



Fisioterapisti

LA NOSTRA VOCE Puglia

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti
Regione Puglia n. 47 (4° 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



ASSOCIAZIONE ITALIANA

**NON RIMANERE SOLO
UNISCITI A NOI!**

CAMPAGNA TESSERAMENTO 2014

VOGLIA DI CONTINUARE!



Il Ministero della Salute, recentemente, ha riconosciuto solo ad AIFI il ruolo di Associazione Rappresentativa per la categoria dei Fisioterapisti.

Questo ennesimo riconoscimento sulla capacità politica di AIFI di rappresentare la categoria e di concorrere a migliorare il “sistema salute” è la dimostrazione che oggi più che mai l’AIFI c’è ed è sempre presente, ma soprattutto è pronta a metterci la faccia! Pronta ad affrontare lunghe battaglie per completare il processo di sviluppo delle professioni sanitarie, pronta ad esprimere la funzione istituzionale di tutela e di garanzia per il cittadino/utente alla quale è chiamata.

Anche se in alcuni casi potrebbe apparire prevaricata, alla fine l’AIFI continua, in silenzio e soprattutto con grande responsabilità, a svolgere i compiti che le sono propri e a sostenere con proficua sinergia tutte le iniziative, promosse sia a livello nazionale e regionale, nell’esclusivo interesse della Categoria e della popolazione di utenti. La squadra di AIFI è sempre “attenta” e, nonostante mezzi e risorse economiche a volte precarie e per giunta basate sulle adesioni volontarie, continua a gareggiare con brillanti risultati nel campo delle politiche professionali mantenendo sempre posizioni di vertice.

Il 2014 sarà un anno molto importante, ricco di impegni e momenti significativi per la nostra Associazione. Nel mese di maggio saremo impegnati nel nostro Congresso Regionale per il rinnovo dei 10 membri elettivi della Direzione Regionale, eleggere il Collegio Regionale dei Revisori dei Conti, il Collegio Regionale dei Probiviri e i Delegati al Congresso Nazionale. Dal 9 al 12 di ottobre, la Regione Puglia avrà l’onore ed il piacere di ospitare nella propria terra, nello specifico a Lecce, il Congresso Nazionale AIFI, con la partecipazione di tutte le delegazioni regionali. L’evento avrà una duplice veste: una di carattere scientifico con il Congresso Internazionale dal titolo “Physical Therapy for Pain Management: new perspectives and best practices”, l’altra politico per il rinnovo

delle cariche associative nazionali.

La Mission di AIFI Puglia per il prossimo futuro sarà sempre a 360° e volta ad attivare e/o sostenere tutte quelle azioni politiche che portino al riconoscimento dell’Ordine Professionale, contrastare ogni forma di abusivismo, incentivare e sviluppare l’attività libero-professionale e cooperativistica. Molti sono gli obiettivi da raggiungere: arrivare all’accreditamento diretto del fisioterapista libero-professionista, incrementare i rapporti sia con le Istituzioni Regionali e Locali, per un sempre maggior coinvolgimento dei Fisioterapisti negli ambiti decisionali e dirigenziali, sia con le associazioni dei cittadini, collaborando per la tutela del diritto alla salute. Vigilare sulle Università, affinché il Corso di Laurea in Fisioterapia garantisca davvero allo studente il raggiungimento degli obiettivi formativi previsti dalla Legge di Riforma Universitaria e, nel contempo, attivi il prima possibile la Laurea Specialistica con un percorso che, in termini di ricadute professionali, promuova un’elevata formazione continua (E.C.M.) per garantire standard qualitativi eccellenti; vigilare sul rispetto dei principi etici e deontologici, definiti dall’Associazione, vincolanti per gli associati e di riferimento per tutti i fisioterapisti. Gli impegni futuri sono molteplici, ma abbiamo **voglia di continuare** per progettare e costruire insieme il futuro dell’Associazione!

Il Presidente

Dott. FT. Fabio Domenico Mazzeo

Segreteria Redazionale:

A.I.FI. - Puglia

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

Direttore Responsabile: **Vincenzo Italiano**

Comitato di Redazione: **Filippo Maselli
Denis Pennella
Concetta Pesce
Alessandro Rahinò
Alessandro Stasi**

Redattore Capo: **Marco Cordella**

Rappresentante Legale: **Fabio Domenico Mazzeo**

Stampa: **Litografia Ettore
Grottaglie (Taranto)**

EQUIVALENZA TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO AI DIPLOMI UNIVERSITARI AREA SANITÀ

Con Deliberazione di Giunta n. 55 del 19.01.2012 la Regione Puglia ha recepito l'Accordo raggiunto in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2011, recante i criteri e modalità di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai diplomi universitari dell'area sanitaria, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42.

Con successiva Deliberazione di Giunta n. 356, del 28.02.2012 ha adottato le indicazioni operative necessarie ad uniformare l'attività istruttoria di competenza delle Regioni e Province autonome nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza. La medesima deliberazione ha rinviato a successivi provvedimenti di Giunta della Regione Puglia l'emanazione degli avvisi pubblici inerenti, appunto, il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria, di cui al D.M. 29 marzo 2001, nei termini indicati nelle linee operative.

Con nota del 06.08.2013 il Ministero della Salute ha invitato le Regioni e le Province autonome a procedere alla pubblicazione degli avvisi pubblici per il riconoscimento dell'equivalenza, ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento per le professioni sanitarie di Fisioterapista, Logopedista, Ortottista, Assistente in Oftalmologia, Podologo, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica e Terapista occupazionale, entro il 31 ottobre 2013, ravvisando l'opportunità di stralciare la professione sanitaria di Educatore Professionale, al fine di procedere ad una ricognizione di ulteriori diplomi e attestati, conseguiti in base alla normativa precedente.

Sulla base di questo dettato, la Giunta Regionale, con Delibera di n° 2066 del 7/11/2013, ha pubblicato l'avviso pubblico per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria concernente le Professioni sanitarie riabilitative.

Il riconoscimento dell'equivalenza del ti-

tolo posseduto verrà attribuito ai soli fini dell'esercizio professionale (subordinato o autonomo), ed è condizionato al raggiungimento del punteggio previsto, secondo quanto indicato dall'art. 3 dell'Accordo Stato Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito dallo stesso DPCM. Si precisa che, mentre il riconoscimento dell'equipollenza di un titolo ad un altro è sancito da una norma, nell'equivalenza il riconoscimento di un titolo ad un altro è subordinato ad una procedura di valutazione del singolo caso concreto, si realizza in presenza di determinati requisiti, ed avviene su istanza dell'interessato.

Per quanto riguarda i titoli richiesti, saranno presi in considerazione esclusivamente i titoli che rispondono alle seguenti caratteristiche:

- devono essere stati conseguiti entro il 17 marzo 1999, ed il relativo corso formativo deve essere iniziato entro il 31 dicembre 1995;
- devono essere stati conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali relativi ai diplomi universitari;
- devono essere evidentemente afferenti all'area sanitaria e riconducibili esclusivamente alle Professioni sanitarie, in applicazione al comma 2 dell'articolo 4 della Legge 42/1999 e dei relativi profili emanati con Decreto Ministeriale;
- devono aver consentito l'esercizio di attività sanitaria, in conformità all'ordinamento allora vigente;
- i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione Puglia o da altri Enti preposti allo scopo della medesima Regione, e svolti nell'ambito del territorio regionale.

Non verranno presi in considerazione i titoli già dichiarati equipollenti ai diplomi univer-

sitarsi dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art.4, comma 1 della Legge 42/99. Nello specifico, per la professione di Fisioterapista, il DM 27 luglio 2000 (gazzetta ufficiale 16 agosto 2000) : **“Equipollenza di**

diplomi e di attestati al diploma universitario di fisioterapista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base”

Ufficio Giuridico Aifi Puglia

MASSOFISIOTERAPISTI IL TAR ANNULA L'AUTORIZZAZIONE DEI CORSI DELL'ISTITUTO “E. FERMI”



L'autorizzazione della Regione Umbria per i corsi per Massofisioterapista svolti dall'Istituto Fermi di Perugia è stata considerata illegittima dal Tribunale Amministrativo Regionale per l'Umbria nella camera di consiglio del giorno 25 settembre 2013.

A seguito dell'annullamento, i predetti corsi per Massofisioterapisti non possono più considerarsi validi.

La sentenza inquadra il Massofisioterapista con diploma conseguito oltre il 17/03/99 nella categoria degli “operatori di interesse

sanitario”, figura senza alcuna autonomia e avente solo carattere servente e ausiliario.

Sebbene tale inquadramento (oggetto di ricorso al Consiglio di Stato) resti incerto, in quanto mai definito dagli organi competenti e quindi comunque privo di un proprio quadro delle competenze, la decisione dei Giudici umbri è chiara nel considerare illegittimi i corsi indetti dal Fermi.

La sentenza non si occupa invece dei Massofisioterapisti che avevano ottenuto un titolo precedentemente al 17/03/1999, che, in relazione alla natura del medesimo titolo, continuano a poter essere considerati equipollenti al Fisioterapista oppure possono accedere al percorso di equivalenza in corso, disciplinato dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni.

Siamo sicuri che, anche sulla scorta di queste pronunce giurisprudenziali, il Ministero della Salute ed il Governo non potranno che chiudere definitivamente una partita giocata troppo a lungo e sostenuta da evidenti ambiguità non più accettabili.

(www.aifi.net)

medicalcalo

ESPERIENZA
PER MOVARE

Tel. +39 080.30.23.188
Fax +39 080.30.22.911
www.medicalcalo.it



seguici su facebook.
FORMAZIONE & PROMOZIONI
www.facebook.com/medicalcalo

GUARDA LA NOSTRA WEBTV
www.youtube.it/medicalcalo

PROGETTAZIONE NUOVI
CENTRI DI FISIOTERAPIA
CONSULENZA ACQUISTI
NUOVI SISTEMI
CONSULENZA
FINANZIARIA
FORMAZIONE
E CONVEGNI
ASSISTENZA TECNICA
A NORMA CEI 62-122
STUDIO DI
COMUNICAZIONE



LA NUOVA
GENERAZIONE DI TAPE
ELASTICO ADERISIVO
PROFESSIONALE



TRATTAMENTO
EFFICACE E DURATURO
PER LE RADICOPATIE



NOVITA
Frems

ASV



BTS Bioengineering



CHINESPORT



CRQ SYSTEM



EMS



ENF



ENRAF



Frems

Hilterapia



HUMAN TECAR



HYDRO PHYSIO



KINELEC



REO



SCIFT



Tecnobody

BANDO CONCORSO NAZIONALE 2012-2013 MIGLIOR TESI DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

Dott.ssa Ft. Fanelli Rosa Anna
Responsabile Ufficio Formazione



Nell'ambito del progetto AIFI su "Ricerca Scientifica e Crescita Professionale" si è programmato un concorso per la valorizzazione delle Tesi di laurea in Fisioterapia che premi i miglior lavori elaborati nelle sessioni di laurea dell'anno 2012 e 2013.

La preparazione della tesi di laurea rappresenta per il giovane studente un momento di forte slancio e crescita professionale. Essendo inoltre inserita a pieno titolo nell'esame abilitante alla Professione, la Tesi di Laurea assume un significato profondo: segna il passaggio del laureando dallo status di studente a quello di membro della Comunità Professionale e contestualmente gli permette di contribuire alla crescita scientifico-culturale della Comunità Scientifica della quale entra a far parte.

Per tali motivi A.I.F.I., S.I.F.I.R. e S.I.F. intendono valorizzare anche per l'anno 2013 questo aspetto importante del percorso formativo dei futuri Fisioterapisti attraverso il Concorso Nazionale "Miglior Tesi di Laurea in Fisioterapia" al fine di:

- favorire la costruzione di ponti sempre più solidi tra formazione, professione, disciplina e ricerca scientifica;
- dare a neolaureati e relatori delle tesi un riconoscimento formale e sostanziale per le energie spese nella costruzione e conduzione di processi scientifici in Fisioterapia e nella stesura degli elaborati;
- diffondere sul territorio nazionale la conoscenza dei migliori lavori di Tesi;

- fornire agli studenti dei corsi di Laurea in Fisioterapia, degli esempi di "best-practices" in processi scientifici fisioterapici e della stesura della Tesi di Laurea e stimolarli così ad intraprendere percorsi di ricerca in Fisioterapia.

Al fine di evidenziare la ricchezza e la complessità della Disciplina della Fisioterapia e della Ricerca Scientifica in questo ambito, il Concorso 2012-2013 prevede l'istituzione di 5 Sezioni:

Sezione A. *Miglior tesi riguardante gli "Aspetti metodologici e del processo scientifico della disciplina della fisioterapia, dello studio delle teorie del movimento e del recupero".*

Sezione B. *Miglior tesi riguardante "Fattori di rischio e elementi predittivi nel processo fisioterapico".*

Sezione C. *Miglior tesi riguardante "Proprietà psicometriche degli strumenti di valutazione in Fisioterapia".*

Sezione D. *Miglior tesi riguardante "Studi di efficacia di trattamenti e percorsi fisioterapici".*

Sezione E. *Miglior tesi riguardante "Ricerca qualitativa in fisioterapia".*

I candidati sono invitati ad iscrivere il proprio elaborato nella sezione che ritengano più pertinente, anche qualora il disegno di studio adottato non sia citato negli esempi sopra esposti. In caso di dubbio, sarà cura della Commissione di Concorso iscrivere l'elaborato nella sezione adeguata.

"PREMIO MIGLIOR TESI IN FISIOTERAPIA – AIFI REGIONE PUGLIA"

Edizione 2014

Anche quest'anno l'AIFI Puglia vuole premiare la tesi migliore dell'anno accademico 2012-2013, per stimolare gli studenti ad intraprendere percorsi di ricerca validi e di qualità, favorire l'approfondimento delle *best practice* e della metodologia della ricerca in riabilitazione, gratificare i neolaureati e relatori delle tesi valutate come migliori e favorire la costruzione di ponti sempre più solidi tra professione e ricerca scientifica. Indice quindi, un bando

di concorso al quale potranno partecipare tutti i neo laureati in fisioterapia in possesso di titolo di studio conseguito in Italia nell'anno accademico 2012-2013 (Discussione Tesi nelle sessioni primaverili ed autunnali dell'anno 2013), regolarmente iscritti ad AIFI Puglia per l'anno 2014.

Ulteriori info su: www.aifipuglia.it

Per iscrizioni inviare il tutto a: info@aifipuglia.it entro il 3 maggio 2014.

GRANDE NOVITÀ PER LE ISCRIZIONI 2014

DA QUEST'ANNO LA QUOTA ASSOCIATIVA SI VERSA CON IL MAV!

Dott. Ft. Eugenio D'Amato
Tesoriere Regionale



Cos'è un MAV?

È un bollettino.

Il MAV ha un proprio codice identificativo (solitamente sono 18 cifre) e riporta il totale da pagare. Non c'è bisogno di porre nessuna firma sul bollettino.

Come ricevo il MAV ?

Il modo più semplice è con l'iscrizione on-line, oppure puoi richiederlo alla segreteria regionale

Dove lo pago?

In banca, negli uffici postali, per via telematica e dal tabaccaio

Quanto costa iscriversi?

100 euro.

E' possibile rinnovare l'iscrizione on-line o per posta

Iscrizioni on-line:

- accedere alla propria area riservata ed inserisce il numero identificativo del MAV pagato.

Iscrizioni per posta:

- spedire il modulo d'iscrizione compilato e firmato nella parte relativa all'anagrafica, indicare il numero di tessera del 2013.

Prima iscrizione o rinnovo dopo interruzione Inviare i seguenti documenti:

- modulo d'iscrizione firmato.
- copia del documento d'identità
- fotocopia del titolo abilitante.
- fotocopia della partita IVA per il Libero Professionista.

I neo laureati quanto pagano?

50 euro.

Possono utilizzare questa promozione i fisioterapisti laureati sia nell'ultima sessione del 2013 che in quelle del 2014.

I documenti necessari per l'iscrizione come socio ordinario sono:

- il modulo d'iscrizione con firme in originale.
- la copia del documento d'identità
- fotocopia della laurea o certificato di laurea.
- fotocopia della partita IVA per il Libero Professionista.

È vero che gli studenti per quest'anno non pagano?

Sì è vero, gli studenti possono iscriversi gratuitamente.

Gli studenti che si iscrivono per la prima volta devono inviare questi documenti:

- modulo d'iscrizione firmato
- fotocopia di un documento di identità.
- fotocopia del certificato di iscrizione al corso di laurea.

Gli studenti che rinnovano l'iscrizione spediscono:

- Il modulo d'iscrizione compilato e firmato della parte relativa all'anagrafica, indicando il numero di tessera del 2013.

Dove spedisco i documenti necessari per l'iscrizione?

AIFI Regione Puglia Casella postale 386
Ufficio postale di Bari Succursale 1
Piazza Umberto I 33/a 70121 Bari

E se, ancora, non ho capito come iscrivermi?

Telefona alla sede regionale al 393 10 39 706
Contatta un responsabile provinciale
o invia una mail info@aifipuglia.it

Anche quest'anno l'AIFI Puglia organizzerà eventi formativi per i propri soci; chi effettuerà l'iscrizione potrà subito usufruire, gratuitamente, dell'evento formativo, a numero limitato:

“L'utilizzo dell'ICF nella progettazione dell'intervento riabilitativo”, al quale sono stati assegnati **10,5 crediti ECM !** (vedi locandina in ultima pagina)

Sono stati, inoltre, programmati ulteriori eventi formativi della durata di una giornata (il sabato) che assicura numerosi crediti ECM ad ogni partecipante.

- La valutazione Fisioterapica e protocolli riabilitativi domiciliari della persona affetta da patologia cardio-respiratoria (data da definire).

- Il ginocchio: dai principali disordini muscolo-scheletrici alla chirurgia. Il punto di vista della terapia manuale (data da definire).

- La valorizzazione della nostra professione nella rete Sanitaria Regionale. Quest'ultimo, in concomitanza con il Congresso Regionale per il rinnovo delle cariche, che si terrà in maggio 2014.

XI CONGRESSO NAZIONALE GTM

“the role of manipulation in the treatment of neuromusculoskeletal disorders”

*Tardocchi R, **Brindisino F, ***Maselli F

“Il futuro della pratica della manipolazione, sia l'operatore un chiropratico, un osteopata, un medico od un fisioterapista, è dipendente dalla conoscenza di base. Esiste ancora una dose di rivalità tra i professionisti che praticano la manipolazione, e si dovrebbe operare affinché questa diventi una specie di competizione per ottenere livelli sempre maggiori di competenza e di capacità. Il futuro delle singole professioni di operatori della manipolazione e la loro accettazione da parte del pubblico e dalla classe medica dipenderà dalla conoscenza scientifica e dalla capacità clinica dei praticanti.”

Scott Haldeman DC.MD.Ph.D.

Il 10 Novembre 2013 ha avuto luogo a Firenze, città d'arte per eccellenza della Toscana, l'XI Congresso Nazionale del Gruppo di Terapia Manuale GTM – AIFI, dal titolo **“The Role of Manipulation in the Treatment of Neuromusculoskeletal Disorders”**. Il tema affrontato, di fondamentale importanza per la pratica clinica del Fisioterapista Manuale, è nato in virtù delle numerose e recenti ricerche pubblicate sull'argomento.



Un momento del Congresso.

Oltre alle varie dissertazioni rispetto all'affascinante argomento affrontato, quest'anno il congresso è stato caratterizzato dalle elezioni per il nuovo direttivo del GTM. Il prossimo triennio 2014-2016 vede impegnati Giuseppe Giovannico, Filippo Maselli, Michele Monti, Diego Leoni, Denis Pennella, Fabio Cataldi, Fabrizio Brindisino, Mourad Firas e Michela Galizzi nella gestione dell'organizzazione, con obiettivi comuni quali la divulgazione del GTM e della Terapia Manuale tra gli studenti, nelle università e a più livelli nel panorama sanitario nazionale: accademico, formativo e clinico assistenziale. Riconfermato all'unanimità Davide Albertoni come Presidente.

L'obiettivo del Congresso è stato quello di presentare la letteratura scientifica che valuta l'efficacia terapeutica dell'approccio manipolativo, ma allo stesso tempo di condividere le più recenti nozioni sui meccanismi fisiologici di efficacia, sconfessando vecchie teorie ormai completamente superate.

Sono stati invitati esperti di fama nazionale ed internazionale per confrontarsi sull'efficacia di questo approccio terapeutico, sulle indicazioni e controindicazioni e sulle buone prassi per effettuare high-velocity low-amplitude thrust (HVLAT) in sicurezza, limitando al minimo i rischi.

Ricordiamo che per manipolazione o HVLAT si intende un movimento passivo rapido ad alta velocità (high velocity), di piccola ampiezza (low amplitude) eseguito dal fisioterapista specializzato che applica con una forza adeguata al distretto da trattare, sotto suo controllo assoluto, che può eccedere il rom fisiologico e può essere accompagnato da un crack (pop sound) udibile singolo o multiplo.

Il primo ospite, il Dott. **Guido Frosi** (ITA), ex presidente del GTM per ben 16 anni, ha introdotto l'argomento descrivendo l'evoluzione nel



Un momento del Workshop. Da sinistra il Dott. F. Mourad, a descrivere le slide il Dott. J. Dunning.

corso della storia di tale metodica. Sebbene le origini risalgono al lontano 1600 a.c. col Papiro di Smith, nel quale venivano decritti i primi approcci manipolativi, solo nel secolo scorso, e precisamente nel 1974 con la nascita dell'IFOMT (International Federation for Orthopaedic Manipulative Therapists) si è giunti ad una definizione comune tra i Terapisti Manuali sulla manipolazione.

A seguire il dott. **Minacci Marco**, terapista manuale e docente al Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici dell'Università degli Studi di Genova, ha mostrato gli effetti fisiologici della manipolazione spinale e i meccanismi d'azione a livello sia periferico che centrale. A livello del *segmento di movimento* si pensa che la manipolazione spinale produca cavitazione delle faccette articolari e che questo fenomeno sia responsabile dell'**audible crack** e dell'aumento dello spazio intra-articolare. Il gapping articolare che ne consegue (separazione delle faccette) modula l'attività recettoriale creando *modifiche neuromuscolari* a livello assiale o periferico, libera le pliche meniscoidi intrappolate nelle articolazioni zigoapofisarie, rompe le aderenze articolari e periarticolari, e si pensa possa riposizionare il segmento di movimento. A livello della *sensibilità dolorifica* è capace di inibire il dolore influenzando la neuro plasticità (modula il dolore da sommazione temporale) in aree innervate dal sito della manipolazione. Non ci sono evidenze su parametri *vegetativi-sistemici*.

Il dott. **Joshua Cleland** (USA) professore dell'accademia americana dei terapisti manuali

ortopedici, ha dato il suo contributo in merito ai benefici indotti dalle manipolazioni cervicali e toraciche in pazienti che presentano Neck Pain, dimostrando tramite studi in letteratura, come tale metodica, basandosi sulle Clinical Prediction Rule¹, risulti essere più efficace del solo esercizio terapeutico o delle cure tradizionali (educazione, farmaci, esercizi a casa) in merito a dolore e disabilità. Ha inoltre considerato gli effetti benefici sul dolore, nel breve termine, della manipolazione cervicale sulla gestione della tendinopatia laterale di gomito, in quanto grazie all'interdipendenza, i benefici, come confermato anche dalla relazione del dott. Minacci, non è solo locale, ma anche regionale, non è solo muscoloscheletrica, ma anche neurofisiologica.

In merito all'efficacia della manipolazione cervicale e toracica si è anche espresso il dott. **James Dunning** (USA), Terapista Manuale Ortopedico, presidente dello Spinal Manipulation Institute, e del Dry Needling Institute, membro della Fellow, American Academy of Orthopaedic Manual Physical Therapists (AAOMPT), che ha confermato gli effetti positivi di tale metodica soprattutto in dolori cervicali di origine meccanica. Ha inoltre portato dati della letteratura a supporto che le HVLAT possono risultare essere risolutive sulle mialgie del trapezio, riferite da Trigger Point, e cefalee cervicogeniche,

1 CPR - processo grazie al quale, identificando reperti clinici specifici come la localizzazione del dolore, durata dei sintomi, deficit del Rom ecc. si classifica un gruppo eterogeneo di pazienti in sottogruppi omogenei caratterizzati da un'alta probabilità di ottenere un esito positivo da un trattamento specifico.

nel suo studio tramite flussometria si osservava come il flusso sanguigno si normalizza nel trapezio con il trigger point dopo una manipolazione alla giunzione cervicotoracica

Sebbene tale metodica risulti essere efficace, non bisogna dimenticare dell'importanza di effettuare un'ottima valutazione funzionale al fine di eseguire una diagnosi differenziale che possa rilevare segni e sintomi che potrebbero sottendere situazioni patologiche controindicate al trattamento e spesso allo stesso esame clinico e che meritano il rinvio ad uno specialista medico.

Si è parlato delle insufficienze vertebro-basilarie (VBI), ovvero dell'ischemia transitoria caratterizzata dai segni di Codman (5D-3N)², della dissecazione arteriosa, e delle CAD (Cervical Arterial Dysfunction), termine che comprende patologie a carico dell'arteria vertebrale (AV) e della carotide interna (VI) e delle difficoltà di individuazione clinica nei soggetti che si sottopongono alla manipolazione del rachide cervicale, tramite i test eseguiti durante l'esame fisico.

Tale è stato argomento di discussione della relazione del dott. **Giacomo Rosettini** (ITA), Collaboratore al Master dei Disordini Muscoloscheletrici dell'università di Genova, che ha descritto come potrebbero presentarsi clinicamente le CAD, con segni e sintomi ischemici più o meno gravi o soltanto come cervicaglia e/o cefalea, e come identificare un paziente a "rischio" tramite un'attenta analisi degli stessi (intensità, durata, frequenza, primo episodio...). Il dott. **Barbero Marco** ha presentato dei risultati di uno studio sperimentale su di un approccio innovativo per valutare gli effetti cinematici della mobilità a livello cervicale: l' *Helical Axis*. Tale strumento consente di rappresentare graficamente il movimento articolare da una posizione all'altra, lungo un asse detto elicoidale, in merito a movimenti di rotazione e traslazione, che saranno così quantificabili ed eventualmente utili per osservare cambiamenti nel pre e post manipolazione.

Il dott. **Aldo Ciuro** (ITA), specialista in Riabilitazione Muscoloscheletrica e docente al Master di I° Livello in "Fisioterapia applicata allo

Sport" dell'Università degli Studi di Siena e in "Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici" dell'Università degli studi di Genova, ha dato il suo contributo in merito all'utilità della palpazione del rachide cervicale e sul riconoscimento del segmento vertebrale e del grado di movimento. Sebbene è molto difficile individuare esattamente il livello vertebrale che si sta valutando, l'attenzione dovrebbe spostarsi sul riconoscimento del/dei segmenti correlati ai disturbi del paziente. La valutazione dell'end-feel ha ottenuto risultati migliori della valutazione del joint play; la valutazione del ROM presenta problemi di validità e affidabilità, (tranne per alcuni test come il flexion rotation test per il segmento C1-C2) ma è molto utilizzata nella terapia manuale in quanto fornisce informazioni importanti per la scelta della posologia del trattamento. Non è importante quantificare esattamente il deficit di movimento quanto invece individuare la capacità di carico del/i segmenti vertebrali correlati ai disturbi del paziente.

A concludere l'incontro nazionale è stato il presidente del GTM, **Davide Albertoni**, docente al Master dei Disordini Muscoloscheletrici dell'università di Genova, il quale ha considerato la tecnica manipolativa, non a livello spinale, ma a livello periferico, dimostrando anche qui l'efficacia di tale metodica. Nonostante vi siano poche evidenze in letteratura, si è visto come a seguito di un evento di distorsione nella fase acuta, se confrontate con il solo di esercizio terapeutico, le tecniche manipolative risultano avere maggiore efficacia nel breve termine, in merito alla diminuzione del dolore e all'aumento del ROM della dorsiflessione tibiotarsica.

Si introduce quindi una conoscenza consapevole della tecnica manipolativa non come panacea e metodo risolutivo universale, bensì come utile strategia terapeutica da utilizzare in modi e tempi standardizzati necessaria al fine comune di ogni operatore sanitario: il bene del paziente

2 Un'ischemia transitoria caratterizzata dai segni cardinali di Coman: 5D-3N – Drop attack, Dysphagia, Dysarthria, Dizziness, Diplopia, Numbness, Nausea, Nystagmus.

*Dott.ssa FT, BSc, OMT, Libero Professionista, Gruppo Gestione Sito Aifi Puglia;

**Dott. FT, BSc, OMT, Libero Professionista, Direttivo Nazionale GTM;

***Dott. FT, BSc, MSc, OMT, Direttivo Nazionale GTM, Ass. Did. Università degli Studi di Genova.

CORSO REGIONALE S.I.A. - CHIRURGIA SPALLA

TAVOLE ROTONDE SULLA PATOLOGIA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

DALLA SDR. DA IMPLIGEMENT ALLA PROTESI INVERSA

*Tardocchi R, **Pennella D, ***Vavalle G

Si è svolto con grande successo, il 23 novembre a Bari il Corso regionale della SIA (Società Italiana di Artroscopia), in collaborazione con l'Università di Bari, organizzato dal suo delegato regionale, dott. Vavalle Giovanni, dal titolo "TAVOLE ROTONDE SULLA PATOLOGIA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI: Dalla S. da Impingement alla protesi inversa".

Il corso ha avuto come oggetto la patologia dei tendini della cuffia dei rotatori, vista come una condizione unica nel suo divenire nei vari quadri anatomico-patologici e clinici, passando dalla s. da impingement alle lesioni tendinee irreparabili. Ciascun argomento è stato trattato attraverso "mini" tavole rotonde in cui si sono confrontate figure professionali con diverso background, ossia il chirurgo ortopedico, il fisiatra e il fisioterapista, seguite da una discussione con i partecipanti.

Tutti i relatori hanno approcciato con grande competenza questo distretto anatomico così particolare e così complesso, tale da poter essere considerato quasi un organo a se stante, con le sue regole di funzionamento, con i suoi "capricci" e con le sue capacità funzionali che

riescono ad eludere apparenti limiti anatomici ma che possono anche abbattersi di fronte a dei piccoli svantaggi biomeccanici.

Il dibattito più fervido, introdotto dal prof. V. Pesce nella prima sessione dedicata alla "SINDROME DA IMPINGEMENT", si è tenuto sulla utilità o meno della acromionplastica, ovvero la resezione di parte del profilo acromiale al fine di migliorare lo spazio anatomico che ospita la cuffia dei rotatori. Ebbene il razionale di questa tecnica trova terreno fertile lì dove ovviamente il profilo meccanico di una patologia di spalla gioca il suo ruolo preponderante (Bulke et al. 2013, Hashiguchi et al 2009) e quindi rende necessario tale approccio. In parole semplici, se lo spazio è ristretto allora aumentiamolo! In realtà il discorso non è poi così immediato, semplice e razionale, come alcuni studi dimostrano, ma lascia adito ad approfondimenti di natura biomeccanica e neurofisiologica che a loro volta giocano un ruolo fondamentale. Se è vero che lo studio di Ketola et al. (2012) conclude che acromionplastica e trattamento conservativo danno gli stessi risultati ad un follow-up di 1 anno, è altrettanto vero che una grossa fetta di chirurghi, esperti nel campo,

Da sinistra Dott. A. Mocci, Dott. E. De Cruto e il Dott. F. Maselli



dichiara di procedere spesso ad aumentare lo spazio subacromiale, probabilmente più per creare una sorta di «cambiamento» che per fini strutturali; ovvero per consentire un lavoro differente di quella spalla, per ottenere uno shock neurofisiologico, per ottenere una modificazione permanente che risolva il dolore e che residui in un miglioramento della funzionalità.

Superato lo scoglio acromionplastica, il dibattito si è spostato sulle definizioni e sulle caratteristiche della sindrome da Impingement, sostenuta da numerosi fattori, ovviamente non tutti puramente meccanici, come spesso il termine stesso ci porta immediatamente a pensare. La connotazione della stessa sindrome, che affonda radici molto lontane (Gothwait ne parlava nel 1902, prima ancora di Neer nel 1972), soffre quell'alone troppo semplicistico che la relega a situazione puramente meccanica di impatto tra due superfici, con conseguente dolore e degenerazione. La situazione infatti è molto più complessa ed i protagonisti sono tanti, a partire dalle caratteristiche sistemiche di ogni individuo per passare al ruolo della scapola, all'utilizzo specifico della spalla, alle patologie associate, ecc. Tanto che potremmo definire la sindrome da Impingement, riflessione personale, più che una patologia, una vera e propria condizione patomeccanica dove il ruolo del fisioterapista e del medico si estrinseca nella ricerca degli attori principali, nel tentativo di recupero, prima conservativo (6 mesi) e poi, eventualmente, chirurgico. Lo stesso Kibler (1998) afferma: "L'Impingement deve essere considerato un sintomo clinico che può essere associato a molte alterazioni tissutali e funzionali (instabilità gleno-omeroale, discinesia scapolare, ecc.) e quindi la diagnosi di sindrome da impingement non fornisce sufficienti informazioni".

Interessante lo spunto di riflessione del collega Dott. Filippo Maselli, moderatore della sessione, che ha introdotto il concetto di profilo infiammatorio, (obesità, fumo, VES, PCR, ecc.) specifico di ogni paziente, che gioca un ruolo estremamente importante nella patologia di spalla, nella sua sostenibilità, nella sua evoluzione.

Questi gli argomenti di discussione della prima parte del congresso, che hanno dato il via a numerosi spunti di riflessione su di un tema che, soprattutto oggi, fisioterapisti e chirurghi



dovrebbero affrontare in confronti congiunti come questo.

Nella seconda sessione si è parlato di lesioni della cuffia e di chirurgia protesica. Anche questa sessione è stata animata da discussioni di elevato spessore scientifico. Ha introdotto l'argomento il dott. Mocci e la prima riflessione nata riguarda il rapporto tra lesione della cuffia e sindrome da Impingement: a conferma delle peculiarità meccaniche della cuffia sappiamo che l'impingement e la lesione degenerativa della cuffia sono un continuum patologico (Yamaguchi K. 2001. Joint shoulder and elbow surgery); ma non è vero il contrario. Quindi probabilmente sarebbe utile una classificazione generale tra patologia della cuffia e calderone delle patologie da impingement (soprattutto allorquando consideriamo questa come una condizione patomeccanica piuttosto che un sintomo od una patologia diagnosticabile).

L'esperienza in sala operatoria dei medici chirurghi e quella in studio professionale dei fisioterapisti hanno trovato terreno fertile per esprimere la mancanza, spesso, di comunicazione tra le due categorie che invece sarebbe sempre auspicabile per affrontare al meglio il recupero funzionale del paziente. Mancanza di collaborazione che trova motivazione tanto nell'atteggiamento superficiale e sufficiente dei fisioterapisti quanto nel basso impegno che a volte i medici dimostrano nel ricercare e coltivare dialoghi e confronti diretti con i fisioterapisti. È proprio il delegato regionale di SIA, il dott. Vavalle, ad ammettere le mancanze di comunicazione da parte dei colleghi medici, ma anche a sottolineare l'importanza per un fisioterapista competente, che voglia approcciare al paziente chirurgico, della consapevolezza di informarsi su



numeroso caratteristiche del paziente: considerare il tipo di sutura (funzionale o anatomica), lo stato dell'osso, la grandezza della lesione, il grado di retrazione, la presenza di massa grassa nei mm, altri fattori sistemici quali obesità, fumo, diabete... Solo dopo aver computato tutti questi dati è possibile impostare delle scelte terapeutiche efficaci, efficienti e non lesive.

Il dott. L. Musci ha approcciato invece il problema della tendinopatia calcifica e delle numerose scelte terapeutiche, soprattutto strumentali, che vengono proposte e che non trovano grande fondamento scientifico.

Nella sessione dedicata alle lesioni irreparabili di cuffia, introdotta dalla magistrale presentazione del dott. G. Rollo, lo stesso dott. G. Vavalle ha affrontato la scelta chirurgica della protesi inversa di spalla, illustrando importanti elementi cui prestare attenzione, quali lo Scapular Knoching, visibile in RX, ovvero complicità non auspicabile determinata dal contatto dell'impianto con la parte inferiore della scapola.

Il dott. Sforza, spesso intervenuto durante tutto il congresso, durante la sessione introdotta dal dott. Vavalle G., ha illustrato invece la sua esperienza in merito ai transfers muscolari, alle difficoltà chirurgiche intrinseche alla tecnica ma anche agli ottimi risultati perseguibili con la riabilitazione. Ebbene, a fronte di un iniziale maggior rischio di rigidità nel breve termine, non esistono differenze significative in merito alla complicità di rigidità ad un follow up di un anno: questa è l'esperienza clinica dello stesso dott. Sforza. La scelta quindi diviene ancora una volta estremamente condizionata da numerosi fattori legati alla storia del paziente ed alla esperienza del chirurgo e del fisioterapista senza lasciar spazio ad una ricetta perfetta e universalmente applicabile.

Segue una considerazione sul corso fatta per AIFI dal dott. Vavalle, delegato regionale della Società Italiana di Artroscopia.

La modalità con il quale ciascun argomento è stato trattato attraverso "mini" tavole rotonde in cui si sono confrontate figure professionali con diverso background, ossia il chirurgo ortopedico, il fisiatra e il fisioterapista, seguite da una discussione con i partecipanti, è stato concepito per rendere il corso snello e dinamico, evitando le solite relazioni a "senso unico" e per sollevare un contraddittorio/confronto di esperienze, culture e modo di approcciare diversi, il più possibile costruttivo che possa aiutarci a fare chiarezza su come meglio affrontare e trattare le suddette patologie.

Nonostante infatti i notevoli progressi che si sono ottenuti negli ultimi anni nella chirurgia della spalla, grazie soprattutto alla tecnica artroscopica, molte tematiche e problematiche meritano di essere ancora trattate, affrontate e chiarite. Importante è soprattutto comprendere le indicazioni e i risultati del trattamento conservativo che talora possono essere sovrapponibili a quelli della chirurgia. Pertanto diventa fondamentale per definire delle linee guide di trattamento, un confronto aperto tra le diverse figure professionali, che seppur con esperienze e culture diverse, si approcciano allo stesso problema.

Ci sono stati 140 iscritti, ben oltre il numero degli aventi diritto ai crediti formativi, a conferma dell'interesse sull'argomento trattato.

Perfettamente in accordo con quanto detto col dott. Vavalle, ricordiamo a tutti che l'obiettivo di un programma riabilitativo serio ed efficace non è fare meglio degli altri, ma fare la cosa ottimale per il recupero del paziente, in un inquadramento psico-sociale che merita sempre ripetuti confronti con i colleghi e dialoghi con i medici, e che sia sostenuto ovviamente dalla migliore evidenza in letteratura.

* Dott.ssa FT, BSc, OMT, Libero Professionista, Gruppo Gestione Sito Aifi Puglia;

** Dott. FT, BSc, OMT, Libero Professionista, Direttivo Nazionale GTM;

***Dott. MD, Ortopedico Spec. Chirurgia di Spalla, Clinica Santa Maria, Referente Regionale SIA.

BASKET IN CARROZZINA E SPORT PER RAGAZZI CON DISABILITÀ INTELLETTIVA-MENTALE:

L'ASSOCIAZIONE SPORTIVA HBARI2003 O.N.L.U.S. È UNA REALTÀ NEL CAMPIONATO NAZIONALE DI SERIE B. UN'ASSOCIAZIONE ATTENTA ALLE PROBLEMATICHE DEI DISABILI E A FAVORE DELLA SOLIDARIETÀ

G. Romito

Presidente Associazione Sportiva HBari2003

L'Associazione Sportiva e Sociale "HBARI2003" è nata in concomitanza dell'anno europeo della persona disabile. L'HBARI2003, vuole essere un supporto, nella crescita, sviluppo e mantenimento del diversamente abile, valorizzando attraverso attività sportive e ludiche, il suo tempo libero, sia come momento di libera espressione, sia come possibilità di apprendimento, socializzazione, integrazione, potenziamento e sviluppo di eventuali abilità. L'Associazione persegue come finalità, quella di migliorare la qualità della vita dei disabili, offrendo loro il maggior sostegno possibile nelle esigenze quotidiane, preziose opportunità di socializzazione e di preparazione ad una vita attiva. I pazienti con disturbi mentali o disabilità dell'apprendimento spesso hanno difficoltà maggiori a mantenersi in buona salute. Spesso la disabilità rende anche difficile all'individuo di integrarsi nella società. Lo sport può rappresentare un'esperienza bella e gratificante, favorire la maturazione e la crescita, può migliorare l'immagine di sé e la sicurezza personale: è quindi importante offrire una gamma di opportunità appropriate alle abilità dei disabili. Le attività della società sin dalla sua costituzione si svolgono nell'arco dell'intero anno, con periodi differenti di gestione a seconda dell'attività sportiva.

Riferendosi preliminarmente a mielolesi, a persone costrette, per varie patologie, a muoversi in carrozzina e, tutti coloro che, troppe volte emarginati disagiati, soggetti troppe volte sentiti come scomodi ed inutili e per questo trascurati ed abbandonati alla solitudine in una condizione di indigenza culturale e partecipativa. Per il perseguimento di questi obiettivi, l'Associazione HBARI2003, si è dedicata allo svolgimento dell'attività di basket in carrozzina partecipando al Campionato Nazionale di serie B raggiungendo, peraltro, ottime posizioni in classifica.

La squadra, oltre alla partecipazione al campionato Nazionale, realizza per nuovi ragazzi, soggetti paraplegici da lesione midollare, le attività propedeutiche al basket in carrozzina. Insomma una palestra dove lo sport può diventare parte integrante della riabilitazione.

La squadra è composta da: nr. 3 dirigenti disabili; nr. 2 accompagnatori; nr. 1 allenatore; nr. 18 atleti disabili.

La sede di allenamento e gare della squadra è locata presso la "Palestra Comunale" di via Sardegna sita nel quartiere San Paolo di Bari. E' importante segnalare anche alcune delle attività svolte dall'HBARI2003 nell'ambito di specifici programmi ed iniziative in favore di persone altrettanto svantaggiate.



La squadra sportiva ha deciso di dedicarsi ai problemi sociali della Città, ed insieme alla sua attività sportiva ha ottenuto, finalmente, anche fuori dal palazzetto, un grande risultato: l'apertura dell'Unità Spinale Unipolare all'interno del Policlinico.

Come ogni anno, anche per questa stagione nuovi atleti si affacceranno a questo stupendo sport. L'HBARI2003, infatti, continua a formare atleti di basket in carrozzina perseguendo ottimi risultati. L'obiettivo principale resta quello di aiutare ragazzi e ragazze che, per cause congenite o per traumi, vivono una situazione di oggettiva difficoltà motoria e psichica, permettendo loro di ritrovare un'autonomia altrimenti impensabile senza l'aiuto della sport terapia. Merito del lavoro di tecnici qualificati e di un gruppo che, sotto la guida del presidente Gianni Romito e di tutto il consiglio direttivo composto da FABRIZIO ROMITO, IVO CASTALDO e FRANCESCO CRAMAROSSA, riescono ad integrare, nel minor tempo possibile, i giovani che si avvicinano per la prima volta a questo sport. Quest'anno il gruppo barese ha accolto anche un ragazzo georgiano, paraplegico a causa di un incidente stradale.

E' la forza del gruppo che rende questa società unica nel suo genere: ogni tecnico, atleta o accompagnatore, è sempre pronto ad aiutare un compagno in difficoltà. È questo lo spirito con cui riparte con la nuova stagione, nonostante le

enormi difficoltà derivanti dagli alti costi di gestione delle attività. L'obiettivo di quest'anno del gruppo di basket in carrozzina è puntare in alto, arrivare primi nel girone e giocare i play-off per il ritorno in A2.

Il Gruppo dirigenti:

Romito Giovanni; Romito Fabrizio; Francesco Cramarossa e Ivo Castaldo

ATLETI: in ordine alfabetico

AMBROSI MICHELANGELO - BUONAVOGLIA NICOLA - CRAMAROSSA FRANCESCO - RANIERI NICOLA - FASANO EMANUELE (CAPITANO) - FASANO PASQUALE - GENCHI FRANCESCO - MESECORTO VINCENZO - PETROSINO PAOLO - ROGLIERI MARIANNA - PELLECCIA FRANCESCO - AGOSTINO ALBRIZIO - GIORGIO

Per chi voglia sostenere l'Associazione Sportiva e Sociale "HBARI2003" - Onlus può farlo tramite la Banca Popolare di Puglia e Basilicata - Agenzia 1, attraverso il conto corrente nr. 7618335/1 - ABI 53850 - CAB 04001 - CIN B - CODICE IBAN: IT52B0538504001000007618335 oppure destinando il 5x1000 (IRPEF) in fase di dichiarazione dei redditi indicando il Codice Fiscale n. 93306900726.

La sede dell'HBARI2003 è ubicata in Bari alla Via S. Tommaso d'Aquino n. 10/B 1 CAP 70124 - cell.: 392/5904444 - E-Mail: asshbari2003@libero.it

Tombolini Officine Ortopediche

TARANTO - BARI - BRINDISI - MATERA
www.ortopediatombolini.it

SPECIALISTI IN ORTOPROTESICA

DIAMAGNETOTERIA CON CTU S WAVE ONDA D'URTO DIAMAGNETICA NEL TRATTAMENTO TERAPEUTICO DELLA FROZEN SHOULDER SECONDARIA DA CAUSE INTRINSECHE

Luca Terzi, Medico Fisiatra; Luca Paladini, Fisioterapista

OBIETTIVI DELLO STUDIO:

Il presente Studio Clinico ha l'obiettivo di verificare e misurare l'efficacia dell'applicazione di un Protocollo di trattamento della Frozen Shoulder con il dispositivo CTU S WAVE, Tecnologia a Onda d'Urto con generatore DIAMAGNETICO. A tale scopo presso il Centro di Fisioterapia Protherapy di Camaiore (Lucca) nel periodo febbraio 2013 - luglio 2013 è stato svolto il presente Case Series, arruolando 26 pazienti, 12 uomini e 14 donne di età compresa tra i 33 e i 52 anni di età, affetti da FROZEN SHOULDER SECONDARIA.

1. Valutare la variazione della sintomatologia dolorosa, attraverso la somministrazione della Visual Analogue Scale (VAS). La raccolta dei dati relativi alla percezione del dolore è stata effettuata prima dell'inizio della terapia (T0), a 1 mese (T1) e a 6 mesi (T2).

2. Valutare il miglioramento della mobilità attiva e passiva con la misurazione del Range of Motion (ROM). Anche per questo outcome è stata effettuata una valutazione prima dell'inizio della terapia (baseline T0), a 1 mese (T1) e a 6 mesi (T2).

INTRODUZIONE

I termini "frozen shoulder" (spalla congelata) e "adhesive capsulitis" (capsulite adesiva) sono i due termini più comunemente usati per descrivere tale condizione clinica¹. La Frozen Shoulder idiopatica è una condizione di incerta causa caratterizzata da dolore e da una più o meno importante diminuzione della mobilità attiva e passiva della spalla che subentra in assenza di chiare anomalie conosciute sia intrinseche che estrinseche all'articolazione².

Dati epidemiologici affermano che colpisce dal 2% al 5% della popolazione generale, aumenta fino al 10% - 38% nei soggetti affetti da diabete e disordini tiroidei. Le fasce di età più colpite sono comprese tra i 40 - 65 anni (picco a 56 aa) e si ha la maggiore incidenza nel sesso femminile. Inoltre il verificarsi della frozen shoulder in una

spalla aumenta il rischio di un coinvolgimento della spalla controlaterale dal 5% al 34%, talvolta colpisce contemporaneamente entrambe le spalle (14% dei casi)³.

Come già accennato si distinguono una forma primitiva (idiopatica) e forme secondarie². Le forme secondarie possono essere causate da fattori intrinseci (Tendinopatia: cuffia rotatori, capo lungo bicipite e/o calcifica; Lesione cuffia rotatori; Artrosi Acromion-claveare), da fattori estrinseci (Problemi cardio-polmonari, disfunzioni del rachide cervicale, postumi danni cerebro-vascolari, fratture omero, parkinson), da fattori sistemici (Diabete mellito, ipotiroidismo, ipertiroidismo, ipoadrenalismo)⁴. Anche se una suddivisione più recente tende a classificarla in livelli di irritabilità (alta, moderata, bassa)³.

Il decorso clinico naturale di questa condizione clinica si può suddividere in 3 stadi⁵:

-Painful freezing Phase (10 - 36 settimane; Dolore e rigidità alla spalla senza storia di trauma, dolore costante, peggiora la notte, minima risposta ai FANS);

-Adhesive Phase (4 - 12 mesi; Il dolore diminuisce gradualmente e compare solo a fine corsa articolare, permane la rigidità, limitazione dei movimenti gleno-omerali con la quasi totale perdita dell'extrarotazione);

-Resolution Phase (12 - 42 mesi; Aumento spontaneo della mobilità).

MATERIALI e METODI

Nel mese di febbraio 2013 presso lo Studio di Fisioterapia Protherapy di Camaiore (Lucca) sono stati arruolati 26 pazienti affetti da frozen shoulder di tipo secondario a fattori intrinseci, 12 uomini e 14 donne di età compresa tra i 33 e i 52 anni (media 40,3 anni). Tutti i pazienti arruolati nello studio, in seguito alla diagnosi di spalla congelata effettuata dopo attenta analisi dei dati estrapolati dall'anamnesi ed esame fisico, sotto la supervisione degli autori, hanno dato il loro consenso firmato. Tutti i pazienti erano nella fase

painful freezing.

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi omogenei per caratteristiche di genere: 6 uomini e 7 donne, (gruppo Sperimentale età media 40,2; gruppo di controllo età media 41). Il trattamento con il dispositivo CTU S WAVE, Tecnologia a Onda d'Urto con generatore DIAMAGNETICO è stato assegnato a tutti i pazienti eleggibili consecutivamente osservati. I parametri presi in considerazione ai fini valutativi sono stati: l'indice soggettivo di dolore attraverso la scala VAS e la variazione di ROM, misurato secondo il Metodo SFTR⁶ (sagittale, frontale, trasversale, rotazione) al baseline (T0), a 30 giorni (T1) e a 180 giorni (T2) in seguito alla terapia eseguita.

PROTOCOLLO TERAPEUTICO APPLICATO

Il gruppo sperimentale è stato trattato con il protocollo descritto nella tabella nr.1, per 6 sessioni, 1 sessione ogni 5gg.

Razionale della scelta del protocollo sperimentale

1. L'Azione di BISTIMOLAZIONE ENDOGENA che agisce sulla RIPOLARIZZAZIONE della Membrana cellulare del tessuto lesa, e permette di velocizzarne il ripristino attraverso il cambiamento della sua permeabilità ai diversi ioni e di conseguenza alla situazione elettrica della cellula.

2. L'Azione di DISGREGAZIONE a media intensità sulla Capsula che in questa Patologia sviluppa una FIBROSI, conspessimento e cicatrizzazione del tessuto.

3. L'Azione di DRENAGGIO molto intensa per un'azione di "pulizia" del tessuto infiammato ed edematoso, al fine di allontanare dal sito i mediatori della flogosi e i cataboliti cellulari.

Grazie alla specifica componente DIA esercitata dal Generatore Magnetico, viene riversata sul tessuto un'AZIONE ANTALGICA in misura dell'intensità selezionata derivante dall'EFFETTO IPERPOLARIZZANTE sulla MEMBRANA Cellulare.

Il gruppo di controllo è stato trattato con un protocollo composto da mobilizzazioni passive e terapia attiva in piscina articolate in questo modo:

1 mobilizzazione passiva settimanale per un totale di 10.

1 sessione in piscina settimanale per un totale di 10.

RISULTATI e ANALISI DEI DATI

I 2 gruppi sono stati sottoposti a misurazione in risposta a:

A Primo obiettivo terapeutico: Riduzione della sintomatologia dolorosa applicando la VAS.

La rilevazione a T0 della sintomatologia dolorosa presentava le seguenti rilevazioni:

GRUPPO DI STUDIO: 7 pazienti > valore 9, 3 pazienti > valore 8, 3 pazienti > valore 7

GRUPPO DI CONTROLLO: 6 pazienti > valore 9, 4 pazienti > valore 8, 3 pazienti > valore 7

Per dare un parametro di misurazione alla riduzione del dolore è stato adottato dagli autori una scala modificata di tipo Likert⁷, considerando:

OTTIMO la scomparsa della sintomatologia algica

Modalità Operativa:		Manuale	
Fronte d'onda applicata caratterizzata dai seguenti parametri:			
Fasi	PWR	DIA	N° IMPULSI
Fase 1: Stimolante High Manuale	18	18	40
Fase 2: Disgregante Medium Manuale	18	18	40
Fase 3: Drenante High Manuale	15	15	40

TABELLA 1 - PROTOCOLLO UTILIZZATO PER GRUPPO SPERIMENTALE

BUONO il miglioramento di circa l'80%
DISCRETO il miglioramento di circa il 50%
INSUCCESSO il mancato miglioramento o la sospensione anticipata del trattamento per insoddisfazione del paziente.

	Gruppo di Studio	A 1 mese dal trattamento	A 6 mesi dalla fine del trattamento	Gruppo di Controllo	A 1 mese dal trattamento	A 6 mesi dalla fine del trattamento
		T1	T2		T1	T2
OTTIMO		41%	44%		3%	5%
BUONO		47%	43%		19%	17%
DISCRETO		11%	12%		63%	63%
INSUCCESSO		1%	1%		15%	15%

B Secondo obiettivo terapeutico:
Valutazione del miglioramento della motilità

attiva applicando il metodo internazionale di misurazione articolare Sft

GRUPPO DI STUDIO

		Prima del trattamento	A 1 mese dalla fine del trattamento	A 6 mesi dalla fine del trattamento
Estensione-flessione	Sagittale	35°-0°-125°	39°-0°-142°	41°-0°-169°
Abduzione-adduzione	Frontale	132°-0°-29°	157°-0°-35°	178°-0°-40°
Retropulsione-antero-pulsione	Trasversale	32°-0°-110°	36°-0°-118°	39°-0°-126°
Rotazione esterna rotazione interna (Braccio addotto)	R (F0°) rotazione	39°-0°-71°	45°-0°-76°	54°-0°-82°
Rotazione esterna rotazione interna (Braccio abdott)	R (F90°) rotazione	69°-0°-67°	75°-0°-73°	81°-0°-79°

UNITI E IN COLLABORAZIONE
PER LA CRESCITA DEI FISIOTERAPISTI

MEDICALTOOLS

Tecnologia per il benessere

Seguici anche sui social

CTU mega
POMPA DIAMAGNETICA 18

DIAMAGNETOTERAPIA

CTU S wave
ONDA D'URTO DIAMAGNETICA

TECARTERAPIA

ATR
TECAR AUTOADATTATIVA

TECNOSIX EPSILON

IPERTERMIA

eltatermia

MEDICALTOOLS
Tecnologia per il benessere
DISTRIBUTORE UFFICIALE

KINESIO
AUTHENTIC KINESIO

WWW.MEDICALTOOLS.IT
Tel: 0805341358

NUOVA SEDE
Via Salvatore Matarrese, n. 47/H, 70124 Bari

GRUPPO DI CONTROLLO

		Prima del trattamento	A 1 mese dalla fine del trattamento	A 6 mesi dalla fine del trattamento
Estensione-flessione	Sagittale	36°-0°-124°	38°-0°-131°	39°-0°-139°
Abduzione-adduzione	Frontale	131°-0°-28°	140°-0°-32°	168°-0°-49°
Retropulsione-antero-pulsione	Trasversale	33°-0°-109°	34°-0°-102°	39°-0°-126°
Rotazione esterna rotazione interna (Braccio addotto)	R (F0°) rotazione	38°-0°-72°	40°-0°-65°	42°-0°-79°
Rotazione esterna rotazione interna (Braccio addotto)	R (F90°) rotazione	69°-0°-66°	71°-0°-69°	78°-0°-73°

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Il nostro OBIETTIVO in questo studio è stato quello di valutare l'efficacia dell' ONDA D'URTO DIAMAGNETICA rispetto ad un trattamento di mobilizzazione passiva e terapia attiva in acqua, nei confronti della patologia di Spalla Congelata secondaria a fattori intrinseci. I parametri presi in considerazione ai fini valutativi sono la Scala VAS e la variazione di ROM a baseline (T0) a 30 giorni (T1) e a 180 giorni (T1) in seguito alla terapia eseguita. Dalla disamina dei risultati ottenuti nello studio effettuato, si evince che il trattamento con ONDA D'URTO DIAMAGNETICA CTU S WAVE risulta avere una relativa efficacia nel breve e medio periodo come si evince dai dati riportati.

1. Dopo il trattamento, una significativa riduzione del dolore e la stabilizzazione espressa dalla VAS sino ai sei mesi per il campione del Gruppo di Studio.
2. Le misure Artrogoniometriche dell'articolazione di spalla dopo il trattamento evidenziano un miglioramento nella motilità attiva del campione.

L'utilizzo di questa metodologia potrebbe risultare una valida opzione terapeutica nella gestione dei soggetti affetti da frozen shoulder secondaria da fattori intrinseci. Pertanto, la perfetta conoscenza della metodica sopradescritta permette dei risultati importanti per il paziente in termini di riduzione del dolore e di aumento della mobilità. Dato l'esiguo numero dei soggetti reclutati nel campione di studio, per affermare con maggior sicurezza tali miglioramenti degli outcome dovrebbero essere eseguite ricerche ulteriori con un numero maggiore di soggetti.

BIBLIOGRAFIA

1. Sheridan MA, Hannafin JA. Upper extremity: emphasis on frozen shoulder. Orthop. Clin North Am. 2006 Oct;37(4):531-9.
2. Zuckerman JD, Cuomo F, Rokito S. Definition and classification of frozen shoulder : a consensus approach. J ShoulderElbowSurg 1994; 3(1): S72.
3. KelleyMJ, McClure PW, Leggin BG. FrozenShoulder: Evidence and a Proposed Model GuidingRehabilitation. J Orthop Sports PhysTher. 2009; 39(2):135-148.
4. Coumo F. Diagnosis, classification, and management of the stiffshoulder. In Iannotti JP, Williams GR, eds. Disorders of the Shoulder: Diagnosis and Management. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999
5. Dias R, Cutts S, Massoud S. Frozen shoulder. BMJ. 2005 Dec 17; 331(7530):1453-1456.
6. GerhardtJJ. Clinical measurements of joint motion and position in the neutral-zero method and SFTR recording: Basic principles. Disability and Rehabi. 1983; 5(4): 161-164.
7. Likert R. (1932) Technique for the measure of attitudes Arch. Psycho., Vol. 22 N. 140.



<http://bit.ly/HdDLBj>

MEDICALTOOLS
Tecnologia per il benessere

**SCOPRI
E ISCRIVITI**

STRATEGIE PER FISIOTERAPISTI

2 GIORNI DI FORMAZIONE A BARI

Sei un fisioterapista che in questo momento storico non riesce a trovare una collocazione lavorativa stabile e sicura?

Svolgi il tuo lavoro con dedizione e passione ma non basta a crearti una buona lista pazienti?

Vuoi più sicurezza nella valutazione, nella impostazione del piano terapeutico e nella somministrazione del giusto trattamento per il tuo paziente?

TRATTAMENTO RIABILITATIVO DEL PIEDE TORTO CONGENITO

Dott. Ft Barisciano Marcello



Il piede torto congenito è una deformità del piede già presente alla nascita, caratterizzata da uno stabile atteggiamento vizioso del piede per alterazione dei rapporti reciproci tra le ossa che lo compongono e cui si associano alterazioni capsulari, legamentose e muscolo tendinee. Frequentemente al piede torto congenito può accompagnarsi anche una displasia dell'anca od altre alterazioni congenite dello scheletro.

L'incidenza del piede torto congenito è di circa 1 caso su 1000 nati. Le alterazioni da un punto di vista anatomo-patologico possono distinguersi in quelle che interessano l'apparato osteo-articolare e in quelle che interessano l'apparato capsulo-legamentoso e muscolo-tendineo.

Ogni piede torto è un caso specifico ed il trattamento di conseguenza deve adattarsi al singolo bambino. La kinesiologia, nelle forme meno gravi, è il trattamento più adatto sin dalla nascita e deve essere iniziata precocemente: dolci mobilizzazioni che hanno come scopo la progressiva ripresa ed il graduale aumento della mobilità. Ovviamente sempre evitando eventuali complicanze legate a iper-correzione.

Le manipolazioni del piede dovrebbero essere giornaliere, con stimolazione dei muscoli limitrofi (in particolare i peronieri) ed accompagnate da eventuali immobilizzazioni temporanee del piede, per mantenere i risultati ottenuti.

L'utilizzo del kinetec è ideale per mobilizzare il piede del bimbo per lunghi periodi, in particolare durante il sonno: dopo le sedute giornaliere di kinesiologia il piede viene posizionato su una placchetta piana collegata alla macchina. Esso dovrà essere posizionato in maniera corretta



e dovrà essere usato con padronanza anche dai genitori, grazie all'educazione impartita dal fisioterapista. Successivamente possono essere confezionati dei bendaggi con fissaggio tramite cerotti elastici. Questo modo di contenimento leggero è necessario per conservare ciò che si è fatto durante il trattamento, senza essere troppo cruenti.

Ma per i piedi molto rigidi potrebbe essere necessaria l'applicazione di apparecchi gessati. Il piede viene prima manipolato facendo attenzione a non bloccare il calcagno che deve abduersi con il resto del piede. Mentre successivamente viene applicato l'apparecchio gessato, si dovrà mantenere il piede il più possibile in posizione corretta tenendo ferme le dita e applicando una contro-pressione nei confronti della testa dell'astragalo. Il gesso si applica sotto il ginocchio e poi lo si estende fin sulla parte prossimale della coscia. Il gesso si applica delicatamente e si aumenta leggermente la tensione quando lo si confeziona al di sopra della caviglia. Il piede dovrà essere tenuto per le dita e il gesso dovrà essere avvolto sopra le dita in modo da lasciare a queste un ampio spazio. E' bene utilizzare un maggior numero di strati di cotone di Germania in prossimità della coscia per evitare irritazioni della pelle. Il gesso può essere realizzato a più strati sulla parte anteriore del ginocchio per renderlo più forte e per evitare di applicare un grande quantitativo nell'area della fossa poplitea, perché ciò renderebbe la sua rimozione più difficoltosa. E' importante non rimuovere l'apparecchio gessato prima del confezionamento di uno nuovo, poiché può andare persa gran parte della correzione ottenuta. A completamento del trattamento con gli apparecchi gessati il piede appare iper-corretto in abduzione se confrontato con un piede normale nell'atto del camminare; in realtà non si tratta di una iper-correzione, bensì di





una correzione completa del piede in una posizione di massima e normale abduzione. Il pieno completamento della correzione in abduzione aiuta a prevenire le recidive e non comporta il rischio di un piede ipercorretto e pronato.

In taluni casi può rivelarsi utile l'utilizzo dei tutori. I tutori di Dennis Browne uniscono i due piedi ad una sbarra. Il tutore è in resina termoformabile, viene cambiato regolarmente (di solito ogni 15 gg) per seguire la crescita del bambino ed i gradi acquisiti durante la kinesiterapia. Il tutore di Steenbeek, per l'abduzione del piede, può essere costruito con materiali semplici e facilmente reperibili. Il tutore è efficace nel mantenere la correzione ottenuta; è facile da usare e da fabbricare ed è perfettamente adatto per essere utilizzato in tutto il mondo.

Nel tutore di Gottenburg-Svezia le scarpe sono fatte di plastica malleabile modellata sulla forma del piede del bambino. La parte interna è coperta da cuoio molto soffice che rende la struttura molto comoda ed è fissata su una barra con delle viti. Il problema principale di questo tutore è che le scarpe devono essere confezionate ad ogni

visita e non possono inoltre essere conservate per una loro riutilizzazione in altri bambini.

Il tutore di Lione-Francia è composto da scarpe fissate ad una barra attraverso un meccanismo di plastica che permette la rotazione. La scarpa è composta da due parti e permette l'abduzione dell'avampiede rispetto al retropiede.

La prognosi è correlata al grado di deformità e alla precocità del trattamento. Alla fine del trattamento bisogna ricordare che permane la tendenza alla recidiva, temibile e possibile complicanza; la tutela mediante l'impiego di docce notturne e scarpe correttive deve essere mantenuta per alcuni anni, accompagnato anche da un intenso programma di terapia fisica riabilitativa. E' opportuno inoltre eseguire dei controlli seriati negli anni fino all'età matura, perché la crescita del piede può condurre a delle ricadute, comuni contro i primi due o tre anni di vita, ma che possono verificarsi fino ai sette anni d'età.

Bibliografia

- 2003 Ippolito E, Farsetti P, Caterini R, Tudisco C. Long-term comparative results in patients with congenital clubfoot treated with two different protocols. *J Bone Joint Surg Am* 85(7):1286-1294.
- 2008 Gurnett CA, Boehm S, Connolly A, Reimschisel T, Dobbs MB. Impact of congenital talipes equinovarus etiology on treatment outcomes. *Dev Med Child Neurol*. 2008 Jul;50(7):498-502.
- 2008 Richards BS, Faulks S, Rathjen KE, Karol LA, Johnston CE, Jones SA. A comparison of two nonoperative methods of idiopathic clubfoot correction: the Ponseti method and the French functional (physiotherapy) method. *J Bone Joint Surg Am*. 2008 Nov;90(11):2313-21.
- 2006 GM Costanzo. Il trattamento riabilitativo nel piede torto congenito. Tesi di Laurea (Facoltà di med. e chir. di Catania)

www.orthogea.com

ORTHOGEA®
OFFICINE ORTOPEDICHE
VERGATI

**All'avanguardia della
tecnica ortopedica**

LECCE
Info 0832.261178

BRINDISI
Info 0831.525538

OSTUNI
Info 0831.339077

**nuova filiale
MONOPOLI**
Info 080.9683578

**MEDICAL
ORTOPEDIA
VERGATI**

LETTERATURA IN PILLOLE

Dott. Ft. Denis Pennella*, Dott. Ft. Giuseppe Giovannico**



Insieme ai colleghi Filippo Maselli e Giuseppe Giovannico abbiamo cercato di chiarire che approcciare la nostra professione attraverso la letteratura scientifica non sia un mero abbandonarsi alle nozioni sancite da articoli ed ancora articoli. Sicuramente è l'unico approccio che tuteli il nostro operato e che lo armi di lance e scudi ma è anche quello che, come capita spesso, lo orpelli di inutili fregi e fronzoli che non garantiscono qualità terapeutica e garanzia prognostica. La letteratura scientifica, e non possiamo certo prescindere da questa riflessione semplice e banale, è fatta dagli uomini e per gli uomini. E' quindi vittima di un errore insito nella non infallibilità della razza umana stessa. Assurgiamo l'uomo ad una condizione di assoluta buona fede, bypassando quindi ogni considerazione sulla cattiva fede che caratterizza pochi (fortunatamente) ricercatori, spinti da brame di fama o da interessi economici: ovviamente i margini di errore legati - alla metodologia applicata, - alla difficoltà di fare ricerca in un ambito estremamente delicato come quello della salute, - agli strumenti adoperati, - alla componente umana ed emotiva di ricercatori e pazienti, e così via... assumono un ruolo estremamente importante. Il risultato sarà quello di portare a demolizione, quasi totale, ogni costrutto basato sulla evidenza scientifica, perché sempre in qualche modo attaccabile.

Ma proviamo a ribaltare la cosa, a cambiare punto di vista e a non considerare la componente umana come un punto debole dell'approccio basato sulle evidenze; piuttosto consideriamola come una risorsa o, meglio ancora, come una terza colonna che sostiene il grande universo della fisioterapia, per circoscrivere il discorso a noi soli diretti interessati (ovvio che potremmo estenderlo ad ogni campo della medicina e non solo). Cosa succederebbe? Che la semplicità e la facilità con cui siamo generalmente portati ad approcciare sistemi complessi, una volta assorbiti, ci indicherebbe che ogni nostra classificazione, ogni nostra scelta terapeutica, ogni nostro comportamento possa essere il risultato di una intensa e sottile computazione di dati ricavati da 3 grandi pilastri¹:

- 1) Best Evidence
- 2) Clinical Expertise
- 3) Value Patient

O più semplicemente:

- 1) La conoscenza e l'utilizzo di una solida letteratura scientifica, seppur fatta dall'uomo e per l'uomo, ovvero delle migliori evidenze disponibili;
- 2) La nostra esperienza e la capacità di dare o meno riscontro alle conoscenze acquisite;
- 3) I VALORI della persona che abbiamo davanti e l'universo infinito di emozioni e caratteristiche che la accompagnano e la rendono differente da ogni altra.

Solo tenendo presente questi 3 grandi pilastri saremo in grado di affrontare un processo diagnostico e terapeutico solido, direi quasi performante, baluardati da un approccio Evidence Based Practice.

L'arduo compito di descrivere meglio il ruolo della Clinical Expertise e dei Value Patient (Paziente) nei nostri processi di decision making spetterà, nel prossimo numero, ad un collega di grandissimo spessore culturale, Aldo Ciuro; il quale ci chiarirà quale importanza dare al terzo,



sicuramente più importante, pilastro della nostra pratica clinica quotidiana.

Ed ora, come di consueto, la roulette russa, quella degli articoli e degli studi che possono interferire con le nostre conoscenze oppure consolidarle, è aperta!

Spinal high-velocity low amplitude manipulation in acute nonspecific low back pain: a double-blinded randomized controlled trial in comparison with diclofenac and placebo.

von Heymann WJ et al. – SPINE, 2013

La Lombalgia Acuta (LBP) non-specifica è un problema che può essere affrontato utilizzando numerosi strumenti terapeutici. Tuttavia studi ben condotti che provino a comparare i differenti approcci tra di loro sono ben pochi. Questo lavoro fatto con 101 pazienti affetti da Non-Specific LBP ha indagato l'efficacia della manipolazione HVLA (alta velocità e bassa ampiezza) rispetto ad un approccio farmacologico con Diclofenac e rispetto al trattamento placebo. Lo studio condotto in doppio cieco ha confrontato gli esiti dei trattamenti tra i tre gruppi a distanza di 12 settimane con alcune scale di valutazione comunemente utilizzate:

- 1) 37 pazienti trattati con manipolazione + farmaco placebo
- 2) 38 pazienti trattati con manipolazione placebo + farmaco

3) 25 pazienti trattati con manipolazione placebo + farmaco placebo

Il gruppo cui è stato somministrato il trattamento placebo sia farmacologico che manipolativo è stato bloccato subito perché il dolore dei pazienti aumentava.

Il gruppo trattato con la manipolazione ha invece registrato un follow up significativamente migliore rispetto al gruppo trattato con terapia farmacologica.

In conclusione i risultati dello studio suggeriscono che, per questo sottogruppo di pazienti affetti da Lombalgia Acuta non-specifica, il trattamento manipolativo HVLA è più efficace del trattamento con solo farmaci e del non trattamento.

Does Opioid Pain Medication Use Affect the Outcome of Patients With Lumbar Disc Herniation?

Radcliff et al. SPINE – 2013

Lo studio ha comparato due gruppi di pazienti con lombalgia causata da ernia discale con coinvolgimento del tessuto nervoso.

Sono stati considerati 520 pazienti nel primo gruppo in trattamento con farmaci non-Oppioidi e 542 trattati invece nel secondo gruppo in trattamento con farmaci Oppioidi. La situazione basale propendeva per una percezione maggiore del dolore ed una sintomatologia neurologica più evidente per il secondo gruppo. Inoltre i pazienti

del gruppo Oppioidi hanno avuto una percentuale maggiore di ricorso alla chirurgia. Al follow-up di 4 anni nei due gruppi non sono state registrate differenze significative degli outcome nei pazienti che hanno fatto ricorso alla chirurgia. Invece, sempre a 4 anni di distanza, il 16% dei pazienti del gruppo Oppioidi ha continuato a farne uso mentre solo il 5% del gruppo non-Oppioidi ha fatto ricorso a farmaci Oppioidi.

In conclusione non ci sono differenze sugli outcome chirurgici tra pazienti in cura con farmaci Oppioidi e non-Oppioidi; entrambi i farmaci sembra che non creino dipendenza; i pazienti che ricorrono ai farmaci Oppioidi registrano però condizioni cliniche peggiori dei pazienti che ricorrono ai farmaci non-Oppioidi con una maggior predisposizione per la chirurgia risolutiva.

Pedometer-driven Walking for Chronic Low Back Pain: A Feasibility Randomized Controlled Trial.

McDonough, Clinical Journal of Pain, 2013

IL CAMMINO PUÒ ALLEVIARE IL MAL DI SCHIENA? Mc Donough ha valutato di recente con uno studio pilota se sia possibile condurre ampi RCT sui benefici e i rischi del cammino.

57 persone che soffrivano di lombalgia cronica sono state randomizzate ed assegnate o ad una singola seduta di educazione/consigli rinforzata dalla consegna del The Back Book, o ad un incontro educativo simile accompagnato da un programma graduale di cammino guidato da un pedometro, della durata di 8 settimane.

L'approccio al cammino era basato sul "5 As Model", un programma comportamentale utilizzato in origine per smettere di fumare. I 5 componenti sono:

- 1) verificare i comportamenti attuali di salute dei partecipanti e le barriere all'attività fisica;
- 2) consigliare i pazienti senza formulare giudizi riguardo ai benefici e ai mezzi per incrementare l'attività fisica;
- 3) arrivare a un accordo riguardo alla necessità di cambiare e alla definizione di obiettivi del cammino;
- 4) aiutare ad eliminare le barriere che impediscono di progredire;
- 5) **organizzare un feedback telefonico regio-**

lare per dare sostegno al cambio comportamentale.

I risultati dell'RCT sono stati positivi: il 93% delle persone assegnate al programma di cammino ha collaborato per almeno 6 settimane e ha aumentato il numero di passi giornalieri del 57%, riportando un miglioramento dell'8.2% dei punteggi dell'Oswestry Disability Index. Il 70% ha realizzato gli obiettivi di cammino predefiniti. E solo l'8% ha lamentato eventi avversi minori.

Lo studio che abbiamo citato ci deve far riflettere non tanto sui benefici del cammino per i pazienti lombalgici come strumento terapeutico, sebbene sia "evidente" una valenza in tal senso, quanto sulle modalità di interazione con il paziente durante la somministrazione di una "cura". L'utilizzo di un metodo già sperimentato per i fumatori, basato su un forte e costante legame paziente-fisioterapista ci indica quanto per noi il paziente non debba essere tale solo quando è in studio ma per tutto il suo percorso terapeutico e ad ogni ora della giornata: non in senso filosofico o metaforico (perderebbe di efficacia) bensì realmente ed attraverso un approccio metodologico chiaro, preciso, standardizzato, regolare.

A questo punto, giunti alla 3' rivista, possiamo tirare le somme di quello che sta succedendo... gli studi che vi stiamo proponendo ed i ragionamenti e le considerazioni espresse stanno suscitando interesse nei vostri confronti? Stanno addirittura cambiando in qualche modo la vostra pratica clinica?

Ci piacerebbe, come redazione, conoscere la vostra opinione in merito e pertanto vi invitiamo a scriverci a redazione@aifi.it, esprimendo i vostri giudizi, e chiedendoci espressamente se volete o meno essere eventualmente pubblicati.

L'appuntamento è per il prossimo numero e, soprattutto, con il collega Aldo Ciuro.

* PT, BSC, OMT. Libero Professionista presso Studi Associati FTM

** PT, BSc, MSC, Padova University. Libero professionista presso Studi Associati FTM

Bibliografia

1. AAOMPT 2013 Conference, October 16-20, 2013, Cincinnati, Ohio, Duke Energy Convention Center

L'utilizzo dell'ICF nella progettazione dell'intervento riabilitativo

10,5 ECM

GRATIS PER I SOCI AIFI 2014 | 30€ PER I NON ASSOCIATI

10,5 ECM

08,00-08,30 : registrazione dei partecipanti

I PARTE: MISURAZIONE E VALUTAZIONE IN RIABILITAZIONE a cura del Dott. Guerrieri Salvatore

08,30-09,30: Perché misurare: introduzione ad approccio riabilitativo empirico

09,30-11,00: Il concetto di salute promosso dall'OMS e gli strumenti di valutazione della salute e del funzionamento

II PARTE: CLASSIFICAZIONE E TEAMWORK a cura del Dott. Cannone Michele

11,00-11,30: Introduzione all'ICF

11,30-12,30: Struttura ed elementi della Classificazione ICF

12,30-12,30: L'ICF per il teamwork riabilitativo

12,30-13,30: pausa breve pranzo

1 Febbraio a Foggia

15 Marzo a Brindisi

15 Febbraio a Bari

5 Aprile a Lecce

1 Marzo a Taranto

III PARTE: ESERCITAZIONE PRATICA

13,30-16,30: Codifica di un caso clinico in gruppi

16,30-17,00: Esercitazione in gruppo-codifica di un caso clinico e revisione con i docenti

17,00-17,30: Questionario di Valutazione del partecipante; Valutazione dell'Evento Formativo; Conclusione dei lavori

IV PARTE: ASSEMBLEA PROVINCIALE

17,30 – 18,30: Assemblea provinciale e votazione.

Segreteria organizzativa:

Dott. Rosanna Fanelli, Dott. Michele Cannone, Sig.ra Rosanna Zingaro

ISCRIZIONI

ONLINE: www.aifipuglia.it/corsiectm

INFOLINE

BARI: bari@aifipuglia.it | 3921084897

BRINDISI: brindisi@aifipuglia.it | 3290552110

FOGGIA: foggia@aifipuglia.it | 3290552106

LECCE: lecce@aifipuglia.it | 3290552109

TARANTO: taranto@aifipuglia.it | 3290552107

Info generali:

Ufficio Formazione: formazione@aifipuglia.it | 3931039706

Segreteria Amministrativa: aifipuglia@virgilio.it | 3931039705

