

FISIOTECA PISTI PUGLIA NOSTRA VOCE PUGLIA

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti Regione Puglia n. 45 (2º Trimestre 2013) - Registrazione c/o il Tribunale di Taranto n 584 del 27.06.01- Spedizione in A.P.-45% art. 2 comma 20/B Legge 662/96 DC/DCI aut. N. 310 del 17.04.01









CONTINUIAMO A CREDERCI!

Quando ci sentiamo affranti e deboli, tutto ciò che dobbiamo fare è aspettare. La primavera torna, le nevi d'inverno si sciolgono e la loro acqua ci infonde nuova energia.

LIONE

(Paulo Coelho)



n questi ultimi anni, l'immobilismo della politica ha influenzato se non penalizzato la nostra professione, generando continue insidie ed attacchi scellerati che avevano l'obiettivo di indebolire la nostra

solidità giuridica nonché la nostra dignità professionale; in verità davvero poche sono state le occasioni per essere ottimisti, al cospetto di coloro che continuano a sostenere la necessità di rifarsi al passato, cioè di provocare una retrocessione delle professioni sanitarie tutte ad una nuova dimensione di ausiliarità.

Ricordando alcuni di questi momenti bui è d'uopo citarne i seguenti che senza dubbio hanno segnato il nostro già difficile e tortuoso cammino di crescita: dal famigerato "1 septies" alla costante quanto beffarda mancata istituzione dell'Albo ed Ordine professionale; dall'immobilismo contrattuale, che relega Professioni Sanitarie di primaria importanza per il SSN ancora nel ruolo del comparto, dalla libera pro-

fessione ancora al palo, al riconoscimento di professioni che avrebbero potuto, con disinvoltura ed impunemente, invadere il campo di attività sanitario, grazie ad una legge (n. 4 del 14 gennaio 2013), passata alquanto in sordina nei "rivoli" parlamentari.

L'imprescindibile intervento del CONAPS, cioè tutte le Professioni Sanitarie afferenti al coordinamento, è stato di vitale importanza al fine di forzare l'impianto legislativo con un emendamento che metteva "in sicurezza" le competenze di tutte le professioni che operano in sanità, risvegliando l'attenzione del Ministro Balduzzi, sull'argomento, che ha, in verità, agito finalmente con determinazione e convinzione, producendo un importante accordo Stato-Regioni, con il quale s'impedisce il riconoscimento di attività, sulla base della succitata Legge, inerenti diagnosi, cura, riabilitazione, prevenzione ed assistenza,

considerate "campo proprio" delle professioni sanitarie, incluse quelle mediche.

Successivamente alle ultime tornate elettorali, l'evento nuovo e importante di questa Legislatura è dato dal fatto che quasi tutti i gruppi parlamentari in inizio dei lavori parlamentari hanno presentato proposte di legge di riforma degli ordini in sanità: il nuovo Disegno di Legge n. 818 che ha come firmatari due professionisti entrati in politica, Annalisa Silvestro e Amedeo Bianco, recupera in toto l'impianto del DDL 2935 per l'istituzione degli Ordini e degli Albi Professionali per le professioni sanitarie rego-

lamentate in cui saremo insieme ai TSRM,

con la trasformazione dei collegi dei tecnici sanitari di radiologia medica in ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e riparte laddove si era interrotta la vicenda nella passata legislatura sia dall'emendamento Lorenzin (attuale Ministro della Salute), che da quelli Binetti e De Lillo nonché da

quello complessivo di tutte le professioni della salute presentato dall'allora Ministro Balduzzi alla Commissione Sanità del Senato.

Sarà la volta buona? Speriamo proprio di sì, anche se è lecito, comprensibile ed inevitabile lo sconforto e la delusione per tutto quello che succede ogni giorno intorno a noi. Tuttavia proprio quando ci sentiamo affranti e deboli, anche se sentiamo affogare la nostra la speranza, la voglia di costruire per il futuro, la voglia di immaginare un panorama evoluto e di levatura culturale sempre più alta, tutto ciò che dobbiamo fare è perseverare, essere pazienti, non perdere l'entusiasmo, "continuare a crederci!" lavorando e impegnandoci per favorire un risveglio culturale e sociale, in grado, molto presto, di emanciparci e dare nuovo slancio e vitalità alla nostra professione.

Il Presidente

Dott. FT. Fabio Domenico Mazzeo





"GESTIONE DEL PAZIENTE DOMICILIARE COMPLESSO: VALUTAZIONE FISIOTERAPICA E PRINCIPI DI TERAPIA".

Valutazione e confronto di esperienze tra i fisioterapisti Dott.ssa Ft. Fanelli Rosa Anna





I 18 Maggio 2013 si è tenuto a Bari, presso l'Aula "De Blasi" del Policlinico, un altro evento accreditato ECM con l'intento, oltre che di fare formazione, di avviare un confronto costruttivo di esperienze

fra tutti i fisioterapisti che lavorano a domicilio sul territorio pugliese.

La scelta di affrontare questa tematica è nata dal bisogno di aggiornamento e formazione della maggior parte dei nostri colleghi che prestano la loro opera sul territorio e da una maggiore richiesta di competenze specialistiche dei nostri pazienti a domicilio soprattutto per la gestione del paziente fragile e complesso. La crescente tendenza alla deospedalizzazione precoce e la











relativa carenza di strutture di accoglienza postacuta e cronica ha spostato, dalla istituzione al domicilio del Paziente, l'onere della assistenza e della gestione delle frequenti complicanze per cui, i Fisioterapisti addetti alla Assistenza Domiciliare Integrata ed i familiari stessi, necessitano di una formazione specifica in tal senso. Sono stati presentati contenuti che mirano a considerare il paziente dai vari punti di vista, facendo prevalere l'importanza della valutazione per ogni area riabilitativa richiesta a domicilio (cardio-respiratoria, neuromotoria, oncologica e ortopedica) e, partendo dal ragionamento clinico, sono stati forniti principi di trattamento e strumenti terapeutici per affrontare la patologia da più punti di vista._

L'obiettivo è stato quello di passare conoscenze per saper identificare scale di valutazione idonee ed adatte ad ogni paziente così da poter fare diagnosi funzionale e selezionare l'intervento più appropriato oltre che documentare modificazioni dello stato del paziente e acquisire conoscenze sulle caratteristiche del processo comunicativo nelle relazioni di aiuto; in sintesi, fornire le informazioni e le conoscenze necessarie per la gestione del paziente ipomobile e "fragile" al domicilio.



A fine giornata, dalla discussione sono emerse le criticità ed i disagi che ogni collega che presta la propria opera a domicilio riscontra, ma anche grande interesse per gli argomenti trattati, tanta voglia di continuare a crescere e migliorarsi ma soprattutto una forte volontà a superare le difficoltà che il sistema impone grazie ad una formazione adeguata e ad una visione ottimistica che vede in una criticità come una opportunità di miglioramento per ognuno.

Mi auguro che questa esperienza, abbia dato a tutti tanti spunti di riflessione e stimoli per crescere ma soprattutto migliorarsi.

Un grazie sincero va a tutti: segreteria organizzativa, docenti e partecipanti.









SIGLATO ACCORDO CON APUDID CARD PUGLIA

Dott. Ft. Michele Cannone Vice Presidente AIFI Puglia



I 6 giugno scorso, all'interno della splendida cornice del "Forum sulla non autosufficienza" (http:// www.nonautosufficienza.it) ho avuto il piacere di rappresentare Aifi Puglia per siglare un'accordo

con l'Apudid Puglia Card.

A livello individuale è sempre un bene allargare i confini della collaborazione interprofessionale¹ e, come per i singoli, anche per le organizzazioni questo *modus operandi* deve diventare uno standard, una *best practice* finalizzata al miglioramente continuo.

Con l'Apudid Puglia abbiamo riconosciuto degli obiettivi comuni partendo dall'interesse nel favorire l'affermazione del ruolo e della formazione dei professionisti rappresentati operanti nel settore socio-sanitario e nel realizzare interventi condivisi e coordinati presso la Regione Puglia, le AA.SS.LL. e gli Ambiti territoriali per realizzare uniformi modelli operativi sul territorio regionale.

Nello specifico i punti principali dell'accordo sono:



la promozione e diffusione della conoscenza del ruolo e della funzione della figura professionale del fisioterapista in una logica di intervento etico, di qualità e di efficienza per quanto attiene i vari ambiti di intervento distrettuali:

la tutela e la promozione della professione dei fisioterapisti, sviluppando la conoscenza e l'approfondimento scientifico della professione, la pratica professionale, la formazione e la ricerca.

l'affermazione del ruolo e delle competenze professionali del fisioterapista nei processi di prevenzione, valutazione, intervento e di mantenimento, relativi a menomazioni, limitazioni funzionali e disabilità:

la promozione di interventi atti a garantire la corrispondenza dei livelli essenziali di assistenza distrettuale a livello regionale con quelli previsti dal Piano Sanitario Nazionale vigente, sulla base dei reali bisogni del territorio specie in campo sociale e socio-assistenziale in una logica di intervento integrata e multiprofessionale;



World Health Organization. Framework for interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: WHO; 2009.

⁽http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)







la realizzazione di iniziative comuni per la formazione permanente in campo ECM dei dirigenti e di tutti gli operatori di DSS, specie di quelli "tecnici" del profilo di "Fisioterapista" attraverso l'organizzazione e lo svolgimento di studi, ricerche ed altre iniziative di formazione permanente (corsi, seminari, convegni);

la promozione di forme di collaborazione didattica nelle iniziative intraprese di comune accordo (quali ad esempio nell'insegnamento universitario e in corsi di aggiornamento, perfezionamento professionale e percorsi master); la promozione comune di iniziative dirette a migliorare le condizioni nell'esercizio quotidiano della professione, anche partecipando all'individuazione dei supporti tecnologici necessari a tale scopo. Per tale finalità si prende atto che l'associazione APUDID CARDPUGLIA

sta realizzando il progetto "IL DISTRETTO TECNOLOGICO" avente lo scopo di promuovere iniziative dirette a migliorare le condizioni nell'esercizio quotidiano della professione con il supporto informatico e tecnologico necessario per contribuire al processo di miglioramento della attività anche attraverso ricerche e sperimentazioni specifiche:

la promozione, realizzazione e diffusione di iniziative divulgative, realizzate anche a mezzo stampa o con sistemi elettronici, finalizzate alla valorizzazione della peculiarità delle attività distrettuali ivi compresi progettiobiettivo e attività di ricerca, dando evidenza sui rispettivi siti istituzionali www.cardpuglia. it e www.aifipuglia.it, nel rispetto dei rispettivi regolamenti;

la promozione e sostegno alla partecipazione degli associati, anche in qualità di consulenti, in ogni ente o istituto deputato alla programmazione, pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari in ogni sede nella quale si svolgono tali attività;

il favorire scambi culturali ed incontri periodici o permanenti con i membri di altri paesi europei ed extraeuropei impegnati in interventi di assistenza territoriale.

Come si evince da quanto sottoscritto le nostre intenzioni sono ambiziose, ma credo sia buona prassi puntare alla luna per riuscire a guardare il mondo nel suo insieme e da lì optare per le scelte migliori sul futuro della nostra professione.

Alla prossima!









è stata in passato e lo sarà anche in futuro, vicina ad ogni iniziativa finalizzata alla crescita professionale del Fisioterapista ed alla tutela del paziente, colui che usufruisce delle competenze del fisioterapista.

Siamo abituati ad immaginare diverse categorie stereotipate di "pazienti", ma raramente pensiamo di poterci relazionare con realtà apparentemente distanti dal nostro lavoro.

"Liberi di muoversi" è un progetto che si colloca nell'ambito dei programmi di intervento sociale, rivolto agli uomini detenuti nella Casa Circondariale di Taranto e finalizzato alla risoluzione di alcune problematiche muscolo-scheletriche secondarie alla sedentarietà obbligata degli stessi.

L'iniziativa è stata organizzata dall'Associazione "Il Ponte" in collaborazione con la Casa di Cura "Villa Verde" di Taranto, la quale ha messo gratuitamente a disposizione competenze professionali necessarie alla realizzazione del progetto, elaborato dal dott.Ft Cordella Marco (Fisioterapita CdC Villa Verde) e dalla dott.ssa Maria Cerbino (dirigente CdC Villa Verde).

L'esigenza di tale progetto, nasce dalla volontà di ridurre e risolvere alcune problematiche muscolo-scheletriche figlie di fattori socio-ambientali presenti nei luoghi dove i detenuti sono costretti a risiedere.

Il programma riabilitativo ha previsto una serie di incontri a frequenza bisettimanale, distribuiti tra Maggio e Giugno 2013, nei quali i detenuti eseguivano esercizi posturali individualizzati, secondari ad un'attenta valutazione fisioterapica.

Un ulteriore obiettivo centrato dall'iniziativa, è stato quello di rendere semplice l'apprendimento di alcuni concetti riabilitativi finalizzati al raggiungimento di benefici fisioterapici anche attraverso la conoscenza anatomo-fisiologica del proprio corpo. A tal fine sono state effettuate dal Fisioterapista, alcune lezioni teoriche correlate alla successiva e propedeutica attività fisioterapica.

Attraverso questo processo di consapevolezza si è appreso come una corretta postura possa essere efficace e coerente alle diverse azioni









quotidiane.

Il successo dell'innovativa "attività" che ha suscitato interesse tra i detenuti ed apprezzamento da parte degli organi amministrativi e dirigenziali della Casa Circondariale, ha aperto le porte ad una futura seconda edizione.

Le strategie riabilitative di competenza fisioterapica, sono state supportate dall'operato di una equipe multidisciplinare di professionisti, i quali rispettando le proprie competenze e responsabilità, hanno creato una condizione fertile alla riuscita del progetto.

Tale iniziativa si è dunque proposta con forte responsabilità, non solo per il significato riabilitativo del percorso (come può essere la risoluzione di un'algia secondaria ad una postura errata), ma anche per trasmettere un messaggio educativo agli sfortunati protagonisti del progetto: non arrendersi alle costanti difficoltà! A conclusione del progetto, in presenza del di-

rettore e di altre figure dirigenziali della Casa Circondariale, è stato consegnato ai partecipanti, un fascicolo riassuntivo del lavoro effettuato ed un attestato di frequenza.

La Redazione

IMPORTANTE

Si invitano tutti i soci a produrre articoli e ad inviarli alla Redazione, ricordando a tutti che è proprio grazie alla collaborazione e dedizione di tanti colleghi che questa pubblicazione mantiene sempre aggiornati ed interessanti i suoi contenuti.

Norme per gli autori

- L'accettazione degli articoli è subordinata al giudizio della redazione.
- I testi inviati per la pubblicazione devono essere inediti, con un numero massimo di 10.000 battute (spazi inclusi) e devono riportare i riferimenti bibliografici.
- Qualora nell'articolo l'Autore inserisca citazioni tratte da testi scientifici o di altro tipo deve evidenziare il passo citato e segnalarne la fonte
- La redazione si riserva di chiedere all'Autore eventuali modifiche o chiarimenti del testo
- Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità dell'Autore.

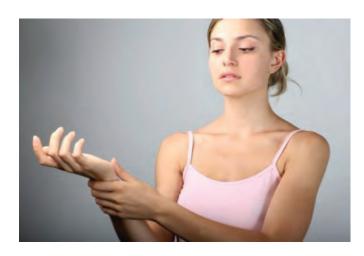






LA RIABILITAZIONE NELLE MALATTIE RARE: LA SINDROME DI CHARCOT-MARIE-TOOTH

¹ Tardocchi R., ² Cataldi F., ³ Maselli F.



e malattie rare¹, in ambito comunitario, si definiscono tali in quanto sono una serie di patologie che hanno una prevalenza nella popolazione inferiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti, (si possono avere percentuali di prevalenza diverse in altre parti del mondo). Si tratta di patologie assai diverse, complesse, degenerative, cronicamente invalidanti, caratterizzate da svariate manifestazioni cliniche, talune delle quali gravissime, accomunate però da problematiche assistenziali simili¹. Possono essere colpite le abilità fisiche e/o mentali, le capacità sensoriali e/o comportamentali¹.

Alcune di tali patologie rare riduce a circa un terzo le attese di vita a meno di 5 anni, mentre molte altre non incidono significativamente sulla durata della vita, se vengono diagnosticate in tempo e trattate appropriatamente.

Infatti sono numerosi i trattamenti sintomatici, di supporto, educativi, palliativi e riabilitativi, che possono cambiare notevolmente il decorso clinico, l'attesa di vita, il grado di autonomia e la qualità della vita delle persone affette e dei loro familiari¹.

In questa trattazione prenderemo in esame una particolare malattia rara chiamata Sindrome di Charcot-Marie-Tooth.

La malattia di Charcot-Mane-Tooth (CMT), nota anche come neuropatia ereditaria sensitivomotoria (HMSN), è una neuropatia simmetrica distale mista prevalentemente motoria a eziologia genetica (autosomica dominante 80-90%, legata

al sesso 10-20%, recessiva <1%). È causata da alterazione nei numerosi geni che codificano per la mielina o per l'assone.

E' caratterizzata da una lenta e progressiva debolezza muscolare distale, atrofia, perdita di sensibilità, con sintomi e segni più pronunciati nei piedi e nelle mani^{2,3}. La forma più frequente genetica di CMT è la CMT1A, che costituisce circa il 60-70% dei casi di tipo 1 e il 50% di tutti i casi di CMT⁴. La prevalenza stimata di Charcot-Marie-Tooth di tipo 1A (CMT1A) è di 1 ogni 5.000 persone⁴. La CMT1A è causata da una duplicazione 1.4 Mb sul cromosoma 17p11.2 nella regione contenente il gene PMP22^{5,6}.

La CMT colpisce il Sistema nervoso periferico e compromette le terminazioni nervose che interessano i piedi, le gambe dal ginocchio in giù, le mani, le braccia dal gomito in giù. Solo raramente possiamo trovare problemi anche all'udito, alla vista, alle corde vocali, e più frequentemente alla spina dorsale. Non sempre sono colpite le funzioni di entrambi gli arti superiori e inferiori, o meglio, anche se il deficit neurologico viene evidenziato in tutto il sistema periferico, possiamo avere sintomi evidenti solo alla deambulazione e non alle funzioni manuali (quasi mai viceversa). E' importante ricordare che non esistono ad oggi

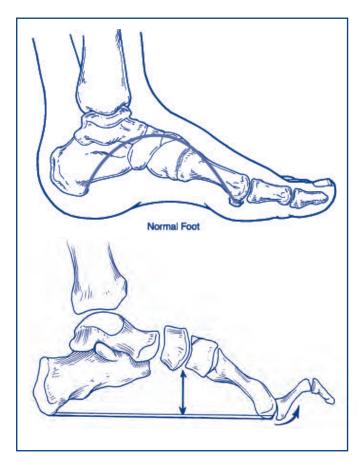






studi scientifici approfonditi sulla sintomatologia della CMT e che quindi non sono ancora disponibili dati statistici in merito.

La CMT inizia generalmente nell'infanzia o nell'adolescenza, la progressione è molto lenta, spesso sono presenti lunghi periodi di stazionarietà clinica e la durata della vita non è ridotta. La CMT non può essere guarita, è causa di disabilità fisica di gravità variabile e riduce la qualità della vita sia negli aspetti fisici sia in quelli mentali.



I primi sintomi sono inciampo sull'avampiede o per piccoli gradini, distorsioni di caviglia, goffaggine nel camminare, crampi ai polpacci. Con il passare del tempo la deambulazione può divenire steppante o pendolare, con difficoltà a fare le scale senza corrimano e su terreno non piano, tuttavia la capacità di deambulare viene perduta molto raramente. Alle mani la malattia inizia più tardi e nella maggioranza dei casi l'indebolimento è lieve, per cui i pazienti lamentano un deficit funzionale solo nell'esecuzione di movimenti che richiedono forza e destrezza nel medesimo tempo, quali usare bottoni e chiusure lampo, cucire, scrivere calcando, infilare e girare una chiave, allacciarsi una collana. Spesso sono presenti deformità osteoarticolari ai piedi (cavismo, piattismo, dita a griffe), alle ginocchia (recurvato), alle anche, alla colonna e alle mani. A causa dell'esordio insidioso, alcuni pazienti non sono consapevoli della loro malattia e si rivolgono al medico solo in età avanzata. I genitori, gli operatori sanitari, o gli insegnanti possono notare goffaggine, distorsioni frequenti, scarse prestazioni atletiche, mal posizionamenti del piede durante il cammino del bambino.

Non di rado, gli individui asintomatici vengono rilevati durante lo screening delle famiglie dopo che è stata diagnosticata ad un parente. A seconda dell'età di insorgenza, i bambini possono avere risultati agli esami diagnostici normali.

La difformità della valutazione degli outcomes, nella letteratura internazionale limita notevolmente la "potenza" della ricerca in ambito riabilitativo e richiede uno sforzo di omogeneizzazione nelle valutazioni⁷. Anche nell'ambito della valutazione delle manifestazioni cliniche della CMT si rende necessaria una riflessione⁷.

Allo scopo di definire un protocollo che consenta una valutazione neuro-fisiatrica e riabilitativa comune è necessario costituire un gruppo di lavoro composto da neurologi, fisiatri, neuropsichiatri infantili, ortopedici, fisioterapisti, psicologi e pazienti⁷.

Il protocollo di valutazione "di minima" prevede: esame obiettivo neurologico; valutazione manuale della forza muscolare mediante scala MRC, una scala di disabilità composita, il CMT Neuropathy Score, il questionario Walk-12 per la disabilità nel cammino, la Scala MAM per l'arto superiore, la VAS per dolore, fatica, crampi, la Scala di BERG per equilibrio e quando possibile anche l' SF- 36, questionario di qualità della vita autosomministrato, il Test dei 9 pioli (9 hole peg test, 9HPT) ed il 10 mt timed walking7. Il protocollo "intermedio" prevede il 6-M. Walking Test, il Jebsen Test, la Valutazione obiettiva delle prese pollice-indice, tridigitale, palmare, la valutazione del consumo di ossigeno, una ripresa video del cammino, NPSI per il dolore neuropatico ed un Questionario per la fatica (MFIS)7.

Le misure raccomandate da impiegare per studi specifici sono la misurazione della stenia con dinamometro (raccomandato il miometro manuale Citec), con misurazione di handgrip, 3-point pinch, flesso-estensione del piede), la Gait Analysis, la Stabilometria e la Baropodometria⁷. La riabilitazione della CMT mira al migliora-





mento della qualità della vita dei pazienti affetti mediante una presa in carico globale da parte di un'équipe multispecialistica e multiprofessionale. L'intervento riabilitativo deve tener conto delle esigenze di normalità dei pazienti, pertanto vanno evitati l'eccessiva medicalizzazione: la fisioterapia di durata indeterminata, le calzature ortopediche su misura e il ricorso troppo precoce alle ortesi e agli ausili. Il trattamento riabilitativo varia negli arti inferiori, a seconda dell'estensione in direzione disto-prossimale dell'indebolimento muscolare e delle alterazioni biomeccaniche che ne conseguono, e, nella mano, in base al tipo di pinza residuo.

La riabilitazione quindi di questi pazienti si propone di prevenire le complicanze, per ridurre o rinviare i loro limiti nell'attività, e di ottimizzare la loro partecipazione nella società, in presenza di malattia cronica. In attesa di una terapia farmacologica risolutiva per la CMT, si ribadisce l'importanza della presa in carico globale dei pazienti, per aiutarli a vivere con la malattia nella maniera più normale possibile.

Gli obiettivi⁸ della fisioterapia nel contesto della malattia CMT sono molteplici. Tra questi, quelli più rilevanti sono:

- Miglioramento della forza muscolare;
- Miglioramento dell'equilibrio;
- Riduzione dell'affaticabilità:
- Prevenzione e trattamento delle deformità:
- Promozione della mobilità:
- Prevenzione delle cadute:
- Miglioramento della funzione prensile;
- Prevenzione e trattamento del dolore;
- Soluzione dei problemi psicologici.

Possiamo affermare con certezza che la Charcot Marie Tooth è una malattia altamente invalidante tale da rendere necessario un intervento assistenziale permanente e continuativo e globale nella sfera individuale o in quella relazionale ma solo in rari casi arriva a compromettere totalmente l'autonomia della persona e solo in pochi casi presenta una grave disabilità che costringe all'uso di sedie a rotelle (Legge 104 art.3, comma 3).

Autori:

- * PT, BSc, Private practitioner
- ** PT, BSc, OMT, Private practitioner
- *** PT, BSc, MSc, OMT, Assistant Lecturer Genova University, SMR Puglia INAIL

BIBLIOGRAFIA

- BOZZA di Piano Nazionale Malattie Rare 2013-16 / Ministero della Salute.
- 2. Harding AE, Thomas PK. The clinical features of hereditary motor and sensory neuropathy types I and II. Brain 1980; 103(2): 259-80.
- Birouk N, Gouider R, Le Guern E, Gugenheim M, Tardieu S, Maisonobe T, et al. Charcot-Marie-Tooth disease type 1A with 17p11.2 duplication. Clinical and electrophysiological phenotype study and factors influencing disease severity in 119 cases. Brain 1997; 120 (Pt 5): 813-23.
- Nelis E, Van BC, De JP, Lofgren A, Vandenberghe A, Latour P, et al. Estimation of the mutation frequencies in Charcot-Marie-Tooth disease type 1 and hereditary neuropathy with liability to pressure palsies: a European collaborative study. Eur J Hum Genet 1996; 4(1): 25-33.
- Lupski JR, de Oca-Luna RM, Slaugenhaupt S, Pentao L, Guzzetta V, Trask BJ, et al. DNA duplication associated with Charcot-Marie-Tooth disease type 1A. Cell 1991; 66(2): 219-32.
- Raeymaekers P, Timmerman V, Nelis E, De JP, Hoogendijk JE, Baas F, et al. Duplication in chromosome 17p11.2 in Charcot-Marie-Tooth neuropathy type 1° (CMT 1A). The HMSN Collaborative Research Group. Neuromuscul Disord 1991; 1(2): 93-7.
- Ferraro F., Schenone A., Padua L., Pareyson D. Definizione di un protocollo di valutazione per la verifica dell'outcome nella persona con malattia di Charcot-Marie-Tooth (CMT). Abstract Book. 37° Congresso SIMFER. 2009.
- Vinci P. Approccio clinico e riabilitativo alla malattia di Charcot-Marie-Tooth. In Valobra GN.: Trattato di medicina fisica e riabilitazione. Cap 132, Utet editore, 2008.

Segreteria Redazionale:

A.I.Fl. - Puglia

Casella Postale 386 - Piazza Umberto I, 33/A 70121- BARI

Direttore Responsabile: Vincenzo Italiano

Comitato di Redazione: Denis Pennella

Alessandro Stasi **Concetta Pesce** Alessandro Rahinò

Redattore capo: **Marco Cordella**

Rappresentante Legale: Fabio Domenico Mazzeo

Stampa: Litografia Ettorre

Grottaglie (Taranto)









Dott. Ft. Aquilino Ferdinando - Dott. Ft. Savino Francesco

INTRODUZIONE

Il tronco è l'area chiave centrale della risoluzione di innumerevoli problematiche in un paziente che ha subito un ictus. Ovviamente oltre a considerare quest'ultimo, bisogna soffermarsi anche sulle aree chiavi prossimali e distali. Tutto questo rispetta i principi del CONCETTO BOBATH, dove attraverso delle facilitazioni è possibile enfatizzare un movimento, raggiungendo cosi degli obiettivi. Le funzioni primarie dell'area chiave centrale sono soprattutto l'equilibrio, il controllo posturale e soprattutto un riferimento stabile per la funzione degli arti. Il tronco nonostante tutto deve mantenersi stabile contro la gravità e muoversi liberamente in modo da assumere le innumerevoli posture necessarie alle attività quotidiane. La postura è alla base del movimento e tutti i movimenti iniziano e hanno termine in postura. Questa frase ha molta importanza nel ragionamento clinico perché se partiamo da questo presupposto otterremo dei risultati importanti. Se si fà un'attenta analisi del passo risulta evidente la compromissione del tronco.

PRINCIPI

Con l'evento dell' ictus già nei primissimi giorni, si cerca di evitare enormi stimolazioni provenienti dall'ambiente esterno perché il SNC subisce un cambiamento di plasticità neuronale. Infatti viene interessata l'espressione genica, fattori neurotrofici, trasporto assonale, gemmazione collaterale ed infine la riorganizzazione delle mappe corticali. La prima difficoltà che si riscontra nel post-ictus, da parte del paziente, è la gravità. A questo punto bisogna considerare dei concetti molto importanti per affrontare e raggiungere degli obiettivi. In primis consideriamo il controllo posturale (capacità di mantenere la stabilità e l'orientamento del corpo in un antigravitazionale), l'equilibrio (ossia contesto quando la proiezione del suo centro di massa cade all'interno della base d'appoggio) e infine il balance. Il balance è un concetto molto importante nel ragionamento bobattiano, infatti è la capacità di mantenere il suo centro di massa ad una certa distanza dalla base di appoggio, vincendo la forza di gravità che tenderebbe a farlo collassare.

PROBLEM SOLVING E SCALE DI VALUTA-ZIONE

La valutazione iniziale del paziente neurologico è fondamentale per un buon approccio riabilitativo. I tempi che occorrono per una buona valutazione vanno da 1-3 giorni di trattamento, dopo di che si procede con lo studio della funzione per poi terminare con il recupero del paziente a seconda degli obiettivi prefissati inizialmente. Molti pazienti che hanno subito un ictus spesso hanno problematiche non solo motorie ma anche cognitive, quindi i tempi di recupero varieranno a seconda dell'entità. Ogni paziente è diverso dall'altro, ha una propria reattività neuro plasticità post-ictus, ed è proprio questa che ci permetterà di definire i tempi di recupero. Per la durata , anche qui non viene definita, dipenderà dagli obiettivi che giornalmente si prefiggono e dai risultati che si otterranno per poi procedere nei giorni successivi. Ogni singola seduta mi permetterà di capire se il paziente ha dei buoni potenziali, velocizzando cosi i tempi di recupero. Giorno dopo giorno il modo di interagire con" l'ambiente esterno" cambierà diventando parte di se. Possiamo aiutarci con delle scale di valutazione come linee guida (Postural Assessment Scale For Stroke, Berg Balance Scale, Motri-









city inde&TCT) utili per "segnalare", con valori attendibili, le varie problematiche presenti nel paziente. Queste scale devono essere utilizzate ad ogni inizio e fine trattamento, per poter osservare se ci sono stati dei cambiamenti positivi o negativi, valutando cosi il cambiamento posturale e l'adattamento del tono. In definitiva queste scale sono strutturate per essere eseguite a pazienti con stroke, in fase acuta e in fase sub-acuta. Premettendo che la spasticità è la componente neurale dell'ipertono, ossia velocità dipendente, mentre quest'ultimo è caratterizzato da alterazioni neurali, modificazioni meccaniche e riorganizzazione plastica. Le due scale più conosciute e utilizzate per la spasticità sono l'Ashworth scale e la Tardieu scale. Quindi l'obiettivo del trattamento è ottimizzare la funzione migliorando il controllo posturale ed il movimento selettivo attraverso la facilitazione.

TRATTAMENTO

Prima di tutto accertarsi che i disordini muscolo scheletrici presenti, siano stati visionati e trattati con tecniche di terapia manuale. Il problema fondamentale in questi pazienti è la perdita selettiva del tronco. La forza di gravità è un enorme problema in questi pazienti (nelle fasi iniziali)indipendentemente dal tipo di azione muscolare richiesta, come prima accennato. I muscoli addominali mostrano una perdita di attività e di tono. La prima fase di trattamento riguarda l'espirazione assistita in decubito supino. Successivamente viene eseguita una

respirazione diaframmatica facilitata, utile per correggere passivamente la posizione del torace. Dopo aver eseguito queste due manovre si passa prima alla flessione combinata con rotazione passiva della parte superiore del tronco, cosi facendo inibiremo la spasticità degli arti, poi movimento attivo facilitato del tronco e del capo con l'assistenza del fisioterapista. Infine si passa al "rotolamento" dalla posizione supina a quella prona.

A questo punto si passa da decubito supino/ prono a quella seduta, ipotizzando che il nostro paziente "non abbia enormi difficoltà" è possibile passare in stazione eretta. Non ci sono dei tempi di trattamento stabiliti nei vari passaggi posturali, sta a noi fisioterapisti osservare attentamente il cambiamento di quella situazione. Ogni passaggio posturale deve essere eseguito cautamente con le rispettive facilitazioni.

CONCLUSIONI

Concludendo possiamo dire che "il movimento degli arti è governato dalle mani e dai piedi attraverso la via cortico-spinale e cortico-rubro spinale", ma nell'uomo la maggior parte del "lavoro" del SNC durante un movimento, viene svolta dal tratto cortico-reticolo-spinali e dal tratto vestibolo-spinale oltre che dal cervelletto. Quindi una lesione cerebrale influenza più il controllo posturale che il movimento degli arti. Infine deduciamo che un corpo instabile non può muoversi, un corpo instabile tende a fissarsi ed un corpo fisso non si muove però se rispettiamo tutti i principi del Concetto Bobath possiamo ricavarne enormi benefici su tutti quei pazienti con lesioni del SNC.

Bibliografia:

Bobath Concept: Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation. Sue Raine, Linzi Meadows, Mary Lynch-Ellerington - 2009

Right in the Middle- Emiplegia: Nuovi progressi nel trattamento. Davies, Patricia M.- 1990

I muscoli. Klaus-Peter Valerius, Astrid Frank, Bernard C. Kolster - Edi. Ermes - 2011

Gait Analysis: Normal and Pathological Function. Jacquelin Perry , Judith Burnfield - 2010







LETTERATURA IN PILLOLE

Dott. Ft. Denis Pennella Libero professionista presso Studi Associati FTM "Fisioterapia e Terapia Manuale"



I titolo è banale. Ma l'associazione di parole esprime esattamente il messaggio che vogliamo rendere. In maniera estremamente semplicistica vorremmo, attraverso questa NUOVA rubrica, somministrare come una

pillola delle informazioni provenienti da letteratura scientifica perché possa cambiare la nostra pratica clinica, QUANDO necessario, verso direzioni più corrette. In queste pagine spazieremo tra differenti argomenti proponendo il risultato di alcune ricerche scientifiche, eseguite con criteri metodologici seri, perché possa essere apprezzata l'essenza del lavoro di ricerca: la possibilità che le informazioni o i dati espressi possano in qualche modo far riflettere sulla pratica clinica dei lettori e far porre sempre quella giusta domanda che dovremmo porci ,in verità, ogni momento:

Stiamo adottando la strategia più efficace per il nostro paziente?

Rompiamo gli schemi delle presentazioni e questa volta approcciamo agli articoli proposti, direttamente, senza alcun preambolo, senza alcuna introduzione... senza ahimè rendere ragione dell'argomento che stiamo affrontando che, in verità, meriterebbe una trattazione più ampia a profonda. Ci riserviamo di dedicare spazio alla cosa nel prossimo numero, dove a prendere la parola sarà un collega che si occupa di Ricerca e di Evidence oramai da anni, il dott. (FT) Filippo Maselli. Per adesso quindi gustiamoci un po' di



pillole di letteratura, mandiamole giù, digeriamole confrontando quanto espresso con la nostra
stessa pratica clinica e con la nostra esperienza.
E senza partire dal presupposto dogmatico che
quanto pronunciato dalla referenza sia la Verità, ma semplicemente cercando, in quel dato,
lo spunto per un confronto ragionato dal quale
partorire un approccio migliore nei confronti della
professione, sempre in favore del Paziente, auguriamo una Buona Lettura sperando che questa
Rubrica sia gradita a tutti i lettori, od almeno ai
più!! Vi ricordiamo inoltre che sarà possibile inviarci commenti, suggerimenti e critiche attraverso
il sito www.aifipuglia.it ed i canali sociali come
Facebook e Twitter.

Do L5 and S1 Nerve Root Compressions Produce Radicular Pain in a Dermatomal Pattern? *Taylor et al. SPINE, 2013*

In presenza di ernia discale che contatta e comprime la radice nervosa, la presentazione clinica del paziente è abbastanza chiara e comprende segni e sintomi riferibili al sistema nervoso (dolore, parestesie, formicolii, punture, intorpidimento, debolezza muscolare, assenza di riflessi, ecc...). Per quanto riguarda la distribuzione dei disturbi della sensibilità e del dolore ci si affida molto spesso alle mappe dermatomeriche le quali correlano la zona interessata dal disturbo ad una radice specifica. Didatticamente questo espediente è assolutamente indispensabile per individuare la presenza di un problema legato ad una radice o

più radici coinvolte per esempio, oppure a discriminare un dolore radicolare da una radicolopatia, ecc; sempre comunque con importanti ripercussioni sulle scelte terapeutiche da adottare.

Di certo, o quasi, possiamo però affermare che il pattern di distribuzione del DOLORE non é sempre così specifico nei pazienti affetti da compressione (documentata radiologicamente) della radice nervosa, anzi tutt'altro...

Nello studio citato é stato analizzato il territorio di distribuzione del dolore in pazienti affetti da ernia discale, con compressione delle radici nervose di L5 ed S1, con conferma diagnostica strumentale (RM).

Il risultato é stato che la distribuzione del dolore nei 179 pazienti reclutati non era praticamente





mai completamente coerente con le mappe dermatomeriche. Solo 1 paziente con compressione in L5 aveva una distribuzione del sintomo "dolore" per più del 50% nel suo territorio; e nemmeno un paziente con compressione della radice S1 invece riportava una correlazione di più del 50% della distribuzione del dolore nel territorio dermatomerico relativo.

In conclusione possiamo dire che, sebbene le caratteristiche del dolore da compressione della radice siano abbastanza chiare, la distribuzione del dolore stesso non può indurci a discriminare la radice specifica coinvolta.

Sciatic neuritis after lumbar decompression surgery.

Lykissas MG et al.

Fallimento (per il paziente) della Chirurgia decompressiva: sciatica primaria o secondaria?

I pazienti affetti da sciatica, trattati con decompressione chirurgica, a volte non risolvono la loro sintomatologia primaria assistendo di fatto ad un fallimento del trattamento. Questa é una triste realtà di cui i pazienti dovrebbero essere sempre informati e le variabili determinanti possono essere un esame clinico bene eseguito (con "conforto" diagnostico strumentale), una tempistica di intervento adeguata, un approccio conservativo mirato a discriminare la reale necessità dell'intervento (a meno di compressioni acute che necessitano di repentino intervento), una tecnica chirurgica corretta e sopraffina per eliminare la reale causa di compressione. Ma dopo l'intervento chirurgico può essere importante, ai fini dell'approccio terapeutico del fisioterapista, discriminare una sciatica primaria (che residua dopo intervento chirurgico per un gap in una delle variabili descritte) da una Sciatica Secondaria, dovuta ad una nuova compressione della radice spinale o del nervo lungo il suo decorso causata per esempio da un ematoma, sieroma o ascesso post-chirurgico. É il caso, descritto nell'articolo citato, di una donna di 68 anni sottoposta a chirurgia decompressiva della radice spinale la quale ha residuato una Infiammazione del Nervo Sciatico secondaria (nuova) dopo l'intervento.

Bidirectional relationships between cigarette use and spinal pain in adolescents accounting for psychosocial functioning.

Gill DK et al.

Sigarette e Mal di Schiena:

Uno studio fatto con 2887 adolescenti di 14 e 17



anni ha evidenziato una correlazione bidirezionale tra FUMO DI SIGARETTA e DOLORE ALLA SCHIENA (Lombare, Dorsale e Cervicale). Per esempio se a 14 anni fumi probabilmente a 17 anni avrai maggiore possibilità di avere mal di schiena (nella zona toracica). E se a 14 hai dolore lombari hai maggior rischio di diventare un fumatore a 17 anni. Fate un po' voi...

Numeric and morphological verification of lumbosacral segments in 8280 consecutive patients.

Paik NC et al.

Degli 8280 pazienti consecutivi sottoposti a Risonanza Magnetica, 214 (2,6%) hanno 4 vertebre Lombari, 7384 hanno 5 vertebre Lombari e 682 (8,2%) hanno 6 vertebre Lombari.

Quindi quasi l'11% dei pazienti ha una variazione anatomica del numero delle vertebre del tratto lombare; le conclusioni sono facili...

Immediate Effects of Region-Specific and Non-Region-Specific Spinal Manipulative Therapy in Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial Ronaldo Fernando de Oliveira et al.

La Manipolazione ad alta velocità e bassa ampiezza (HVLA) riduce il dolore nella Lombalgia Cronica?? SI

Deve essere eseguita sul segmento dolente specifico oppure può essere Aspecifica? É LA STESSA COSA!! Queste le conclusioni dello studio che segue, in cui 148 pazienti con lombalgia da +12 mesi sono stati trattati con singola manipolazione specifica sul segmento lombare piú dolente (74 pazienti) e non specifica con manipolazione HVLA toracica (74 pazienti). Sono stati confrontati i risultati relativi al dolore, misurato con VAS, relativi a prima/dopo la manipolazione. E non sono state







trovate significative differenze tra i due gruppi di pazienti, così da concludere che, in questo studio, la specificità non ha grande impatto sull'esito della tecnica per ridurre il dolore in pazienti con LBP cronico...

Perspectives on Acne: What Twitter Can Teach Health Care Providers

Melissa Shive et al. - JAMA Dermatol. 2013 Anche un Tweet può far bene ai pazienti! Uno studio appena apparso su Jama Dermatology conclude che è possibile, attraverso i nuovi social network come Twitter, farsi un'idea attendibile su ciò che la popolazione generale pensa per esempio di condizioni come l'acne, e intervenire per contrastare le false credenze e diffondere efficacemente informazioni attendibili attraverso un canale molto usato in particolare dagli adolescenti. Un gruppo di ricercatori diretti da Kamal Jethwani, del Center for connected health di Boston, negli Stati Uniti, ha usato un sistema semplicissimo per indicizzare tutti i brevi messaggi (chiamati in gergo "tweet", ovvero cinguettii) che contenevano una o più tra 5 parole chiave sulla falsariga di "foruncoli", "brufoli" acne (in inglese hanno usato "pimple", "pimples", "zit", "zits" e "acne"), inviati al social network nmell'arco di due settimane nel giugno del 2012.

Una volta recuperati i moltissimi messaggi, hanno selezionato solo quelli – in inglese - che erano stati ridiffusi (in gergo si dice "ritwittati") almeno una volta, così da concentrare l'attenzione su quelli che hanno definito "ad alto impatto". Questi sono

stati poi ancora classificati in base al numero di ripubblicazioni e collocati in quattro diverse categorie: personale, celebrità, educazione, più una riservata ai messaggi che a un esame più approfondito sono risultati non attinenti. In questo modo si è passati da oltre 392.000 messaggi a 8.192. La categoria educazione è stata a sua volta suddivisa in: domanda sulla malattia, informazione sulla malattia domanda sulla terapia, informazione sulla terapia "branded" (con citazione di un prodotto specifico), informazione sulla terapia non-branded e informazione sulla terapia ambigua.

I più comuni (43,1%) sono risultati i messaggi personali, seguiti da quelli di argomento educativo (27,1%, di cui due terzi circa sulla malattia e un terzo sulle terapie) e da quelli sulle celebrità (20,4%). «Ci sono molti commenti negativi sull'acne in circolazione su Twitter, oltre a false credenze, informazione scorretta e rimedi casalinghi non convenzionali» concludono Jethwani e colleghi. «La comunità dei dermatologi dovrebbe essere consapevole di queste credenze popolari per poter rispondere efficacemente, e per poter fare la miglior opera di educazione possibile, sia online che in ambulatorio».

Tale riflessione può facilmente essere ricondotta al campo della fisioterapia, dove ancora oggi e forse soprattutto oggi, false credenze, miti e santoni fuorviano il pensiero cosciente e razionale dei pazienti (e degli operatori). Fare informazione sui canali Social diventa una responsabilità dalla quale una azienda e dei professionisti seri non dovrebbero mai sottovalutare.









www.ecmservicesas.it

PROMO
SCONTO 10%
su tutti i corsi
ECMSERVICE sas
per i fisioterapisti
iscritti A.I.Fi. 2013

Corsi ECM Puglia per Operatori Sanitari

Proposte formative

2° semestre 2013

- Terapia manuale secondo il concetto OMT Kaltenborn Evjenth 4°
 modulo: dal 29 settembre al 3 ottobre
- Corso Cyriax (n. 6 moduli): 1° modulo 4 -5 6 ottobre
- Trattamento del dolore e facilitazione della postura con nastro kinesiologico: 19 e 20 ottobre
- Interventi riabilitativi nella Sclerosi Multipla: novembre
- Valutazione e trattamento dell'adulto con disturbi neurologici secondo il concetto Bobath (corso base): inizio novembre
- Corso Pilates con roller applicato all'esercizio fisico riabilitativo:
 16 e 17 novembre
- Tecnica Pompage La mobilizzazione delle fasce : 30 novembre e
 1 dicembre 18 e 19 gennaio 2014

Maggiori info: www. ecmservicesas.it





CASE REPORT... una spalla per riflettere col chirurgo

Fabrizio Brindisino*, Denis Pennella**, Giuseppe Giovannico***

Il caso in questione è quello di un paziente, giovane maschio di 23 anni, la cui presentazione in studio con una prescrizione medica un po' troppo cautelativa ci ha spinti ad intraprendere un colloquio diretto col chirurgo, al fine di discutere le motivazioni dell'atteggiamento adottato.

Crediamo sia molto frequente incorrere in prescrizioni troppo prudenti nei confronti degli impianti chirurgici che non tengono però conto delle modificazioni che possono instaurarsi a carico delle strutture biologiche all'interno delle quali sono inseriti. In questi casi è bene intraprendere un rapporto diretto col chirurgo, cercando di capire le motivazioni di tali scelte e poter ragionare sulle strategie migliori da adottare per garantire il miglior trattamento possibile al paziente e tutelare al tempo stesso la propria responsabilità. Il paziente giunge in studio con la diagnosi di "frattura completa pluriframmentaria dell'epifisi e del collo chirurgico dell'omero dx, con scomposizione dei frammenti ed epifisi che si presenta ruotata ed ingranata lungo il versante esterno dell'asta diafisaria, lateralizzata con decorso obliquo. Testa omerale abbassata rispetto alla superficie glenoidea "; e prescrizione di immobilizzazione in tutore per 30 giorni da rimuovere solo per effettuare la fisioterapia.

Il chirurgo, estremamente cauto, prescriveva solo una mobilizzazione al di sotto degli 80° di flessione e di abduzione; abbiamo reputato tali indicazioni troppo restrittive, tendenti più al preservare l'impianto che alla ripresa funzionale di un arto le cui parti molli spesso evolvono in retrazioni e rigidità post-chirurgiche. Abbiamo quindi espresso le nostre perplessità al medico per capire quali elementi avevano determinato questo atteggiamento così prudente, convenendone che si sarebbe proceduto ad un trattamento più "aggressivo", sempre tutelando l'impianto ma preparando adeguatamente l'ambiente intra- ed extra-articolare evitando quanto più possibile le conseguenze di una prolungata immobilità con tecniche tendenti ad ottimizzare:

- il riconoscimento della posizione scapolare e la presa di coscienza del ritmo scapolo toracico;
- la preservazione dei movimenti accessori della gleno-omerale;





- il trattamento dell'edema e della cicatrice immediatamente dopo la desuturazione, al fine di evitare eventuali aderenze sottocutanee;
- la riduzione del DOLORE.

Il dolore del paziente ci ha spinto ad impostare un trattamento quotidiano, prescrivendo in auto trattamento soltanto caute auto-mobilizzazioni, esercizi in scarico, tutore notturno, mobilizzazione di gomito/polso e crioterapia, in accordo con la prescrizione medica.

All' osservazione la spalla, nell'immediato postchirurgico, si presenta gonfia ed edematosa soprattutto in prossimità della breccia chirurgica, nella loggia anteriore, dal cavo ascellare sin poco sopra il processo coracoideo. L' atteggiamento, rimosso il tutore, è quello "di protezione": braccio addotto e leggermente flesso, con gomito flesso a 90° e avambraccio poggiato sull'addome: la sensazione di pesantezza del braccio e la paura del movimento fanno si che il paziente si regga l'avambraccio con l'arto controlaterale.





Come già accennato abbiamo ritenuto fondamentale la conservazione dei movimenti accessori gleno-omerali, ragionando in una ottica di terapia manuale, ed abbiamo quindi inserito immediatamente dei movimenti puri tra le superfici articolari in questione, limitando molto i movimenti angolari sia per il rispetto della sintesi e sia per la presenza di un grado irritabilità alto del paziente, in questa prima fase, seguendo i principi del "Cockpit Model".

Abbiamo deciso di approcciare al paziente con una mobilizzazione in posizione seduta, con tecniche di scivolamento della testa omerale di tipo "load and shift" modificate, cioè senza la compressione, in direzione antero/posteriore e postero/anteriore; apprezzando una sensazione di "end feel" abbastanza fermo a causa dell'edema dell' iperattivazione muscolare. Ci siamo serviti di spugnette per ovattare la presa sulla testa omerale e rendere la manovra stessa più confortevole e meno dolorosa, così da permettere al paziente di concentrarsi sul movimento articolare. Durante la progressione del trattamento siamo poi passati a tecniche di mobilizzazione in posizione supina, non aggressive, di grado 1/2 della scala di Maitland, con glide antero /posteriore della testa omerale, sempre con prese salde e rispettose della sintesi. Abbiamo deciso di bloccare la scapola in questa tecnica grazie al posizionamento di un cuneo posteriore di modo che il movimento, se pur non intenso, possa estrinsecarsi specificatamente a livello della gleno-omerale ed abbiamo eseguito la tecnica a tutti i gradi possibili di abduzione. La tecnica può avvalersi dell'aiuto di una cinghia di tipo Mulligan (fissata anteriormente all'omero e prossimale al cavo ascellare, che viene fatta passare tra le due sub unita del lettino): questa è un'ottima strategia per eseguire una spinta ben monitorata in senso antero /posteriore tramite il piede, ben tollerata dal paziente perché la presa non è puntiforme, efficace sia come glide intermittente che mantenuto in tutti i gradi di abduzione concessi dal paziente.

Un altra tecnica a nostro avviso importante da somministrare in questa prima fase del trattamento riabilitativo è stata il glide postero / anteriore, in grado 1-2 di Maitland, della testa dell'omero con paziente prono, con scapola stabilizzata da un cuneo che abbiamo posto sotto la coracoide, con l'interposizione di una spugnetta per aumentare il comfort. Questa tecnica, a tutti i gradi consentiti di abduzione, deve essere eseguita monitorando costantemente il dolore

del paziente, che deve essere sempre sopportabile: questi infatti è ancora in fase "acuta", con grado di irritabilità elevato: non bisogna avere fretta, e rischiare magari di ritardare i processi di guarigione per "interventi riabilitativi" troppo intensi o dolorosi, ma nemmeno esser troppo cauti ritardando la progressione delle manovre. Un intervento che si rende necessario in questa prima fase della fisioterapia è il trattamento delle strutture inferiori; un problema ricorrente in questi casi infatti è quello dell'accorciamento delle stesse che quindi determinano una grave e spesso non recuperabile alterazione del ritmo scapolo-toracico: il segno più evidente è la presentazione sotto ascellare dell'angolo inferiore della scapola ad un movimento di flessione già prima dei 90°. Una strategia che abbiamo attuato in tal senso, senza mettere in pericolo l'integrità della sintesi (ricordiamo che la consolidazione non è ancora completa e quindi è ben presente il rischio di danneggiare l'intervento con forze troppo elevate e angoli di lavoro non idonei) è stata quella di porre il paziente in diagonale sul lettino, abdurre al massimo grado consentito l'omero con gomito flesso, porsi con il petto quasi a contatto col gomito del paziente e perpendicolarmente all'asse diafisario dell'omero stesso. porre la prima commisura sulla testa omerale ed esercitare un glide supero inferiore puro: se la mano é davvero prossimale alla volta acromion claveare non si rende necessaria una fissazione caudale che provocherebbe altresì un "momento di forza" potenzialmente dannoso a livello della sintesi.

La tecnica la associamo ai gradi sopportabili di intra ed extra rotazione.

Al trattamento articolare sopra descritto abbiamo associato un massaggio intenso delle masse muscolari, tecniche di linfodrenaggio per il controllo e la riduzione dell'edema ed il trattamento della cicatrice, dopo la desuturazione







con le tecniche di Cyriax e di scollamento con metodiche di tipo "vacuum" con "Traxator".

Punto cardine della fisioterapia in questa prima fase resta l'auto-trattamento domiciliare, che nel tempo assume un ruolo determinante per l'acquisizione di nuove abilità e competenze: il paziente viene esortato a muovere attivamente gomito e mano in tutte le direzioni e tutti i piani, evitando i movimenti attivi di spalla e maggiormente quelli in rotazione, sempre fuori dal range di dolore non sopportabile e "che peggiora".

Dopo il primo controllo il chirurgo autorizza il paziente ai movimenti attivi ed alle rotazioni. Il lavoro della prima fase é stato propedeutico per il facile raggiungimento di una immediata mobilità di 100° di flessione, 95° di abduzione e 40° di estensione. I movimenti di rotazione sono stati sollecitati già dall'inizio in regime di non dolore e come aspetto aggiuntivo dei glide somministrati; ora si tratta di enfatizzare queste stesse componenti con tecniche leggermente più aggressive, con glide associati ai movimenti di rotazione. Nel distretto spalla spesso la regola concavoconvesso non ha valore clinico, nel senso che non essendo ben chiaro se un movimento in rotazione esterna, per esempio, preveda un movimento accessorio di scivolamento anteriore o posteriore si opta per l'esecuzione di diversi movimenti associati in differenti direzioni sulla base della risposta clinica del paziente (dolore e incremento dell'articolarità). Ragionando in tal senso abbiamo ottenuto un veloce incremento del ROM.

Per incrementare il lavoro su questa spalla, una volta certi della avvenuta consolidazione ossea e stabilità della sintesi, abbiamo potuto utilizzare tecniche di trazione mantenuta, anche con braccio abdotto a 90°, con e senza cinghia di fissazione sotto ascellare, aggiungendo gradatamente diversi gradi di intra ed extrarotazione e lavorando a diversi gradi di abduzione per coinvolgere e quindi trattare le diverse regioni capsulari ed extra articolari del distretto.

Non abbiamo ovviamente dimenticato un lavoro specifico per le strutture posteriori, lavorando con diverse tecniche e prevenendo il deleterio fenomeno della "concavity compression" che si verifica per accorciamento delle stesse.

Passando per un lavoro puro articolare attraverso un lavoro di presa di coscienza dei movimenti stessi, angolari e accessori, abbiamo cominciato a concentrare l'attenzione sul controllo motorio del complesso articolare in questione proponendo un incremento anche di attività da eseguire in auto-tratamento domiciliare e diminuendo gradatamente le sedute in studio. Questo ci permette di aumentare la compliance del paziente e diminuire le spese sanitarie a carico dello stesso.

Abbiamo somministrato quindi esercizi per l'allenamento dei muscoli rotatori in tutte le posizioni dell'arto nello spazio, esercizi al muro per aiutare la flessione dell'arto, avvalendoci inizialmente di una cinghia sotto-ascellare per limitare "dall'esterno" l'eccessivo wing scapolare per poi abbandonare la costrizione esterna una volta introiettato il corretto engramma motorio e la precisa posizione dell'arto nello spazio.

Abbiamo utilizzato la resistenza elastica per il rinforzo della muscolatura dell'arto superiore in toto per passare repentinamente a esercizi di coordinazione oculo-manuale, senza e con elementi distraenti: per esempio inseguire un mirino laser con il dito o palleggiare su piano orizzontale/inclinato, su pedana oscillante e su tapis-roulant con velocita variabile, ecc.

La progressione successiva è stata quella di ragionare in una ottica BPS inserendo esercizi costruiti per il recupero ottimale della funzionalità richiesta dal paziente. Abbiamo quindi condotto il paziente in campo, esercitandoci con lui nel suo sport preferito che era il basket, e studiando i movimenti da ogni angolo e in ogni sfaccettatura, passo dopo passo, portandolo gradualmente a ripristinare il corretto algoritmo del gesto atletico. La fantasia del terapista gioca in tal senso un ruolo importantissimo per stimolare, sempre in modo differente ma con la stessa efficacia, il paziente tanto a livello fisico e di capacità di carico quanto a livello di coordinazione e controllo motorio.

Il giovane paziente ha ripreso totalmente le sue attività come precedentemente al trauma.

Autori:

* PT, BSc, Private Practitioner at Studi Associati FTM ** PT, BSc, Private Practitioner at Studi Associati FTM

*** PT, BSc, MSc, OMT, Assistant lecturer Padova University, Private Pratictioner at Studi Associati FTM

Bibliografia

1) Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD000434. doi: 10.1002/14651858.CD000434.pub3.

Interventions for treating proximal humeral fractures in adults. Handoll HH, Ollivere BJ, Rollins KE.

2) Man Ther. 2007 Feb;12(1):3-11. Epub 2006 Jun 13. An evidence-based review on the validity of the Kaltenborn rule

An evidence-based review on the validity of the Kaltenborn rule as applied to the glenohumeral joint.

Brandt C, Sole G, Krause MW, Nel M.

3) Physiotherapy. 1977 Feb;63(2):60-1.

Deep massage.

Cyriax J.







Seguici anche sui social







CRESCITA
SVILUPPO
AMPLIAMENTO

CI TRASFERIAMO NELLA NOSTRA NUOVA SEDE

Via Matarrese n. 47-H BARI











WWW.MEDICALTOOLS.IT

(0805341358





TENDINOSI DEL PICCOLO ROTONDO volley player

(ruolo: centrale; 29aa; serie A lega volley Baku, Azerbaijan; German National player)

Ft. dott.ssa Angela Amodio



a sua contrazione (insieme a quella del Sottospinato) determina la rotazione esterna dell'Omero. Coopera inoltre a mantenere la coesione dei capi articolari della spalla. Il dolore riferito dei TP del Piccolo

Rotondo tende ad essere acuto e profondo ed e' localizzato in una piccola area nella zona dell'inserzione omerale del muscolo, nell'area del Deltoide posteriore. Un altra caratteristica di TP nel Piccolo Rotondo e' spesso la presenza di intorpidimento e formicolio nelle ultime due



dita (anulare e mignolo) della mano, (Nervo Ascellare), la quale come e' facile comprendere puo' dare luogo a svariate diagnosi erronee, in particolare neuropatia ulnare e radicolopatia della C8 (compressione del nervo al livello cervicale). Di per se, il muscolo causa piu' dolore e formicolio che riduzione del movimento.

Tuttavia di solito i TP del Piccolo Rotondo sono secondari a quelli del Sottospinato. Spesso, solo dopo avere disattivato

i TP del Sottospinato ci si rende conto del dolore residuo del Piccolo Rotondo.

Ma il ruolo del centrale, lo definiscono di spalla, perché le intrarotazioni e le extra rotazioni per gli attacchi fast, sette primo tempo e due, richiedono una velocità di molto superiore a quella degli altri ruoli. Infatti fondamentale è la rapidità di esecuzione in fase di attacco per evitare il muro avversario e negli spostamenti laterali in fase difensiva a muro. Quindi, sovra spinato e piccolo rotondo, giocano un ruolo fondamentale, perché sono i primi ad essere interpellati per questi gesti atletici.

Prima settimana:

- LASER I-LUX 1064-810 sui TP attivi con la modalità E²C 8watt per 3 minuti. L'operazione è stata ripetuta 2 volte per ogni TP e per due volte al giorno.
- Nella stessa seduta, si somministra

DOCTOR TECAR nella modalità del recupero della postura.

Mentre lo stretching del Piccolo Rotondo e' da rimandare a dopo la disattivazione dei TP, di immediato beneficio sara' anche qui lo stretching degli antagonisti: in particolare di Pettorali e Sottoscapolare. Riportando cosi' la spalla in posizione piu' arretrata e neutra, i rotatori esterni cessano di essere cronicamente coinvolti in quello che non e' altro che un logorante tiro alla fune muscolare.



Seconda settimana:

- LASER I-LUX 1064-810 sui TP latenti che comprendono stavolta muscoli antagonisti e muscoli stabilizzatori del rachide, con la modalità CW, 6watt 65J per spot.
- L'operazione è stata ripetuta 2 volte per ogni TP e per due volte al giorno.
- LASER I-LUX 1064-810, biostimolante per il sovra spinato, anch'esso extrarotatore ed indebolito a causa della eccessiva sollecitazione per sostituire il piccolo rotondo.
- Nella stessa seduta, si somministra DOCTOR TECAR, per il recupero stavolta delle lunghezze muscolari, utilizzando posture e gesti sport specifici.

In seguito si sospende per circa due settimane, periodo durante il quale, si intraprende un lavoro differenziato sport specifico di riatletizzazione. Ad oggi, si ripete ad uso profilattico, la seduta di biostimolazione del sovra spinoso, 2 volte a settimana e la seduta del recupero delle lunghezze muscolari con DOCTOR TECAR in previsione delle gare settimanali, come mantenimento.





EVENTO FORMATIVO 5-OTTOBRE 2013

Caro collega,

la libera professione del fisioterapista è oggi una realtà sempre più presente e, allora, è opportuno fare un'analisi sulla sua condizione, far conoscere le iniziative che si stanno mettendo in essere sia in ambito nazionale che regionale e creare un momento di incontro e confronto.

Il Convegno "Il Fisioterapista Libero Professionista: attualità e nuovi orizzonti" si propone per l'appunto di enucleare gli aspetti salienti della libera professione, di presentare alcuni progetti innovativi e di proporre come si intende arrivare alla loro realizzazione. Si parlerà di studi professionali, di consorzi, con la presentazione di modelli reali, di convenzioni, di accreditamento, di abusivismo, di assicurazioni, ecc. I Consorzi, ad esempio saranno una novità sicuramente attraente per i professionisti e per i cittadini. Ancora di più lo sarà la presentazione del DdL sull'Accreditamento diretto del Fisioterapista, che sarà uno strumento importante nella nostra regione per lo sviluppo della professione al servizio del cittadino.

RIVOLTO A:

Fisioterapisti iscritti A.I.FI. e non Studenti di Fisioterapia del 3ºanno.



A.I.FI

Associazione Italiana Fisioterapisti Regione Basilicata e Puglia

Per informazioni contattare:

Per la Basilicata Pagliuca Veronica Cell. 3336112762 mail: pagliucav@tiscali.it

Per la Puglia Guerrieri Salvatore Cell: 3477823273 mail: salguerrieri.fisio@tiscali.it

1° CONVEGNO FISIOTERAPISTI LIBERO PROFESSIONISTI:

> IL FISIOTERAPISTA LIBERO PROFESSIONISTA: ATTUALITA' E NUOVI ORIZZONTI"

05 Ottobre 2013 Aula De Blasi del Policlinico di Bari Piazza G. Cesare Bari

Circa 5 crediti ECM



REGIONE BASILICATA REGIONE PUGLIA

PROGRAMMA

8.00 - Ritrovo ed iscrizioni

9.00 - Saluto delle autorità

9.15 - Introduzione del Presidente dell'A.I.Fl. Puglia. Mazzeo Fabio Domenico

9.30 - L'affermazione professionale sul territorio: la rete e gli elenchi dei fisioterapisti LLPP. Sviluppi, opportunità e potenzialità. Feltre Giuliano

10.00 - Illustrazione e costituzione dei consorzi di studi professionali di Fisioterapia e dei Fisioterapisti LLPP. Manganello

10.30 - La realtà della libera professione in Basilicata. Lacapra Tiziano

11.00 - Coffee Break

11.15 - La realtà della libera professione in Puglia. Mazzeo Fabio Domenico

11.45 - Realtà regionale dopo L.R. n° 1058. Spera Antonio

12.15 - Detrazioni spese fisioterapiche: riconoscimento definitivo dell'Agenzia delle Entrate con circolare n°19/E del 01/06/2012. Guerrieri Salvatore

12.45 - Tavola rotonda.

13.00 - Chiusura dei Lavori e Pranzo con-

RELATORI:

Mazzeo Fabio Domenico, Presidente A.I.Fl.

Lacapra Rocco Tiziano, Presidente A.I.Fl.

Feltre Giuliano, Responsabile Libera Professione Nazionale

Manganello Giambattista, Esperto di con-

Spera Antonio, Dottore in Fisioterapia

Guerrieri Salvatore, Responsabile Libera Professione Puglia

MODALITA' D'ISCRIZIONE:

MODALITÀ D'ISCRIZIONE ON-LINE

Dal sito www.sinergiaesviluppo.it scegliere il corso "Fisioterapista LP: attualità e nuovi orizzonti" della regione di vostro interesse dal menù "Iscrizioni on-line" in basso a sinistra e seguire le istruzioni per la registrazione. Compilato il modulo si riceve una email di conferma con un n° d'iscrizione L'iscrizione è validata dal successivo pagamento (da effettuare entro 5 giorni dal ricevimento del numero di iscrizione) e dall'invio degli eventuali documenti da allegare, specificatamente richiesti.

ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO

La quota di iscrizione di:

10 € per i soci A.I.Fi.;

30 € per i non soci.

Va versata a:

AIFI Associazione Italiana Fisioterapisti IBAN: IT 72 D 01030 03236 000000063896 Riportare nella causale: codice iscrizione ricevuto all'iscrizione + nominativo corsista.

8 SETTEMBRE

GIORNATA MONDIALE DELLA FISIOTERAPIA E DELLA RIABILITAZIONE

GIÙ LE MANI!

I Fisioterapisti abusivi lavorano contro la legge ma soprattutto contro la tua salute.

Per DIVULGARE una corretta informazione sul tema della rabilitazione in sanità

Per TUTELARE il cittadino dal fenomeno dell'abusivismo

Per l'ISTITUZIONE dell'Ordine e Albo Professionale dei Fisioterapisti Italiani



A.I.Fi. Associazione Italiana Fisioterapisti PIU' VALE, PIU' VALI