on. Lorefice pag. 5/5



3rd GISPT INTERNATIONAL



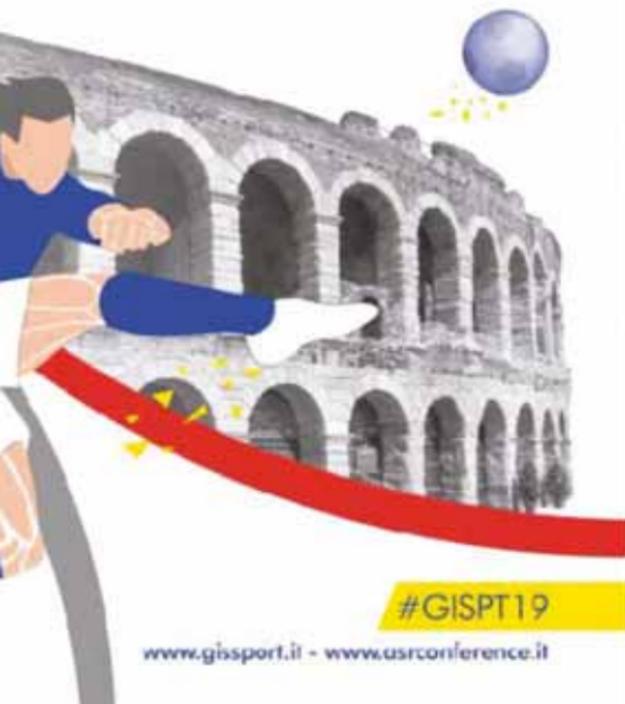
VERONA
8 - 9 JUNE
2019

Gran Guardia Palace

ADVANCES IN SPORT REHABILITATION
FOOTBALL SYMPOSIUM

GIS SPORT E "MEZZOGIORNO"
*un progetto nato
sulle coste pugliesi*

CONFERENCE



A distanza di pochi mesi, dal luglio dell'estate 2018 al 23 marzo 2019, tornerò in Puglia, una regione che per merito di amici, mare e ricordi vedo come una seconda casa.

Mai avrei pensato di

tornarci nelle veci di Presidente del GIS Sport, ruolo che ricopro da quattro mesi. Sarò nella vostra splendida regione ad affiancare un collega e amico, Enrico De Donno, socio GIS Sport, nella giornata organizzata da AIFI Puglia e GIS Fisioterapia Pediatrica, per la quale ringrazio dell'invito la collega Antonella



Dott. Ft. Andrea Piazza
Presidente GISSport
GISPT AIFI



D'Aversa, dal titolo "La schiena va a scuola", dove porteremo le indicazioni, per integrare con l'attività sportiva, il percorso di crescita di un paziente con scoliosi.

Sport non è solo Calcio, sport non è solo professionismo, ma dove c'è Sport il mio GIS dovrà esserci. E queste collaborazioni nate con altri GIS AIFI possono certificare come non sia possibile arrestare il processo di crescita professionale del fisioterapista. Dal 20 ottobre 2018 questa è e sarà la mia mission, condivisa dal mio gruppo dirigenziale affiatato e operativo più che mai. Crescita.

Siamo solo a inizio febbraio e i colleghi che si sono iscritti al GIS Sport sono più del triplo delle cifre dello scorso anno nello stesso periodo. Parliamo di quasi 200 colleghi ad oggi, che tramite il nostro sito e il canale AIFI Nazionale, dal quale ci si può iscrivere al GIS Sport da quest'anno, hanno formulato richiesta di iscrizione. Tanto Orgoglio ma Grosse Responsabilità. Le nostre Responsabilità nei confronti dei colleghi iscritti, Fisioterapisti che abbiano un percorso post-laurea di specializzazione in Fisioterapia Sportiva oppure almeno due anni di esperienza clinico-sportiva sul campo, sono proporre formazione, congressi ed eventi ai quali

partecipare per innalzare sempre più il livello professionale ed esperienziale del Fisioterapista che lavora nello Sport.

Nel 2018 grazie alla nostra Academy itinerante, e alla collaborazione della stessa con le AIFI Regionali e gli Atenei, abbiamo formato più di 250 colleghi su tematiche importanti come il Groin Pain, le lesioni muscolari e del legamento crociato anteriore oltre che giocate sul taping funzionale.

Gli eventi sul campo proposti hanno permesso a colleghi di tutt'Italia di trattare i campioni del Rugby (All Blacks, England, Sud Africa, Australia) e di partecipare alle tappe della Bibione Beach Volley Marathon inoltre, spostandoci sugli sport di endurance, abbiamo dato la possibilità di seguire gli atleti del Walser Trail di Gressoney. Da quest'anno, proprio a febbraio, inizieremo a collaborare e a fare esperienza anche negli sport invernali, seguendo una tappa appenninica dei Campionati Italiani Giovanili di Sci Alpino in Liguria. Questo sarà il primo "evento sul campo" di un 2019 che si prospetta con molta carne al fuoco per noi.

Grosse Responsabilità, tante soddisfazioni. Si rinnova la partnership col Rugby e col Beach Volley, stiamo facendo uscire le novità della nostra corsistia



specifici in ambito sportivo che, prima volta assoluta, scenderà al Sud in Campania e proprio in Puglia entro il 2020, e questo fa proprio parte di un "progetto mezzogiorno" che il mio mandato vuole cavalcare e mettere in opera. Finora



infatti il GIS Sport non era mai sceso sotto Roma, con l'edizione del 2017 di ASRConference, come corsista e come eventi sul campo. Come riusciremo nell'intento?

Con l'aiuto di colleghi nostri

iscritti vogliamo infatti "invadere" le regioni del mezzogiorno portando la nostra qualità e professionalità al servizio dei colleghi che finora non siamo riusciti a raggiungere. E già questo articolo, e la mia presenza a marzo, ne

saranno prova tangibile. La ricerca di eventi sportivi di livello nazionale ed internazionale e lo svolgimento di Corsi di Formazione in sedi del mezzogiorno, dovranno essere fonte di sviluppo per la cultura sportiva fisioterapica di queste zone.



Gli eventi sul campo proposti hanno permesso a colleghi di tutt'Italia di trattare i campioni del Rugby (All Blacks, England, Sud Africa, Australia) e di partecipare alle tappe della Bibione Beach Volley Marathon.



Parlando e confrontandomi con i colleghi, percepisco sete di crescita, voglia di sviluppare cultura e conoscenza. Questo mi piace e stimola me e il GIS Sport, a lavorare in questa direzione. Questi colleghi se lo meritano e anche in relazione al periodo storico che viviamo, chi fa ricerca e promozione di "buone pratiche" in ambito lavorativo deve essere da traino per la fisioterapia. Inoltre, proprio parlando di crescita professionale, mi è caro annunciare che da quest'anno ci sarà in Italia la prima certificazione ufficiale di un collega, alla quale ne seguiranno altre, che avendo presentato il suo portfolio di competenze in ambito sportivo alla commissione valutatrice, riceverà il titolo di "ITA SPT".

Questo riconoscimento, valido a livello internazio-

nale, permetterà al GIS Sport di poter annoverare una lista sempre maggiore di colleghi certificati, che all'estero già fanno parte degli Staff delle Nazionali Olimpiche. Un grande passo per la Fisioterapia Sportiva Italiana proprio adesso che la nostra figura professionale vive un periodo politico particolarmente duro da vivere...e digerire.

Quindi nel 2019 il GIS Sport volerà alto. Il 9 giugno, infine, ci sarà la terza edizione di ASRConference, il nostro evento congressuale internazionale che questa volta si terrà a Verona, nella splendida cornice del Gran Guardia Palace. Kristian Thorborg ne sarà il "Conference President" e altri colleghi, mostri sacri della Fisioterapia Sportiva internazionale, saranno presenti a relazionare: Nicola

Phillips, Alii Gokeler, Clare Ardern e Carl Askling per nominarne alcuni stranieri. Saranno presenti anche molti italiani come Faculty, impegnati nel Calcio professionistico, oltre che la partnership importante del Chievo Verona. Le tematiche della Conference? Groin Pain, Hamstring e ACL lesions.

Dire che ci aspettiamo una platea numerosa da tutta Italia è limitante, noi ci aspettiamo di offrire un prodotto che porti soddisfazione tra i partecipanti alla Conference e stimoli quello che dev'essere il processo di continua evoluzione della nostra figura professionale. Noi dobbiamo essere dei leaders nello Staff di una società sportiva e gli atleti in primis devono stimare e riconoscere la qualità e i risultati del nostro lavoro. Questi obiettivi si ottengono solo con la continuità di evoluzione e con la crescita della ricerca scientifica. Il GIS Sport sta andando in questa direzione e il seguito di colleghi è sempre maggiore.

Gli sforzi pagano e la passione non pesa. E quando, come a marzo, la passione lavorativa spingerà il sottoscritto a prendere un aereo per spostarsi in posti accoglienti e splendidi...ben venga il GIS Sport e ben venga il ruolo che da Presidente mi sono accollato.



IL CONTRIBUTO DEL FISIOTERAPISTA ALLA PREVENZIONE SECONDARIA IN ETA' PEDIATRICA

Convegno Nazionale
GIS Fisioterapia Pediatrica 2019

L'uomo saggio previene
Friederich Schiller



**Dott. Ft.
D'Aversa
Antonella**
PT BSc
Pediatric Physical Therapist
Direttivo Nazionale
GIS Fisioterapia Pediatrica

IL 19 gennaio, si è svolto, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, il Convegno Nazionale del Gruppo d'Interesse Specialistico (GIS) in Fisioterapia Pediatrica dal titolo "Il contributo del fisioterapista alla prevenzione secondaria in età pediatrica".

Il Congresso svoltosi, come cornice del Seminario inaugurale del Master in Fisioterapia Pediatrica dell'Università degli Studi di Firenze, ha trattato in continuità con il Convegno Nazionale del 2017, nel quale era stato affrontato il tema della prevenzione primaria e della promozione di salute, il ruolo del fisioterapista in

Il concetto cardine della prevenzione secondaria è quello dello screening ovvero tutto l'insieme delle indagini diagnostiche utilizzate per identificare una patologia in una popolazione con un rischio medio di malattia che si reputa sufficientemente elevato e tale da giustificare la spesa e lo sforzo organizzativo.



tutti gli ambiti della prevenzione e della promozione di salute, così come riportato nel profilo professionale (1) e nel core competence del fisioterapista nell'area pediatrica (2).

Dopo l'apertura del Congresso da parte delle Dott.sse Loretta Carturan e Silvia Paoli, rispettivamente Presidente Nazionale del GIS Fisioterapia Pediatrica e Coordinatore Didattico

del Master in Fisioterapia Pediatrica dell'Università degli Studi di Firenze, sono stati successivamente, portati i saluti e i contributi della SIF e di AIFI Nazionale dai Dott. Matteo Paci e Simone Cecchetto.

La sessione mattutina, moderata dalle colleghe Silvia Paoli e Cristina Grieco, si è aperta con una relazione del vicepresidente Aifi Nazionale Simone Cecchetto

che ha avviato i lavori con un'introduzione per nulla scontata sulla definizione di Fisioterapia, a partire dal Profilo Professionale del 1994 e dalla Legge 251/2000, e sull'importante ruolo che i Fisioterapisti ricoprono nell'ambito della prevenzione primaria, secondaria e terziaria oltre che nella promozione di salute, così come previsto dall'art.1 comma 2 della Legge

42/1999. Perché il fisioterapista deve occuparsi anche di prevenzione, lo dice la legge e lo sostiene fortemente la letteratura. Il concetto cardine della prevenzione secondaria è quello dello screening ovvero tutto l'insieme delle indagini diagnostiche utilizzate per identificare una patologia in una popolazione con un rischio medio di malattia che si reputa sufficientemente elevato e tale da giustificare la spesa e lo sforzo organizzativo.

Le indagini vanno eseguite a tappeto su tutta la popolazione in oggetto che, in quel momento, non ha sintomi e segni clinici di malattia, con lo scopo di identificare l'impatto della stessa.

Estremamente interessante il quesito delle "prospettive future" dato che, pur essendo già presente una parte consistente relativa alla prevenzione all'interno del core curriculum del fisioterapista e del fisioterapista dell'area pediatrica, vanno, senza dubbio, migliorati i concetti cardine, nella formazione di base, favorendo l'acquisizione di competenze generali nel campo della prevenzione (e di qui emerge, ancora una volta, la necessità di dilatare il percorso formativo di primo livello) ma anche nella formazione post-base sia magistrale che specialistica.

Gli interventi subito successivi sono stati quelli di

tre studentesse del Master in Fisioterapia Pediatrica dell'A.A. 2016 - 2018: la Dott.ssa Paola Carrozza ha introdotto il concetto di prevenzione secondaria (3), ruolo del fisioterapista nei programmi di screening e Red Flag riportando le esperienze nazionali e internazionali, mentre la Dott.ssa Elena Biagini ha trattato la tematica dei percorsi di prevenzione secondaria presentando i programmi di screening neonatali e infantili adottati sia in Italia che all'Estero; infine, la Dott.ssa Celeste Reggio, partendo dalla discussione di una strategia metodologica utilizzata in uno studio della Dott.ssa Nuijsink (il metodo Delphi), ha presentato la List of Pediatric Assessment





Tools Categorized by ICF Model (4) oltre che ulteriori esempi di strumenti di screening sia in lingua originale che tradotti, utili alla pratica quotidiana del fisioterapista.

La conclusione, poi confermata dalla discussione in piccoli gruppi, è stata un'amara constatazione: in Italia, il ruolo del fisioterapista nell'ambito della prevenzione secondaria è poco valorizzato e le stesse Red Flag, strumento prezioso per la diagnosi differenziale funzionale dell'adulto, necessitano di ulteriori studi e approfondimenti in riferimento all'età pediatrica.

Tanto attesa e particolarmente illuminante è stata la lectio magistralis del

Dott. Andrea Guzzetta sul disturbo neuromotorio da danno perinatale. Già nella prima parte, il concetto di young brain e neuroplasticità hanno reso l'intervento quanto mai attuale, anche agli occhi di chi ormai da anni si occupa di riabilitazione infantile.

Nell'ottica di un cervello young, la neuroplasticità assume una valenza ancora più importante diventando una favolosa opportunità.

Ma, come un bambino che si appresta ad andare sulla bicicletta senza rotelle necessita di una guida e non di un adulto che lo tiri e lo spinga per imparare a guidarla, così noi riabilitatori dobbiamo essere guida. E l'ambiente di cui facciamo parte, sia direttamente che

indirettamente, può indirizzare la neuroplasticità verso una plasticità adattiva.

Diventa fondamentale, quindi, osservare e conoscere, discernere il fisiologico dal potenzialmente patologico, guardare la motricità spontanea di un neonato con l'occhio critico di chi sa che il 98% dei bambini no-fidgety va incontro a paralisi cerebrale infantile. Per cui, pur non potendo anticipare i tempi della diagnosi, diventa necessario, oltre che eticamente corretto, in primis nei confronti dei genitori, parlare di "altissimo rischio". (5) Questo consente di modificare in tempi estremamente precoci l'ambiente e il sistema famiglia in un'ottica dinamica di mirroring e motor learning,

senza tralasciare l'aspetto importantissimo dell'inter-soggettività, per cui non è lo strumento che subisce delle modifiche ma l'obiettivo stesso.

A seguire le relazioni delle colleghe Dott.sse Claudia Artese e Marta Cazzani sul ruolo del fisioterapista all'interno di quello che viene considerato uno degli ambiti di screening per eccellenza del fisioterapista: il follow-up della Terapia Intensiva Neonatale. Purtroppo, anche in questo caso, sono emersi dei dati estremamente eterogenei e poco confortanti riguardanti le differenze interregionali.

La tematica è stata poi portata avanti anche nella discussione in plenaria che ha visto partecipare tutti i relatori e i moderatori

della mattinata. Un altro degli ostacoli, così come ha sottolineato il Dott. Guzzetta, è rappresentato senza dubbio da un Sistema Sanitario Nazionale che dovrebbe rivedere Standard di Cura e Livelli Essenziali di Assistenza avendo, ad oggi, un modello organizzativo completamente inadeguato rispetto alle nuove sfide alle quali siamo chiamati a rispondere (lavoro d'equipe, trattamento indiretto, sostegno alla genitorialità, maggiore collaborazione tra sistema sanitario e sistema sociale...). La risposta è arrivata dal Dott. Cecchetto che ha sottolineato come una possibile soluzione sia proprio rappresentata dalla produzione di Linee Guida, così come previsto dalla Legge Gelli-Bianco, futuri indicatori per l'Istituto Superiore

di Sanità nella riorganizzazione dei servizi.

La sessione pomeridiana ha visto come moderatore la nostra presidentessa Dott.ssa Carturan che ha dato apertura ai lavori con l'intervento del collega Esperto di Disturbi dello Spettro Autistico, il Dott. Giulio Valagussa. Particolarmente interessante e, nuovo è il ruolo che il fisioterapista potrebbe ricoprire nel riconoscimento precoce di un potenziale disturbo dello spettro autistico, essendo questi bambini spesso seguiti per altri disturbi di tipo neuromotorio (5), e, di conseguenza, nella segnalazione agli specialisti competenti, promuovendo una visione d'equipe e all'avanguardia. Modalità di intervento alquanto simili sono state presentate





dalla Dott.ssa Maura Ricci che ha affrontato la tematica dei Pediatric Feeding Disorders. (6) Anche in questo caso il ruolo che il fisioterapista ricopre all'interno dell'equipe multidisciplinare con professionisti apparentemente molto distanti tra loro (il gastroenterologo ad esempio) diventa assai importante in un'ottica estremamente moderna.

Gli interventi in plenaria sono stati intervallati da due reflective practice, momenti di condivisione importanti oltre che di valorizzazione delle iniziative atte alla promozione degli interventi di prevenzione secondaria su tutto il territorio nazionale. Anche in queste circostanze sono emerse le difficoltà che i fisioterapisti ogni giorno incontrano, all'interno dei servizi sia pubblici che privati, di farsi riconoscere in un contesto fatto anche di prevenzione primaria e secondaria, e non solo di prevenzione terziaria e riabilitazione.

Le esigenze sono diverse e i tempi ridotti a causa di una serie di tagli che di anno in anno sono stati messi in atto su tutto il territorio nazionale con una divergenza notevole tra nord e sud. Gli interventi che più frequentemente vengono messi in atto sono gli screening per le deformità del rachide in ambito



muscolo-scheletrico e gli screening per l'autismo e i ritardi dello sviluppo neuromotorio in ambito neurologico. L'ambito cardio-respiratorio, invece, rappresenta una criticità importante se si considera che viene sempre più frequentemente delegato ai fisioterapisti che si occupano di fisioterapia respiratoria nell'adulto.

Per concludere, riprendendo le parole della Dott.ssa Silvia Paoli, la prevenzione per il fisioterapista rappresenta una sfida e richiede competenze nuove, approfondite, aggiornate; il percorso da affrontare è lungo e necessita di molta

teoria e altrettanta pratica. Ognuno di noi deve modulare il proprio sapere e assumersi le responsabilità sulla base di questo: solo così si potrà indurre il legislatore a cambiare.

Ancora una volta emerge, quindi, la necessità di andare oltre, di guardare il bambino e la sua famiglia in una visione a 360 gradi, di continuare a formarsi e ad accrescere le proprie competenze, per osservare con attenzione, per non lasciare nulla al caso, per rapportarsi con i colleghi e con gli altri esperti del bambino in un confronto alla pari che ha come obiettivo generale il benessere del bambino



stesso e della sua famiglia. E ancora una volta emerge la necessità di dotarsi di strumenti di relazione, affinché, accanto a quel sapere, saper fare e saper essere, possa inserirsi anche un saper comunicare, con l'equipe, con la famiglia, con i bambini.

1) Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 741

2) Davidson A, Coliva M et al. Core competence del fisioterapista dell'area pediatrica: proposta per il contesto italiano. *Scienza Riabilitativa* 2017, Vol. 19 Issue 2

3) Wilson JMG, Junger G. Principle and practice of Screening for disease. World Health Organization, 1968.

4) <http://pediatricapta.org/>

5) Novak I et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy. *JAMA Pediatr* 2017, 171(9): 897-907

6) Bhat AN et al. Infant Behavior and Development. 2012 Dec, Vol. 35 Issue 4: 838-846

7) Goday PS et al. Pediatric Feeding Disorders: consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019, Jan 68(1): 124-129



MEDICALTOOLS
Tecnologia per il benessere



IL MIGLIOR PARTNER
per i professionisti del benessere.

medicaltools.it
Via Orfeo Mazzitelli 47, 70124 Bari
E. info@medicaltools.it - T. +39 080 534 1358
seguidi su 





LE CEFALEE IN FISIOTERAPIA MUSCOLOSCELETRICA:

GESTIRE I SINTOMI DOLOROSI
PER RIDURRE L'IMPATTO ECONOMICO
DOVUTO ALLE ASSENZE LAVORATIVE

www.aifipuglia.it



DEFINIZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

La Tension-type headache (TTH) è la cefalea primaria più diffusa tra la popolazione generale, sebbene non sia la più studiata in letteratura. La sua prevalenza a un anno è stimata al 42% con un range che va dal 35% al 78% in Europa, 20-40% in Nord America e 10.8-33.3% in Asia (1-6).

La Global Burden of Disease Survey (GBDS) (2010) ha classificato la TTH come seconda patologia più prevalente al mondo, seguita dall'emicrania. Sebbene sia meno disabilitante rispetto all'emicrania, la TTH può avere un impatto significativo sulla qualità della vita di una persona, specialmente a livello lavorativo (media di 2.3 Deviazione standard - DS 5.7) giorni di lavoro persi ogni 3 mesi (2, 7), sulla salute pubblica e sui costi socio-economici (8,9).

Secondo l'International

Classification of Headache Disorders-3^B (9-11), la TTH tipicamente si presenta con un dolore bilaterale, opprimente/costringente e non pulsante, di intensità media (Visual Analogue Scale 4-7/10), con durata variabile da 30 minuti a 7 giorni, non aggravato dall'attività fisica (5).

La palpazione della muscolatura cranio-cervicale può esacerbare il sintomo doloroso. La TTH può essere classificata come:

- episodica sporadica durata inferiore ad un giorno al mese massimo 10 attacchi l'anno;
- episodica frequente da 1 a 14 attacchi al mese;
- cronica più di 15 attacchi al mese (2-3% delle TTH) (2,4,12-14).

Storicamente, nel sistema di classificazione, le cefalee primarie quali emicrania e TTH sono state concettualizzate come due disordini distinti con sintomi, profili, fisiologia e trattamenti diversi. Tuttavia esiste un'altra teoria che mette in relazione le due cefalee, considerandole come una la prosecuzione dell'altra: il "continuum severity model". L'analisi tassometrica stratificata¹ dimostra che il "continuum

¹ Quest'analisi serve per studiare la distribuzione di un carattere dipendente nelle sottopopolazioni indotte dalle modalità di una seconda variabile (variabile esplicativa).



Dott.ssa Ft. Fabiola Garzonio
Fisioterapista, Orthopaedic Manipulative Physical Therapist, Libero Professionista, Collaboratore Direttivo GTM



Dott. Ft. Firas Mourad
Fisioterapista, Dottore di Ricerca, Orthopaedic Manipulative Physical Therapist, Libero Professionista, Vice Presidente Nazionale GTM



Dott. Ft. Fabio Cataldi
Fisioterapista, Orthopaedic Manipulative Physical Therapist, Libero Professionista, Tesoriere Nazionale GTM



Dott. Ft. Filippo Maselli
Fisioterapista, Dottorando di Ricerca, Orthopaedic Manipulative Physical Therapist, Presidente Nazionale GTM





severity model" è probabilmente più valido per i giovani adulti (< 24 anni) con cefalea frequente o cronica, mentre la storica distribuzione bimodale delle cefalee primarie è più valida per gli adulti (> 24 anni) con frequenza minore (<15 giorni al mese) (12,15).

L'età media di insorgenza della TTH è 29.7 anni (DS 16.3 anni) e raggiunge il picco di prevalenza nei soggetti di 40 anni, con omogenea distribuzione di genere (rapporto uomini:-donne 4:5) (2,4,12-14).

Tra i fattori di rischio si citano ipertensione arteriosa, obesità, storia di trauma cranico, storia familiare TTH, consumo di alcolici (Odds Ratio² - OR 3.0; 95% Intervallo di confidenza³ - CI 1.93-4.66), essere studenti (OR 3.6; 95% CI 2.7-4.8) o lavoratori sedentari (OR 2.1; 95% CI 1.2-3.7) (16). Anche lo stress psicologico potrebbe favorire l'insorgenza della TTH (OR 95% IC = 1.32 (DS 1.07, 1.64) su scala 1-10) (17,18).

La depressione e l'ansia sono più presenti nella TTH cronica rispetto alla forma episodica (64% vs. 41%, $p < 0.0001$) e contribuiscono ad esacerbare i sintomi (Visual Analogue Scale VAS 5/10 con TTH 4/10

² L'Odds Ratio (OR) è la misura dell'associazione tra due fattori, ad esempio tra un fattore di rischio e una malattia. Il calcolo dell'OR si ottiene confrontando le frequenze di comparsa dell'evento (ad esempio una malattia) rispettivamente nei soggetti esposti e in quelli non esposti al fattore di rischio studiato.

³ In statistica, quando si stima un parametro, individuare un singolo valore spesso è insufficiente. Bisogna accompagnare la stima di un parametro con un intervallo di valori plausibili per quel parametro, ovvero l'intervallo di confidenza (o intervallo di fiducia). I valori estremi dell'intervallo di confidenza si chiamano limiti di confidenza.



senza $p = 0.010$, Headache Impact Test-6 HIT-6 45.5 vs. 42.0, $p < 0.001$) (6,13,19); anche la qualità del sonno incide sulla frequenza della TTH (20). In più, nei periodi di crisi economica la frequenza delle cefalee aumenta: c'è correlazione tra disoccupazione e TTH in quanto la disoccupazione è collegata all'ansia (21).

Dal punto di vista occupazionale, l'esposizione ai rumori sul posto di lavoro contribuisce allo sviluppo della TTH (22). Anche la sfera sessuale può essere coinvolta: i punteggi alla Female Sexual Function Index (FSFI) sono più bassi in modo statisticamente significativo nel gruppo TTH rispetto ai sani ($X^2 = 29.13$ $P < 0.001$). Inoltre, più è ridotto il livello di istruzione più è alto il rischio di avere disfun-

zioni sessuali (23,24). Si noti che i soggetti con TTH di età compresa tra i 45-65 anni mostrano un maggiore rischio di sviluppare stroke ischemico (Hazard Ratio = 1.50; 95% CI: 1.11-2.10, $p < 0.05$) o demenza (Hazard Ratio, 1.21; 95% CI: 1.09-1.34) rispetto ai sani (25,26).

Pertanto, è importante comprendere l'influenza di questi fattori sulla patologia al fine di impostare un programma riabilitativo adeguato. Nonostante la TTH abbia un'elevata prevalenza e un forte impatto nella vita personale, solo 1/3 dei soggetti si rivolge ad un clinico specializzato. Emergono che in generale i pazienti sottovalutano il problema perché non ritenuto "letale" (45.9% dei soggetti), perché non ottengono dallo speciali-

sta un aiuto adeguato (10.3% dei casi), perché trascurano le visite necessarie (8.9% dei casi) oppure perché non hanno ricevuto indicazioni al trattamento (0.7% dei casi) (12,27,28).

La TTH è spesso associata a disabilità e ad importanti costi socio-economici. Per quantificarli, è stato condotto l'Eurolight Project a livello di 9 stati europei. Iniziato nel 2007 come attività partnership all'interno della Global Campaign Against Headache, è un progetto di raccolta dati intrapreso per fornire una stima delle risorse economiche investite in Europa per le cefalee (Austria, Francia, Germania, Italia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, UK e Spagna), dell'impatto personale e delle ripercussioni sulla salute pubblica (1,2,29). Tramite l'Eurolight Project, si stima che i costi diretti (8%) e indiretti (92%) della TTH siano in media di 303 € a persona (95% IC 230-376), per un costo annuo totale di 21bilioni di euro (1).

Interessante notare come i costi indiretti siano più attribuibili alla ridotta produttività (€173) piuttosto che all'assenza dal lavoro (€105). In altre parole, i costi economici del presentismo sono superiori ai costi economici dell'assenteismo (30). Per presentismo si intende essere presenti sul posto di lavoro in condizioni psico-fisiche scadenti eseguendo le proprie performance lavorative al di

sotto della norma (31,32). Il presentismo è un problema più complesso dell'assenza per malattia, in quanto compromette maggiormente la produttività del lavoratore e coesiste con altri fattori indici di insicurezza lavorativa: distribuzione del lavoro, carichi di lavoro pesanti, impiego precario associato ad elevato stress, sbilanciato rapporto tra efficienza e contesto lavorativo, insoddisfazione, demotivazione e rinuncia alle cure appropriate perché richiedono di assentarsi dal lavoro (31,33,34).

Il dolore da TTH inficia la produttività lavorativa anche di 2/3, riduce l'abilità a mantenere la concentrazione, la performance lavorativa, aumenta lo stress e riduce la qualità della vita della persona. Considerando il contesto socio-culturale in cui viviamo, questo calo di produttività alimenta meccanismi negativi come la paura di perdere il lavoro e innesca un circolo vizioso in cui il lavoratore malato continua ad essere presente sul posto di lavoro con conseguente ulteriore calo della produttività e aumento dello stress (35). Più è frequente il presentismo, più si riduce la qualità della vita del lavoratore e più è difficile per i trattamenti essere efficaci ($r = -14$, $p < 0.05$. 48% della varianza della soddisfazione lavorativa) (36,37).

Attualmente, non esiste un gold standard per misurare il presentismo, ma negli

studi sono proposte diverse scale: Work Ability Score con punteggio da 0 a 10 e i soggetti che risentono di più del presentismo sono quelli con punteggio 7 o 8/10 a cui corrisponde un calo delle prestazioni lavorative di almeno il 5%; Productivity Loss Scale; Work Limitations Questionnaire (WLQ); Health and Work Performance Questionnaire (HPQ); Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI); Health and Labour Questionnaire (HLQ); Health and Work Questionnaire (HWQ) o misure indirette tipo la Headache-Attributed Lost Time (HALT-30) (38).

PATOFISIOLOGIA

La patogenesi esatta della TTH è tuttora oggetto di studio, in quanto sia i meccanismi periferici sia i meccanismi centrali contribuiscono al suo sviluppo.

La TTH si associa a meccanismi periferici come la contrattura e la dolenzia della muscolatura cervicale, suboccipitale e pericranica (35). I tessuti miofasciali pericranici possono essere più dolenti nei pazienti con TTH rispetto ai sani, situazione correlata all'intensità e alla frequenza della TTH che si mantiene sia nei giorni senza TTH sia durante gli attacchi (39).

A livello periferico, la pressure pain threshold (PPT) della muscolatura temporale, frontale e dei massete-



ri risulta ridotta nei pazienti con TTH rispetto ai sani (40). La PPT è significativamente ridotta bilateralmente anche nelle regioni trigeminale (range differenze medie 97.5 - 101.5 kPa), extra-trigeminale (94.3 - 114.5 kPa) ($P > .597$) e in regioni distanti (il metacarpale e tibiale anteriore) (99.4 - 208.6 kPa) sia nella TTH episodica sia in quella cronica rispetto al gruppo di controllo ($P < .001$). Questa iperalgesia diffusa dimostra che in entrambe le forme di TTH sono coinvolti i meccanismi di sensibilizzazione locali e centrali (41,42,43).

I sintomi nocicettivi a livello muscolare (indolenzimento locale e dolore riferito) possono essere correlati ad alcune sostanze che eccitano i nocicettori: sostanza P, bradichinina, glutammato, serotonina, istamina e prostaglandine. I recettori ipersensibili sono in relazione ad allodinia e alla ridotta PPT. I muscoli più colpiti sono il

trapezio superiore, i suboccipitali, lo sternocleidomastoideo, la muscolatura temporale e i muscoli extra-oculari. L'attivazione dei nocicettori presenti nel tessuto connettivo muscolare associata ad episodi ripetitivi di dolore contribuisce ad alimentare i meccanismi di sensibilizzazione centrale favorendo il passaggio dalla TTH episodica a cronica (39,44).

Per quanto concerne il ruolo della muscolatura cervicale nel collegare i meccanismi periferici e quelli centrali, si consideri il controllo motorio: gli input afferenti provenienti dai fusi muscolari, dai meccanocettori, dalla cute e dai recettori articolari sono integrati alle informazioni vestibolari e visive per formare e calibrare una "cornice" centrale di riferimento del movimento. In presenza di dolore, si ipotizza che i pazienti sviluppino degli adattamenti motori alterati per alleviare il sintomo.

Tuttavia, se questi adattamenti persistono, alimentano il quadro algico anziché alleviarlo. In questo caso, il joint position error dei pazienti con TTH potrebbe evidenziare delle alterazioni del controllo motorio dei muscoli cervicali: esiste una correlazione positiva tra errore costante, frequenza della TTH ($r = 0.38$, $p = 0.03$), il punteggio del Neck Disability Index ($r = 0.42$, $p = 0.01$) e l' Headache Impact Test-6 HIT-6 scores ($r = 0.34$, $p = 0.048$) ed una correlazione positiva tra errore assoluto e la frequenza della TTH ($r = 0.40$, $p = 0.02$), il punteggio NDI ($r = 0.45$, $p = 0.009$) e il punteggio HIT-6 ($r = 0.40$, $p = 0.048$) (3).

Oltre a questi fattori che contribuiscono alla transizione da TTH episodica a cronica, è stato individuato un sottogruppo di pazienti più a rischio di cronicizzazione che presenta queste caratteristiche: iperalgesia diffusa (mm temporale, C5-C6, 2 metacar-

po, tibiale anteriore), ansia, minor frequenza (3.7 giorni/mese) e minor qualità della vita (Headache disability Inventory HDI fisica 24.9/48; HDI emozionale 19.7/52) (43).

Per quanto concerne il sistema nervoso centrale, gli stimoli dolorosi della TTH inducono degli adattamenti funzionali a livello cerebrale: si riportano transitori cambiamenti nella densità di materia grigia nella corteccia somatosensoriale, cingolata anteriore, insula anteriore e nei nuclei trigeminali durante un attacco (45-47). Inoltre, rispetto ai soggetti sani, i pazienti con TTH mostrano ridotti valori all'analisi di omogeneità regionale (ReHo), quindi una ridotta sincronizzazione dell'attività neurale in diverse aree coinvolte nell'integrazione e nell'elaborazione del dolore: nucleo caudato bilaterale, precuneo, putamen, giro frontale sinistro-intermedio e frontale-superiore (48).

TRATTAMENTI

Neuroimaging, radiografie, elettroencefalogramma non è necessario siano tassativamente inclusi nella routinaria valutazione della TTH. Invece è sempre importante approfondire la storia clinica del paziente, l'esame fisico e quello neurologico (49).

La Terapia Manuale risulta essere un trattamento efficace, non invasivo e contribuisce al

ripristino della qualità lavorativa (39). In una metanalisi (50), sono stati dimostrati gli effetti statisticamente significativi della Terapia Manuale (esercizi di rinforzo ed endurance) per ridurre la frequenza e la durata della TTH nel lungo termine (6 mesi). Le evidenze indicano che la TTH episodica può essere trattata con esercizi di endurance a basso carico mirati ai muscoli cranio-cervicali e cervico-scapolari. Anche pazienti con TTH cronica, per ridurre la frequenza, potrebbero beneficiare di un approccio multimodale composto sempre dagli esercizi di endurance a basso carico mirati ai muscoli cranio-cervicali e cervico-scapolari, da mobilizzazioni cervico-toraciche o manipolazioni cranio-cervicali, da educazione del paziente, da relaxation training associato a terapia cognitiva mirata a ridurre lo stress e a migliorare il coping (28,39,51).

In due lavori, Castien e colleghi (52,53), hanno dimostrato che aumentare l'endurance dei flessori del collo tramite esercizi in isometria riduca la frequenza della TTH nel breve e nel lungo termine, costituendo in media il 24.5% dell'effetto delle terapie manuali in quanto contribuiscono a normalizzare le informazioni periferiche afferenti al sistema nervoso centrale ed elaborate come dolorose.

Inoltre, Madsen e colleghi (46,54) hanno dimostrato la presenza di una riduzione si-

gnificativa di forza nell'estensione del rachide cervicale del 26% nei pazienti con TTH rispetto ai sani (pazienti TTH range forza 17.07-9.16 Nm vs sani range forza 21.49-10.31 Nm) e una riduzione di forza nel movimento di abduzione della spalla del 15% rispetto ai sani (TTH 38.7-15.9 vs sani 44.3-19.3 Nm) trattabili con esercizi di rinforzo mirati e con la cura dell'ergonomia. Partendo da questo presupposto e dal fatto che la TTH e il neck pain siano correlati nei lavoratori, Andersen e colle-

ghi (55) hanno ideato un programma di allenamento di 20 settimane, un'ora/settimana, eseguibile con tempistica flessibile, focalizzandosi su flessione/estensione cervicale e abduzione delle spalle in isometrica. Questo programma di esercizi semplici ha portato ad una riduzione del 50% della frequenza e della durata della TTH.

Secondo Serthel e colleghi (56) gli esercizi aerobici uniti alla Body awareness therapy (consapevolezza di sé stessi a livello fisico, mentale e spirituale) contribuiscono a ridurre il dolore e l'impatto della disabilità nella TTH. In più, svolgere esercizi di rilassamento attivi e di variazione della postura sul posto di lavoro riduce del 40% il consumo di farmaci e la dolenzia muscolare pericraniale (massetere, pterigoideo laterale e mediale, muscolo temporale) e cervicale (sternocleidoma-



stoideo, suboccipitali, trapezio) nel breve ma non nel lungo termine, riducendo il dolore cervicale e della TTH (39,57).

Per i lavoratori con alto tasso di presentismo le tecniche articolatorie cervico-toraciche (mobilitazioni o manipolazioni) sono più efficaci di quelle inibitorie dei tessuti molli localizzate nella regione cranio-cervicale (39). Le tecniche di inibizione dei tessuti molli suboccipitali associate alla manipolazione C0-C1 riducono frequenza, intensità, impatto emotivo e dolenzia dei muscoli pericranici, aumentando il ROM in flessione/estensione cervicale ed implementando la qualità della vita (58).

Le tecniche soft tissue ed il trattamento del trigger point (compressione ischemica) a livello del trapezio superiore o dei muscoli suboccipitali comportano una riduzione del dolore ($p < 0.0001$; riduzione media 1.11 su 0-10 VAS; 95% CI 1.64 — 0.57), una riduzione della frequenza ($P=0.026$) e un aumento della PPT nella TTH (41,44,50,59).

Il trattamento dei tessuti molli (sternocleidomastoideo, muscolatura temporale, suboccipitali, massetere e trapezio superiore) unito alla neurodinamica aumenta la PPT, riduce la frequenza del 57% migliorando lo svolgimento delle attività quotidiane in TTH episodica frequente e cronica (60).

La telemedicina aiuterebbe a ridurre le barriere presenti nei contesti rurali o isolati mantenendo la qualità della visita tradizionale: è risultato essere un trattamento efficace, socialmente accettato dai pazienti ed economico nel lungo termine. Non ci sono differenze tra i due gruppi telemedicina e visite tradizionali al questionario Headache Impact Test HIT-6 (p 5 0.84) o alla VAS (p 5 0.64) a 3 o a 12 mesi rispetto alla baseline (61,62).

La gestione della TTH è fortemente influenzata anche dai fattori comportamentali. La terapia cognitivo-comportamentale, il relaxation training e l'educazione del paziente (modello biopsicosociale del dolore, paura-evitamento, coping, effetti delle credenze e delle aspettative) e l'impostazione di obiettivi (gestione delle pause, allontanarsi dal perfezionismo, conoscere e limitare catastrofizzazione, focalizzarsi su cosa ha effetti positivi su TTH, stile di vita sano), sono efficaci per controllare lo stress e ridurre l'intensità degli attacchi del 30-50% (28,63-66).

È altresì utile introdurre programmi di prevenzione e di promozione della salute sul posto di lavoro che incoraggino le abitudini sane: mangiare sano, fare esercizio fisico, dormire adeguatamente, smettere di fumare, socializzare e trovare un equilibrio tra vita lavorativa e vita privata (30). Tuttavia, bisogna esse-

re consapevoli dei limiti alla diffusione di tali programmi: tempo e risorse (39).

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, non c'è evidenza che gli antidepressivi siano utili per prevenire la frequenza della TTH cronica o episodica (5). Le evidenze sono contrastanti riguardo i farmaci da usare in acuto perché non risulta che un farmaco sia più efficace dell'altro tra paracetamolo 1000 mg, ibuprofene e ketoprofene (67-69). Non si riporta la presenza di eventi avversi seri, solo blandi (nausea, senso di stordimento, sonnolenza) (70).

CONCLUSIONI

L'impatto e la forte diffusione delle cefalee, uniti ai costi finanziari che ne derivano, hanno delle implicazioni importanti per le politiche sanitarie mondiali, in quanto non sono solo indicatori di un malessere pubblico diffuso, ma anche di un problema socio-economico da non sottovalutare. Pertanto, gli studi raccomandano una valutazione della distribuzione dei fondi per le cure sanitarie.

Risulta fondamentale dunque che la pratica clinica fisioterapica sia un ponte che integri e affronti gli aspetti fisiologici e psicologici della TTH che riducono la qualità della vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barr J, Katsarava Z et al. The cost of headache disorders in Europe: The Eurolight project. *Eur J Neurol*. 2012;19(5):703-11.
2. Steiner TJ, Stovner LJ, Katsarava Z, Lainez JM, Lampi C, Lant.ri-Minet M et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Euro-light project. *J Headache Pain*. 2014;15(1):1-11.
3. Marchand AA, Cantin V, Murphy B, Stern PDM. Is performance in goal oriented head movements altered in patients with tension type headache? *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15(1):1-8.
4. Ferrante T, Manzoni GC, Russo M, Taga A, Camarda C, Veronesi L, Piasquarella C, Sansebatiano GTP. The PACE study: past-year prevalence of tension-type headache and its subtypes in Parma's adult general population. *Neuro Sci*. 2015;36:35-42.
5. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. Summary of findings for the main comparison. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5).
6. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Anxiety and depression in tension type headache: A population-based study. *PLoS One*. 2016;11(10):1-12.
7. Allena M, Steiner TJ, Sances G, Carugno B, Balsamo F, Nappi G, et al. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications: a population-based study within the EuroLight Project. *J Headache Pain*. 2015;16(1):1-9.
8. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Obermann M, Chernysh M, Ospova V et al. Headache yesterday in Russia: its prevalence and impact, and their application in estimating the national burden attributable to headache disorders. *J Headache Pain*. 2015;16(1):1-6.
9. Kim BS, Chung CS, Chu MK, Chung YK, Lee CB, Kim JM. Factors associated with disability and impact of tension-type headache: findings of the Korean headache survey. *J Headache Pain*. 2015;16(1):2-9.
10. Kim BK, Cho SJ, Kim BS, Sohn JH, Kim SK, Cha MJ et al. Comprehensive application of the International Classification Of Headache Disorders third edition, beta version. *J Korean Med Sci*. 2016;31(1):106-13.
11. Kim BS, Moon HS, Sohn JH, Cha MJ, Song TJ, Kim JM et al. Short-term diagnostic stability of probable headache disorders based on the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition beta version, in first-visit patients: a multicenter follow-up study. *J Headache Pain*. 2016;17(1):1-8.
12. Ertas M, Baykan B, Kocasooy Orhan E, Zarifoglu M, Karli N, Saip S et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: A nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain*. 2012;13(2):147-57.
13. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. *Anesth Analg*. 2016;123(3):739-48.
14. Taga A, Russo M, Manzoni GC, Torelli P. Tension-type headache in Parma's adult general population: a focus on age of onset. *Neuro Sci*. 2015;36(1):29-34.
15. Turner DP, Smitherman TA, Black AK, Penzien DB, Porter JAH, Lofland KR et al. Are migraine and tension-type headache diagnostic types or points on a severity continuum? An exploration of the latent taxometric structure of headache. *Pain*. 2015;156(7):1200-7.
16. Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev D V, Olesen J. Factors Associated with Primary Headache According to Diagnosis, Sex, and Social Group. *Headache*. 2016;56(2):341-56.
17. Kallil GZ, Recober A, Hoang-Tienor A, Bridget Zimmerman M, Haynes WC, Pierce CL. Higher augmentation index is associated with tension-type headache and migraine in middle-aged/older humans with obesity. *Obesity*. 2016;24(4):865-70.
18. Kichichi H, Yoshiuchi K, Ando T, Yamamoto Y. Influence of psychological factors on acute exacerbation of tension-type headache: Investigation by ecological momentary assessment. *J Psychosom Res*. 2015;79(5):239-42.
19. Zebenholzer K, Lechner A, Broessner G, Lampi C, Luthringshausen G, Wuschitz A et al. Impact of depression and anxiety on burden and management of episodic and chronic headaches – a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. *J Headache Pain*. 2016;17(1):1-10.
20. Palacios-Cena M, Fernández-Munoz JJ, Castaldo M, Wang K, Guerrero-Peral A, Arendt-Nielsen L et al. The association of headache frequency with pain interference and the burden of disease is mediated by depression and sleep quality, but not anxiety, in chronic tension type headache. *J Headache Pain*. 2017;18(1).
21. Bougea A, Spantideas N, Anagnostou E, Massou E, Xirou S, Thomaidis T et al. Understanding of headache patterns modification in an emergency department during the economic crisis of Greece. *Neuro Sci*. 2016;37(8):1233-9.
22. Kim J, Lee W, Won JU, Yoon JH, Seok H, Kim YK, et al. The relationship between occupational noise and vibration exposure and headache/eyestrain, based on the fourth Korean Working Condition Survey (KWCS). *PLoS One*. 2017;12(5):1-12.
23. Hilton MS Jr, Roberta P, Garbellini SOT, Carlos A, Bordina JGS. Effect of episodic tension-type headache on the health-related quality of life in employees of a Brazilian public hospital. *Arg Neuropsiquiatr*. 2004;62(3 B):769-73.
24. Solmaz V, Ceviz A, Aksoy D, Ceviz B, Kurt S, Gencten Y et al. Sexual dysfunction in women with migraine and tension-type headaches. *Int J Impot Res*. 2016;28(6):201-4.
25. Tsai CL, Chou CH, Lee PJ, Yin JH, Chen SY, Lin CC et al. The potential impact of primary headache disorders on stroke risk. *J Headache Pain*. 2016;17(1).
26. Yang FC, Lin TY, Chen HJ, Lee JT, Lin CC, Kao CH. Increased risk of de-





mentia in patients with tension-type headache: A nationwide retrospective population-based cohort study. *PLoS One*. 2016;11(6):1-14.

27. Suzuki N, Ishikawa Y, Gomi S, Ito N, Watanabe S, Yokoyama M et al. Prevalence and Characteristics of Headaches in a Socially Active Population Working in the Tokyo Metropolitan Area - Surveillance by an Industrial Health Consortium. *Intern Med*. 2014;53(7):683-9.

28. Yu S, Han X. Update of Chronic Tension-Type Headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2014;19(1).

29. Rastenyte D, Mickeviciene D, Stovner LJ, Thomas H, Andre C, Steiner TJ. Prevalence and burden of headache disorders in Lithuania and their public-health and policy implications: a population-based study within the Eurologit Project. *J Headache Pain*. 2017;18(1).

30. Ammendolla C, Côté P, Cancelliere C, Cassidy JD, Hartvigsen J, Boyle E et al. Healthy and productive workers: Using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism. *BMC Public Health*. 2016;16(1).

31. Vänni K, Neupane S, Nygård CH. An effort to assess the relation between productivity loss costs and presenteeism at work. Vol. 23, *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. 2017; 33-43.

32. Zhang W, Sun H, Woodcock S, Anis A. Illness related wage and productivity losses: Valuing 'presenteeism'. *Soc Sci Med*. 2015;147:62-71.

33. Selekler HM, Gökmen G, Alvir TM, Steiner TJ. Productivity losses attributable to headache, and their attempted recovery, in a heavy-manufacturing workforce in Turkey: implications for employers and politicians. *J Headache Pain*. 2015;16(1):1-8.

34. Raak R, Raak A. Work Attendance Despite Headache and Its Economic Impact: A Comparison between Two Workplaces. *Headache*. 2003;43(10):1097-101.

35. Monzani L, Espi-López GV, Zurriaga R, Andersen LL. Manual therapy for tension-type headache related to quality of work life and work presenteeism: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Complement Ther Med*. 2016;25:86-91.

36. Reichert Arndt R, Augurzky BTH. An empirical investigation of difficulty of modules of description logic ontologies. *CEUR Workshop Proc*. 2014;1193(October 2013):659-70.

37. Karanika-Murray M, Pontes HM, Griffiths MD, Blron C. Sickness presenteeism determines job satisfaction via affective-motivational states. *Soc Sci Med*. 2015;139:100-6.

38. Kigozi J, Jowett S, Lewis M, Barton P, Coast J. The Estimation and Inclusion of Presenteeism Costs in Applied Economic Evaluation: A Systematic Review. *Value Heal*. 2017;20(3):496-506.

39. Bendtsen L, Ashina S, Moore A, Steiner TJ. Muscles and their role in episodic tension-type headache: implications for treatment. *Eur J Pain*. 2016;20(2):166-75.

40. Andersen S, Petersen MW, Svendsen AS, Gazerani P. Pressure pain thresholds assessed over temporalis, masseter, and frontalis muscles in healthy individuals, patients with tension-type headache, and those with migraine: a systematic review. *Pain*. 2015;156(8):1409-23.

41. Palacios Cena M, Castaldo M, Keilon W, Torelli P, Pillastrini P, Fernández-de-las-Penas C et al. Widespread Pressure Pain Hypersensitivity Is Similar in Women With Frequent Episodic and Chronic Tension-Type Headache: A Blinded Case-Control Study. *Headache*. 2017;57(2):217-25.

42. Palacios-Cena M, Castaldo M, Wang K, Catena A, Torelli P, Arendt-Nielsen L et al. Relationship of active trigger points with related disability and anxiety in people with tension-type headache. *Med*. 2017;96(13).

43. Fernández-de-las-Penas C. Myofascial Head Pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2015;19(7):1-7.

44. Moraska AF, Stenerson L, Butryn N, Kruttsch JP, Schmiege SJ, Mann JD.

Myofascial trigger point-focused head and neck massage for recurrent tension-type headache: A randomized, placebo-controlled clinical trial. *Clin J Pain*. 2015;31(2):159-68.

45. Chen B, He Y, Xia L, Guo LL, Zheng JL. Cortical plasticity between the pain and pain-free phases in patients with episodic tension-type headache. *J Headache Pain*. 2016;17(1).

46. Madsen BK, Søgaard K, Andersen LL, Skotte JH, Jensen RH. Neck and shoulder muscle strength in patients with tension-type headache: A case-control study. *Cephalalgia*. 2016;36(1):29-36.

47. Nöbel M, Feistel S, Ellrich J, Meslinger K. ATP-sensitive muscle afferents activate spinal trigeminal neurons with meningeal afferent input in rat - pathophysiological implications for tension-type headache. *J Headache Pain*. 2016;17(1).

48. Wang P, Du H, Chen N, Guo J, Gong Q, Zhang J et al. Regional homogeneity abnormalities in patients with tension-type headache: a resting-state fMRI study. *Neurosci Bull*. 2014;30(6):949-55.

49. Becker Werner J, Findlay T, Moga C, Scott A, Harstall CTP. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician*. 2015;61(1C):670-9.

50. Luedtke K, Allers A, Schulte LH, May A. Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine - Systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2015;36(5):474-92.

51. Varatharajan S, Ferguson B, Chrobak K, Shergill Y, Côté P, Wong JJ, et al. Are non-invasive interventions effective for the management of headaches associated with neck pain? An update of the Bone and Joint Decade Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur Spine J*. 2016;25(7):1971-99.

52. Castien R, Blankenstein A, De Hertog W, et al. Pressure pain and isometric strength of neck flexors are related in chronic tension-type headache. *Pain Physician*.

2015;18(2):E201-5.

53. Castien R, Blankenstein A, Van Der Windt D, Heymans Martijn WDJ. The Working Mechanism of Manual Therapy in Participants With Chronic Tension-Type Headache. *J Orthop Sport Phys Ther.* 2013;43(10):693-9.

54. Madsen BK, Sogaard K, Andersen LL, Tornøe B, Jensen RH. Efficacy of strength training on tension-type headache: A randomised controlled study. *Cephalalgia.* 2018;38(6):1071-80.

55. Andersen CH, Jensen RH, Dalager T, Zebis MK, Sjøgaard G, Andersen LL. Effect of resistance training on headache symptoms in adults: Secondary analysis of a RCT. *Musculoskeletal Sci Pract.* 2017;32:38-45.

56. Sertel M, Bakar Y, Simsek TT. The Effect of Body Awareness Therapy and Aerobic Exercises on Pain and Quality of Life in the Patients With Tension Type Headache. *African J Tradit Complement Altern Med.* 2017;14(2):288-310.

57. Rota E, Evangelista A, Ceccarelli M, Ferrero L. On Muscle Tenderness in a Working Community With. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52(4):457-65.

58. Espi-López GV, Gómez-Conesa A, Gómez AA, Martínez JB, Pascual-Vaca O, Blanco CR. Treatment of tension-type headache with articular and suboccipital soft tissue therapy: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Bodyw Mov Ther.* 2014;18(4):576-85.

59. Moraska AF, Schmiege SJ, Mann JD, Butryn N, Krutsch JP. Responsiveness of Myofascial Trigger Points to Single and Multiple Trigger Point Release Massages: A Randomized, Placebo Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil.* 2017;96(9):639-45.

60. Ferragut-Garcias A, Plaza-Manzano G, Rodriguez-Blanco C, Velasco-Roldán O, Pecos-Martin D, Olliva-Pascual-Vaca J et al. Effectiveness of a Treatment Involving Soft Tissue Techniques and/or Neural Mobilization Techniques in the Management of Tension-Type Headache: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(2):211-219.

61. Müller KI, Alstadhaug K, Bekkelund SI. Acceptability, Feasibility, and Cost of Telemedicine for Nonacute Headaches: A Randomized Study Comparing Video and Traditional Consultations. *J Med Internet Res* 2016; 18(5):140-151.

62. Müller KI, Alstadhaug KB, Bekkelund SI. A randomized trial of telemedicine efficacy and safety for nonacute headaches. *Neurology.* 2017;89(2):153-62.

63. Christiansen S, Jürgens TP, Klingner R. Outpatient Combined Group and Individual Cognitive-Behavioral Treatment for Patients with Migraine and Tension-Type Headache in a Routine Clinical Setting. *Headache.* 2015;55(8):1072-91.

64. Martin PR, Reece J, Callan M, MacLeod C, Kaur A, Gregg K et al. Behavioral management of the triggers of recurrent headache: A random-

ized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2014;61:1-11. 65. Probyn K, Bowers H, Mistry D, Caldwell F, Underwood M, Patel S et al. Nonpharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: A systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open.* 2017;7(8).

66. Söderlund ALH. An individually tailored behavioral medicine treatment in physical therapy for tension-type headache - Two experimental case studies. *J Pain Res.* 2016;9:1089-99.

67. Yancey J, Saas P. Ibuprofen for Treatment of Episodic Tension-Type Headaches. *Medicine by the Numbers A Collaboration of thenntom.com and American Family Physician* 2016; 93(9).

68. Stephens G, Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 6. Art. No.: CD011889.

69. Moore RA, Derry S, Wiffen PJ, Straube S, Bendtsen L. Evidence for efficacy of acute treatment of episodic tension-type headache: Methodological critique of randomized trials for oral treatments. *Pain.* 2014;155(11):2220-8.

70. Derry S, PJ W, Ra M. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(1).



PSEUDO TRIGEMINOPATIA NEI DISORDINI TEMPORO MANDIBOLARI IL RUOLO DEL FISIOTERAPISTA



Dott. Ft.
Curci Arcangelo



Dott. Ft.
Pietroleonardo Antonio

INTRODUZIONE

La pseudotrigeminopatia correlata alle disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare è una sindrome dolorosa oro-facciale che può essere considerata come un insieme di manifestazioni cliniche, simili alla nevralgia del Trigemino, che trovano il loro *primum movens* in una o più disfunzioni dell'articolazione Temporo-Mandibolare (DTM). Le strette correlazioni anatomiche tra il Nervo Trigemino, ed in particolare il Ramo Mandibolare, e le strutture che

compongono l'Articolazione Temporo Mandibolare (ATM) sembrano essere alla base di questa similitudine di sintomi.

CENNI DI ANATOMIA

Il Nervo trigemino è un nervo misto formato da una componente motoria, una componente sensitiva ed una componente visceromotrice parasimpatica. Dal ganglio il nervo trigemino emerge con le sue tre branche: la branca oftalmica, la branca mascellare e la branca mandibolare (1, 2).

- **Nervo oftalmico:** è un nervo puramente sensitivo destinato all'innervazione della mucosa della cavità nasale, della cute della regione anterosuperiore della testa, della cute della palpebra superiore e della congiuntiva. Presenta inoltre fibre viscerosecretorie per la ghiandola lacrimale. I suoi rami sono: il ramo lacrimale, il ramo frontale, il ramo nasociliare (1, 2).

- **Nervo mascellare:** è un nervo puramente sensitivo destinato all'innervazione della cute della regione mascellare della faccia, della palpebra inferiore, del labbro superiore e delle mucose del pavimento della cavità nasale, del palato, delle gengive, dell'arcata dentale superiore, dell'istmo delle fauci e della parte superiore del faringe (1, 2).

- **Nervo mandibolare:** come nervo motore, innerva i muscolomasticatori, il m. miloioideo, il ventre anteriore del m. digastrico, il m. tensore del timpano. Come nervo sensitivo innerva la cute del labbro inferiore e della regione mentoniera, la mucosa della lingua, delle gengive e delle arcate dentali inferiori. (1, 2)

L'articolazione temporo-mandibolare è formata dal rapporto tra il processo condiloideo della mandibola e la fossa mandibolare dell'osso temporale. Tra le superfici articolari è interposto un disco fibrocartilagineo. I margini del disco sono in parte fusi con la capsula fibrosa che circonda l'articolazione. Oltre alla capsula si distinguono quattro legamenti: il legamento

temporomandibolare, il legamento collaterale (doppio per ciascun lato), il legamento sferomandibolare e il legamento stilomandibolare. (1, 2)

Nel 1934, J.B. Costen(3) è stato il primo a descrivere una sindrome trigemino atipica DTM correlata. Dall'evoluzione dell'analisi di Costen risulta che il Nervo Mandibolare è più vicino alla capsula dell'ATM, in particolare alle sue zone anteriori e mediali e a questo livello, un evento irritante o una compressione che agisce sul Nervo Mandibolare potrebbe causare sintomi simil-trigeminali anche estesi all'intera regione oro-facciale che potrebbero anche cronizzare a livello del sistema nervoso centrale per alcuni soggetti predisposti(4).

SINDROMI DOLOROSE ORO-FACCIALI

Le sindromi dolorose oro-facciali hanno una natura complessa e richiedono un approccio diagnostico e terapeutico interdisciplinare. L'incidenza dei dolori oro facciali è stimata al 10% negli adulti e al 50% nei pazienti anziani. Particolare attenzione deve essere dato al tempo di insorgenza del dolore, alla posizione caratteristica che provoca il dolore, all'intensità, alla frequenza e ai fattori che aumentano o riducono l'intensità del dolore. È anche importante l'irradiazione del dolore alle strutture anatomiche circostanti (5).

NEURALGIA DEL TRIGEMINO

La Nevralgia del Trigemino è un sintomo di disfunzione del nervo che si presenta all'interno del tronco cerebrale o entro il tratto di nervo che va al ganglio trigeminale situato nella base della fossa cranica. Il disturbo è più comune nei pazienti oltre 60 anni di età e nelle donne (6). Il disturbo è caratterizzato da ricorrenti attacchi parossistici di natura improvvisa, intensa, e dolore lancinante, paragonabile ad una scarica elettrica, nella regione del nervo trigemino. La nevralgia può essere sia spontanea (primaria) che sintomatica (secondaria)

DISFUNZIONI DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE

I DTM rappresentano un gruppo eterogeneo di disfunzioni che coinvolgono l'articolazione temporo-mandibolare, i muscoli articolari o entrambi. Queste sono caratterizzate da una triade di segni clinici: dolore muscolare e/o articolare, click articolare, deviazione della bocca in apertura. I DTM sono considerati come la causa più comune di dolore oro-facciale di origine non dentale, ma la frequente concomitante presenza di altri sintomi come mal d'orecchio, mal di testa, nevralgia e mal di denti che possono essere correlati ai DTM possono rendere il processo di diagnosi differenziale abbastanza complesso(7).



DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Le caratteristiche comuni includono l'irradiazione del dolore nelle regioni vicine e anche a strutture lontane, la possibilità che si localizzi su un singolo lato della faccia, l'aumento del dolore come risultato di una maggiore attività dei muscoli facciali o masticatori e la possibilità di sintomi otorinolaringoiatrici (mal d'orecchio e ipoacusia) (8).

Le caratteristiche che distinguono le due manifestazioni cliniche sono la localizzazione unilaterale del dolore, la sua natura acuta e trafittiva, la remissione dei sintomi durante la notte, la brevità della durata degli episodi (da pochi secondi a pochi minuti) con lunghi periodi di remissione nell'arco della giornata, l'induzione dei sintomi da parte di stimoli che sono solitamente gli stessi in alcuni pazienti, come masticare velocemente, radersi o esposizione a temperature fredde nella nevralgia; il dolore nevralgico è spesso accompagnato da sintomi autonomi come convulsioni dei muscoli facciali (tic doloroso), rossore della pelle, lacrimazione. Nei DTM il dolore è invece bilaterale la sua natura è continua e sorda, può essere presente di notte in caso di disordini funzionali, la sua durata è lunga con brevi remissioni, sono assenti sintomi autonomi e il calore sembra ridurre il dolore nei DTM di natura muscolare (5).



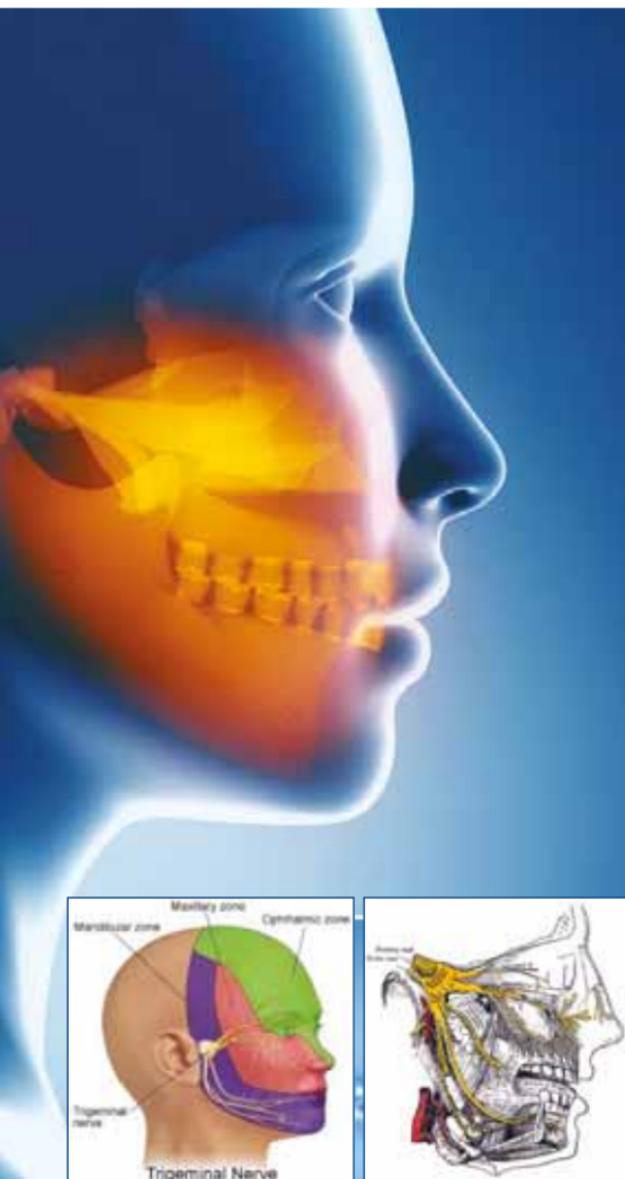
TRATTAMENTO

Il trattamento sarà ovviamente impostato sulla base dell'inquadramento diagnostico, se siamo in presenza di nevralgia sarà prettamente di competenza del Medico, se invece siamo in presenza di DTM si è visto che per gli individui senza sintomi comportamentali è sufficiente l'approccio del singolo professionista sanitario indicato. In contrasto, i pazienti con sintomi comportamentali necessitano di strategie terapeutiche multidisciplinari (9).

Nella nevralgia il trattamento può essere sia conservativo che invasivo; il trattamento comincia di solito con un approccio farmacologico basato su Carbamazepina in alcuni casi associata ad anti-convulsivanti come Fenitoina e Clonazepam(10), il passo successivo è l'intervento chirurgico sotto forma di neurtomia o exeresi, l'ultimo metodo è la chirurgia stereotassica (11).

Nel trattamento conservativo dei disturbi dell'ATM ci sono evidenze che supportano l'efficacia della terapia manuale, dell'esercizio terapeutico e dell'agopuntura.

La terapia manuale, basata su mobilizzazioni attive e passive, dimostra la sua efficacia nel ripristino del ROM e nel miglioramento del dolore a breve termine ($\leq 3-6$ mesi) (12) l'esercizio terapeutico si pone invece l'obiettivo di





agire e migliorare alcuni parametri come diminuzione del dolore indotta dall'aumento della microcircolazione locale, miglioramento della flessibilità e del ROM, miglioramento della funzione muscolare e ripristino della coordinazione nei movimenti articolari, miglioramento della performance riguardante la forza e la resistenza, si è visto come ci sia efficacia nella somministrazione di esercizio terapeutico in soggetti con DTM ma che comunque è necessario lo sviluppo di ulteriori studi che confermino l'efficacia di tale approccio (13); a conferma della bontà dell'approccio basato sulla terapia manuale e sull'esercizio terapeutico c'è una SR che evidenzia come nel breve termine, la terapia manuale in combinazione con la Fisioterapia a casa basata su esercizi respiratori, esercizi di correzione della postura, esercizi specifici articolari, stretching della muscolatura, esercizi di resistenza abbinati ad educazione ed ergonomia è più efficace della sola Fisioterapia a casa per il trattamento del DTM, in particolare per quanto riguarda la diminuzione del dolore e il raggiungimento senza dolore della massima apertura della bocca(14); in aggiunta si potrebbe considerare l'utilizzo dell'agopuntura che agirebbe con un meccanismo neurofisiologico di liberazione di sostanze inibenti il dolore quali serotonina, endorfine e neurotrasmettitori anti infiammatori, c'è

però da considerare la debole evidenza dell'efficacia del trattamento basato sull'agopuntura dovuta al piccolo numero di studi finora effettuati (15).

CONCLUSIONI

La stretta correlazione anatomica tra il nervo trigemino e l'ATM è alla base della somiglianza di sintomi tra la nevralgia del trigemino secondaria e i DTM, è perciò necessaria un'analisi precisa delle caratteristiche del dolore, della sua intensità e della sua durata ai fini della diagnosi differenziale utile ad impostare un efficace trattamento dove le competenze del Fisioterapista si possono esprimere attraverso l'esercizio terapeutico, la terapia manuale e l'educazione del paziente sia da un punto di vista ergonomico che da un punto di vista di autotrattamento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Edizioni Elsevier 2014; Atlante di anatomia fisiopatologia e clinica. Sistema nervoso: 1; F. Netter;
- 2) Edises Edizioni 2015; Prometheus, testo atlante di anatomia, testa, collo e neuroanatomia, M. Schunke, E. Schulte, L. Schumacher, M. Voll, K. Wesker, E. Gaudio,;
- 3) J.B. Costen (1934), 'A Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint'; Ann Otol Rhinol Laryngol (Vol 43, 1934, pages 1-15);
- 4) F. PAPARO, F.M.G. FATONE, V. RAMIERI, P. CASCONI (2008); 'Anatomic relationship between trigeminal nerve and temporomandibular joint'; European Review for Medical and Pharmaceutical Sciences (12: 15-18);
- 5) M. Pihut, M. Szuta, E. Ferendliuk, and D. ZeNczak-Wiwkiewicz (2014); 'Differential Diagnostics of Pain in the Course of Trigeminal

Nevralgia and Temporomandibular Joint Dysfunction'; Hindawi Publishing Corporation Bio Med Research International (Volume 2014, Article ID 563786, 7 pages);

6) G. Gronseth, G. Crucco, J. Alksne et al. (2008); 'Practice parameter: the diagnostic evaluation and treatment of trigeminal neuralgia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the European Federation of Neurological Societies'; Neurology, (vol. 71, no. 15, pp. 1183-1190);

7) D. Manfredini, L. Guarda-Nardini, E. Winocur, F. Piccotti, J. Ahlberg, F. Lobbezoo (2011); 'Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis epidemiological findings'; Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod;

8) Montano N, Conforti G, Di Bonaventura R, Meglio M, Fernandez E, Papacci F (2015); 'Advances in diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia'; Ther Clin Risk Manag. ; (11: 289-299);

9) Tu' rp JC, Jokstad A, Motschall E, Schindler HJ, Windecker-Ge'atz I, Ettlin DA (2007). 'Is there a superiority of multimodal as opposed to simple therapy in patients with temporomandibular disorders? A qualitative systematic review of the literature'. Clin. Oralimpl. Res. 18 (Suppl. 3); (138-150);

10) L. Marcu (2013), 'Improving therapeutic ratio in head and neck cancer with adjuvant and Cisplatin-based treatments'; Bio Med Research International, (Article ID 817279, 9 pages);

11) J. A. Brown (2014), 'The neurosurgical treatment of neuropathic facial pain'; Otolaryngologic Clinics of North America, (vol. 47, no. 2, pp. 343-349);

12) Aysenur Besler Tuncer, PT, Ph.D., Nevin Ergun, PT, Ph.D., Abidin Hakan Tuncer, DDS, M.P.H., Sevilay Karahan, M.Sc. (2013); 'Effectiveness of manual therapy and home physical therapy in patients with temporomandibular disorders: A randomized controlled trial'; Journal of Bodywork & Movement Therapies (2013; 17, 302e308);

13) Moraes AR, Sanches ML, Ribeiro EC, Guimarães AS (2013). 'Therapeutic exercises for the control of temporomandibular disorders'. Dental Press J Orthod. (2013 Sept-Oct;18(5):134-9);

14) Brantingham JW1, Cassa TK, Bonnefin D, Pribicevic M, Robb A, Pollard H, Tong V, Korporaal C. (2013) 'Manipulative and multimodal therapy for upper extremity and temporomandibular disorders: a systematic review'. J Manipulative Physiol Ther. (2013 Mar-Apr;36(3):143-201);

15) Aram Jung, Byung-Cheul Shna, Myeong Soo Lee, Hoesob Sim, Edzard Ernst (2011); 'Acupuncture for treating temporomandibular joint disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized, sham-controlled trials'; Journal of dentistry (39 (2011) 341-350).

la tua fisioterapia diventa unica



CONSULENZA



FORNITURA



FORMAZIONE



ASSISTENZA

TERAPIA CELLULARE ATTIVA

INDIBA
 ACTIVE THERAPY
www.indiba.com

 tecnologia brevettata
 con grande effetto:
 ▶ bio stimolazione
 ▶ microcircolazione
 ▶ prerattivazione

 certificato EMC
 conformi alla
 direttiva CE

da sempre tecarterapia

FISIOterapia HI TECH

**ENRAF
NONIUS**
PARTNER FOR LIFE

 elettroterapia, ultrasuoni e combinato con testina
 a multifrequenza 1,3 MHz e biofeedback

 ▶ trasportabile e con protocolli trattamenti
 preconfigurati rapidi ed efficaci

 ▶ Intini trattamento di design,
 robusto e con altezza elettrica / terapeutica

LASER AD ALTA POTENZA

Hiliterapia®

 Il laser Nd:YAG
 più potente
 al mondo

 rapida risposta
 analgesica, anti-infiammatoria
 e rigenerativa

 laserterapia
 portatile
 evoluta

MIS
 MultiVibe
Colonna vertebra

RIPRODUZIONE FUNZIONALE


TecnoBody®

 valutazione posturale
 e controllo antropometrico
 mono- o bipodale

 il medical fitness
 per la prevenzione
 e il mantenimento

 immersione virtuale
 a feedback in tempo
 reale

LEADER NELLE ONDE D'URTO

EMS

 una tecnologia straordinaria e ricca di
 documentazione scientifica, casi clinici
 e il know how di Swiss Unibrain

 manipoli di
 ultima generazione
 per trattamenti ad
 onde di urto
 radiali e focali

PRODOTTI FUNZIONALI


**PHYSIO
ESSENCE
PRO**
medicalcalò

 TECNOLOGIE PER LA
 RIABILITAZIONE

☎ 080 30 23 188

↗ medicalcalò



PILLOLE *di* LETTERATURA



Dott. Ft. Denis Pennella
Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Studi Professionali a Bari e Taranto



Dott.ssa Ft. Veronica Pennella
Co-docente Master FMTMET Università degli Studi di Bologna, Studio Professionale Firenze

Li Low Back Pain (LBP), in particolare quello cronico, rappresenta un importante problema sanitario e socio-economico nella società moderna. È stato dimostrato infatti che il 60-80% della popolazione generale soffre di lombalgia almeno una volta nella vita.

L'incidenza ad 1 anno della lombalgia cronica invece, varia tra il 4% e il 14%. Il trattamento dei pazienti con lombalgia si basa principalmente sulla riabilitazione, che comprende, in particolare, esercizio terapeutico e terapia manuale. Una piccola percentuale di pazienti invece, viene trattata chirurgicamente. Nel trattamento del LBP, l'uso del "massaggio" è sicuramente molto popolare. Tuttavia, nonostante la sua popolarità, continua a essere in corso un dibattito sull'efficacia del massaggio nel trattamento della lombalgia aspecifica [1], considerando questa strategia nella più vasta accezione del suo termine e comprendendo tecniche e modalità di esecuzione molto diverse tra loro.

In realtà, ad oggi, non esiste

una terminologia universalmente condivisa per definire quel gruppo di tecniche/metodi che si usano per il trattamento dei tessuti molli nel LBP (tessuto muscolare, connettivo - tendineo, legamentoso e capsulare - e nervoso) e che potremmo identificare sotto il grande novero delle tecniche di massaggio!

Semplicemente, il termine inglese "massage" deriva dalla parola araba "mass'h", che significa - premere delicatamente -; sostanzialmente, quindi, il massaggio rappresenta un modo semplice per alleviare il dolore e, allo stesso tempo, per aiutare il rilassamento muscolare e promuovere una sensazione di benessere [2].

Indubbiamente il termine "massaggio" ha le sue origini più antiche e le tecniche, o meglio le numerose forme in cui si è evoluto, sono state spinte dal più aulico dei movimenti: far star bene la Persona... e nel tempo, abbiamo così assistito alla nascita di concetti e teorie nuove che hanno dato vita a sistemi di approccio differenti, più o meno invasivi, con



In realtà, ad oggi, non esiste una terminologia universalmente condivisa per definire quel gruppo di tecniche/metodi che si usano per il trattamento dei tessuti molli nel LBP (tessuto muscolare, connettivo - tendineo, legamentoso e capsulare - e nervoso) e che potremmo identificare sotto il grande novero delle tecniche di massaggio!

nomi svariati (Cyriax, Strain-Counterstrain, trattamento del Trigger point, fibrolisi, Graston Technique, Stecco, ecc.), ognuno con il suo razionale di trattamento [2].

Abbiamo pertanto indagato l'efficacia di uno di questi approcci, quello del cosiddetto trattamento mio-fasciali (intendendo qualunque tecnica, manuale o assistita da strumenti, applicata ai tessuti molli) nella gestione del LBP in fase acuta, sub-acuta e cronica.

Il trattamento mio-fasciale (MFR - Myofascial Release Therapy) viene definito, nello specifico, come una forma di medicina manuale che prevede l'applicazione di un allungamento a basso carico e di lunga durata

al complesso miofasciale, volto a ripristinare la lunghezza ottimale, ridurre il dolore e migliorare la funzionalità (Barnes, 1990) [3].

M D. Arguisuelas, J F Lisón, D Sánchez-Zuriaga, I Mart inez-Hurtado, Fernández.

Effects of Myofascial Release in Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. SPINE Volume 42, Number 9, pp 627-634

Lo studio di Arguisuelas del 2017 ha messo a confronto il "massaggio" con un trattamento sham in pazienti con LBP cronico ed ha mostrato una riduzione statisticamente significativa del dolore

(valutata con la Short Form of McGill Pain Questionnaire - versione spagnola-) nel gruppo Myofascial Release Treatment (MRT) rispetto al gruppo MRT sham dopo 2 settimane; il dolore percepito (utilizzando la VAS) invece risultava ridotto in entrambi i gruppi al follow-up a 2 e 12 settimane. Invece, la disabilità, valutata con il Roland-Morris Disability Questionnaire (RMQ), e la paura del movimento, valutata con la Fear Avoidance Belief Questionnaire, mostravano entrambe una diminuzione statisticamente significativa alla 12a settimana nel gruppo MFT rispetto al gruppo MFT sham.

Preyde. M.



Effectiveness of massage therapy for subacute low-back pain: a randomized controlled trial CMAJ 2000; 162(13):1815-20

Lo studio di Preyde del 2000 (massage therapy VS soft-tissue manipulation VS esercizi ed educazione posturale VS placebo o laser-terapia sham) effettuato su pazienti con LBP sub-acuto ha mostrato che i pazienti che ricevano massage therapy (MT), sono migliorati in modo statisticamente significativo relativamente alla funzione, all'intensità del dolore ed alla qualità del dolore rispetto agli altri gruppi. Il miglioramento nella funzione risulta clinicamente significativo sia nel gruppo Massage Therapy che nel gruppo del soft-tissue manipulation (STM).

Al follow-up ad un mese il 63% dei pz dell'MT group, il 27% del STM group, il 14% dell'exercise group e lo 0% dello sham group (placebo o laserterapia sham), riferiscono assenza di dolore e miglioramento significativo dello stato di ansia.

Takamoto. K, Bito. I, Urakawa. S, Sakai. S, Kigawa. M, Ono. T, Nishijo. Effects of compression at myofascial trigger points in patients with acute low back pain: A randomized controlled trial. Eur J Pain 2015; 19:1186-96

Nello studio di Takamoto del 2015, sono stati messi a confronto, in pazienti con LBP acuto: compressione dei trigger point (TP) VS compressione dei non trigger point VS massaggio superficiale. Dallo studio è emerso che: il punteggio VAS



è significativamente migliorato nel gruppo TP rispetto al gruppo non-TP ed al massaggio superficiale; relativamente alla RMQ invece non emerge alcuna differenza tra i tre gruppi. Il range of motion lombare, infine, risulta aumentato nel gruppo TP, soprattutto in flessione, estensione, flessione laterale destra e sinistra.

Il trattamento dei tessuti molli rappresenta un capitolo

estremamente ampio nel ventaglio degli strumenti terapeutici utilizzati dal fisioterapista; probabilmente rappresenta uno strumento che, almeno nel breve termine, potrebbe contribuire alla riduzione del dolore e a un miglioramento della funzione, soprattutto nel LBP cronico; non rappresenta però lo strumento principale nella gestione del LBP acuto. Il successo del trattamento, come per altre problematiche



L'efficacia del trattamento mio-fasciale infatti potrebbe essere ricondotta a:

- un meccanismo di tipo neuro-fisiologico (teoria del gate-control -1965, Melzack e Wall) in base al quale la percezione del dolore può essere inibita a livello spinale attraverso afferenze somatiche non dolorifiche; si tratterebbe di una inibizione sinaptica ad opera di interneuroni spinali sui neuroni di II ordine che trasportano le informazioni dolorifiche [4];
- cambiamenti biochimici locali, che potrebbero portare ad un aumento dell'attività neuronale a livello del midollo spinale e dei nuclei subcorticali, che potrebbero influire a loro volta sulla percezione dell'umore e del dolore. Pertanto, la massoterapia potrebbe, potenzialmente, ridurre l'ansia, la depressione e il dolore attraverso l'aumento di serotonina e endorfine [2];
- effetti sul sistema vascolare, ovvero un aumento del flusso sanguigno periferico e successiva rimozione di sostanze nocive, nonché un aumento del tono parasimpatico che blocca il rilascio eccessivo di acetilcolina con successivo aumento della soglia di percezione del dolore e diminuzione dell'iperattivazione muscolare;
- effetti placebo.

Sono stati evidenziati,

tuttavia, in alcuni studi, anche dei cambiamenti chimici come: aumento della produzione di acido ialuronico, migliori drenaggio dei mediatori all'inflamazione e dei rifiuti metabolici (Schultz e Feltis, 1996), riduzione dell'irritazione chimica delle terminazioni nervose (Lund et al., 2002; Mense, 1983) [5], normalizzazione del tasso apoptotico, cambiamenti della morfologia cellulare ed orientamento dei fibroblasti.

I meccanismi che spiegano gli effetti benefici del massaggio, qualunque essi siano, rimangono quindi poco chiari... stimolazione locale del tessuto e / o una risposta generalizzata del sistema nervoso centrale? "Effetti non specifici" come il tempo trascorso in un ambiente rilassante, essere toccati, ricevere cure da un terapeuta, ricevere consigli per l'auto-cura, aumentare la consapevolezza del proprio corpo? [6]

Purtroppo, non è ancora così chiaro quali siano gli effetti biologici (o placebo) di queste tecniche mio-fasciali, quali siano i benefici, quale tecnica possa essere ritenuta più efficace rispetto ad altra per un determinato tipo di paziente, e quale sia la sua l'efficacia a lungo termine. La ricerca dovrebbe proseguire in tal senso, nonché verso un accordo unanime per definire in maniera più precisa e condivisa il termine "massaggio".

Tuttavia, non dobbiamo dimenticare che quella che definiamo

muscolo- scheletriche, da quanto emerge dall'attuale letteratura scientifica, viene raggiunto con la combinazione di strumenti terapeutici differenti: il trattamento manuale (massaggio, mobilitazioni articolari o manipolazioni), solitamente affiancato dall'educazione e dall'esercizio terapeutico. Quindi il massaggio deve essere contestualizzato e deve acquisire nel percorso riabilitativo un ruolo non predominante.



come esigenza di oggettivare il nostro operato si scontra con la soggettività della persona e la sua percezione dell'ambiente che lo circonda in uno stato di debolezza (qualunque sia la patologia muscolo-scheletrica che lo affligge) e questo rende ragione di una specificità di trattamento difficilmente indagabile, standardizzabile e relegabile ad un approccio universale.

L'appuntamento è alla prossima edizione della rivista, ricordandovi che potrete contattarci per approfondimenti o suggerimenti all'indirizzo mail redazione@aifipuglia.it.

BIBLIOGRAFIA

1. Takamoto, K, Bito, I, Utsukawa, S, Sakai, S, Kigawa, M, Ono, T, Nishijo. Effects of compression of myofascial trigger points in patients with acute low back pain: A randomized controlled trial *Eur J Pain* 2015; 19: 1186-96.
2. Farler, L, Brasseur, M, Inzunza, E. Ivin Massage for Low-back Pain: A Systematic Review within the Framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group *SPINE* Volume 27, Number 17, pp. 1996-1910
3. Ajemshu, M.S, Hines, D, Chahra, S. Effectiveness of Myofascial release in the management of chronic low back pain in nursing professionals. *SPINE* 2017; 42 (9):627-34
4. D. Arguarias, J F Liso, D Sánchez-Zariaga, I Marioma-Hurtado, Fernández. Effects of Myofascial Release in Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial *SPINE* Volume 42, Number 9, pp 627-634
5. Totai, P, Bongiorno, D, Yittrini, C. Fascial release effects on patients with non-specific cervical or lumbar pain. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 2015; 15: 405-16
6. Cherkin, D, Sherman, K, Kahn, J. A Comparison of the Effects of 2 Types of Massage and Usual Care on Chronic Low-Back Pain: A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med* 2001



Biomedical

Apparecchiature specialistiche per Terapia
ASSISTENZA FISIOTERAPICA
 servizio a domicilio in tutta ITALIA con tecnico di zona

Michele Papalillo
 349.7466345

Numero Verde **800-913665** **24 ore**



#LeManiGiuste

Quando hai bisogno del fisioterapista?

1. In gravidanza e dopo il parto
per disturbi fisici, dolori o incontinenza

2. Quando i tuoi figli sono piccoli
per posture scorrette, scoliosi, problemi respiratori, etc.

3. Da giovane
in seguito a traumi sportivi, fratture o incidenti

4. In età lavorativa
quando compaiono i disturbi posturali o da sovraccarico

5. Quando hai un po' di anni alle spalle
e compaiono mal di schiena e dolori articolari

6. Dopo interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri
a seguito di infarto, ictus, tumore, trapianto, protesi, ricostruzione

7. Durante la terza età
per rallentare l'invecchiamento e restare attivi

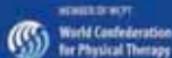
...E NON SOLO!

Il fisioterapista ti può aiutare in tantissimi altri momenti della tua vita.
Affidandoti al fisioterapista sei sicuro di essere nelle mani giuste!
Rivolgiti ad A.I.F.I.



#LeManiGiuste

Trova il fisioterapista socio A.I.F.I. su lemanigiuste.aifi.net



A.I.FI.

Al tuo fianco dal 1959

#LeManiGiuste

campagna promossa da A.I.FI.



IL MONDO DELLA FISIOTERAPIA

