



Fisioterapisti

LA NOSTRA VOCE Puglia

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti
Regione Puglia n. 50 (3° Trimestre 2014) - 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



CONGRESSO NAZIONALE AIFI - LECCE 2014

Speciale N. 50

BENVENUTI IN PUGLIA



Siamo felici di ospitare nella nostra regione il Congresso Nazionale 2014.

La Puglia è una regione lunga. I due punti estremi, Santa Maria di Leuca (LE) e Poggio Imperiale (FG), distano oltre 400 km, tanti quanti sono tra Torino e Venezia.

La Puglia ha 900 km di coste bagnate da due mari, l'Adriatico e lo Jonio, che fanno sognare i visitatori e trattengono come un cordone ombelicale i suoi abitanti.

La Puglia è stata la prima regione ad avere un Governatore dichiaratamente omosessuale e giudicato solo per il suo operato da tutte le componenti socio-politiche.

La Puglia è una regione dove esistono due università con corsi di laurea in fisioterapia, alcune sedi sono particolarmente disagiate e non hanno tutti i servizi che altre regioni offrono agli studenti.

La Puglia sta sviluppando conoscenze ed eccellenze nella preparazione dei fisioterapisti: Filippo Maselli sarà relatore al congresso internazionale, Giuseppe Giovannico darà il suo contributo all'interno del Congresso del GIS di Terapia Manuale, Anna Sergio e Gabriella Ghionna relazioneranno all'interno del Congresso GIS Reumatologia.

Inoltre, cinque pugliesi fanno parte del direttivo nazionale del GTM. Denis Pennella, Giuseppe Giovannico e Fabrizio Brindisino sono docenti al Master OMT di Tor Vergata, mentre Rosanna Tardocchi e Fabio Cataldi sono Tutor clinici. Giovannico è docente anche al Master OMT di Padova, dove collaborano alla docenza Pennella e Brindisino, invece Filippo Maselli è docente al Master dell'Università di Genova. Ancora: Fabrizio Brindisino è il fisioterapista della squadra nazionale italiana di Taekwondo, sport olimpico. Giulio Conticelli, Rosanna Fanelli, Michele Cannone, Salvatore Guerrieri, Debora Pentassuglia ed altri colleghi sono impegnati come docenti in diversi corsi ecm.

La Puglia del sole, del mare, del vento, di un futuro economico eco-compatibile, del diritto alla mobilità e alla formazione di qualità.

La Puglia della ricerca, con il brevetto dell'unifgl del glutine modificato per scongiurare l'intolleranza dei celiaci, e dei concerti della Notte della Taranta di Melpignano, del Primo Maggio di Taranto e del Festival Zingaria di musica danze tradizionali di Accadia (FG).

La Puglia deve essere parte integrante nella formazione dei fisioterapisti pugliesi, per essere componenti attivi del territorio come protagonisti dell'evoluzione della qualità della vita nella regione e dell'evoluzione della professione. **Essere slegati dal territorio in cui viviamo non ci consente di ottenere nessun risultato, i rapporti politici sindacali e sociali sono fondamentali per ogni conquista.**

Il fisioterapista deve essere un professionista che deve vivere il territorio, così come madre terra ci sorprende per la sua forza, anche in periodo di recessione, l'AIFI Puglia trova l'energia per reagire, riorganizzandosi e utilizzando le moderne tecnologie di comunicazione. Queste permettono la partecipazione alla vita associativa di tanti colleghi che per motivi, familiari, di lontananza, di tempo, ecc., non potrebbero dare il loro prezioso contributo alla sviluppo della nostra professione.

Whatsapp, Skype, conference call, aifipugliafacebook (con i suoi 1600 utenti) sono gli strumenti che tutta la direzione regionale utilizza.

I gruppi di lavoro di gestione del sito, di comunicazione con i pazienti, dell'università, della libera professione e della rivista regionale sono una realtà che coinvolgono, nel lavoro attivo, oltre trenta soci.

Questo modo di comunicare ci consente di intervenire rapidamente dove sorgono problemi per i colleghi e di avere più visibilità e riconoscimento politico, anche grazie alla nostro ufficio stampa gestito dalla giornalista Gabriella Ressa.

Anche nel mese di luglio l'attività politica ci ha impegnato a fondo con la nostra partecipazione sia all'Osservatorio regionale sulla Qualità della Formazione Continua in Medicina, dove presenteremo delle proposte formative, che alla convocazione in Regione per contribuire a risolvere il problema dell'equivalenza dei titoli abilitanti alla professione, dove il Segretario

regionale, Claudia Pati, ha potuto dimostrare la sua e nostra competenza.

E' in questo spirito che l'AIFI pugliese si è organizzata per accogliere i colleghi che parteciperanno sia al convegno scientifico che al congresso politico nazionale. Abbiamo coinvolto tutta la direzione regionale, in modo particolare i responsabili provinciali e il collega Marco Cordella dell'ufficio marketing. La nostra speranza è che il soggiorno in Puglia sia il più gradevole pos-

sibile e lasci in voi un buon ricordo della vostra esperienza e... a noi?... A noi, oltre al piacere di avervi ospitato e, grazie ai nostri sponsor, fatto degustare alcuni dei sapori di Puglia, la voglia di continuare ad imparare da voi tutti, perché auspichiamo di diventare una realtà sempre più all'avanguardia nel mondo della fisioterapia.

Il Presidente
Dott. FT. Eugenio D'Amato

L'A.I.F.I. Puglia ringrazia gli sponsor che delizieranno il palato dei delegati al congresso nazionale, permettendo loro di gustare i sapori della nostra terra.



Macelleria Cervellera
Via Mottola 68
74105 Martina Franca (TA)
Tel. 080.4838812
info@ilcapocollomartinese.it -
www.ilcapocollomartinese.it



Tocchi di Puglia

Tocchi di Puglia
Contrada Terzo Dieci, sn
74011 Castellaneta (TA)
Tel. 099.8432934 - 339.7450792
info@tocchidipuglia.it -
www.tocchidipuglia.it



Via Prov.le per S. Pancrazio km. 2,5
72028 Torre S. Susanna (Br)
Tel. 327.2397036 • 329.6165294
E-mail: masseriacanali@gmail.com



Pasticceria Chèri
Via San Francesco, 3
Via Stati Uniti d'America
zona PIP
Campi Salentina - 73012 (Le)
Cell. 328.3418351 - 327.0065484
info@pasticciottoaobama.com



Vini Gal Enos S.N.C.
di Gabriele e Annalucia Buccoliero
Via Trieste, 42
4028, SAVA (TA)
Tel: 099-974885
galenos1983@libero.it



Azienda Agricola Attanasio
Via per Oria, 13
Manduria (Ta)
Tel./fax +39 0999737121
info@primitivo-attanasio.com



TENUTA VÈROLA

Comm. Spedicato Salvatore & Figli S.r.l.
Sede legale - Piazza Assunta
Stabilimento Prov. Carmiano
Villa Convento
73041 Carmiano (LE)
Tel e Fax 0832 604129
tenutaverola@tiscali.it

AIFI FREE-LANCE

Dott.ssa Debora Pentassuglia, Responsabile Libera Professione



Libero professionista: la parola *professionista* deriva da “professare” cioè essere fedele a degli statuti ordinistici o regolamentanti un’attività. L’aspetto più interessante è la derivazione del termine *free-lance* ovvero “lancia-indipendente” o “lancia-libera” che trae origine dal termine medievale inglese usato per un mercenario, un soldato professionista che non serviva un signore specifico, ma il suo mestiere poteva essere al servizio di chiunque lo pagasse.

Il fisioterapista Libero professionista è paragonabile a questa immagine di audace e autonomo combattente che senza vincoli nei confronti di alcun titolare esercita la propria attività. Ne deriva un’importante responsabilità nei confronti della persona che fruisce del servizio.

In data 12/7/2014 si è svolto a Roma, presso la sede nazionale, l’incontro di tutti i responsabili regionali libera professione: **Ginesio Picchini (Abruzzo)** che nel contempo offre preziosi interventi e redige il verbale insieme al collega **Piero Ferrante (Lazio)**; **Giuliano Feltre (Veneto)** responsabile nazionale LP, **Gino Petri (Toscana)**, **Giovanbattista Manganello (Veneto)** che modera con l’orologio al polso e i pennarelli in mano; **Christian Bosi (Liguria)**, **Katia Libardi (Trentino)**, **Fabrizio De Lazzari (Veneto)**, **Lucia D’Ario (Campania)**. Ancora: neo-eletto **Fabrizio Antonelli (Umbria)**, **Filippa Piazzese (Sicilia)** presente con le parole e con i fatti in ogni tema affrontato, **Gianluca Rossi (Lombardia)**, **Assunta Brescia** e **Antonio Spera (Basilicata)** e **Alessandro Giacomazzi (Friuli V.G.)**.

Ciascuno ha raccontato la propria realtà regionale, i progetti passati, quelli in atto ma soprattutto quelli futuri che ognuno vorrebbe si realizzassero: la creazione e lo sviluppo di una “rete LP” (LP – libera professione) realmente funzionale, problematiche burocratiche, un accordo con i medici di medicina generale MMG, lotta all’abusivismo ed agli istituti che sfornano massoterapisti, i rapporti con le Università, la triste subordinazione della prestazione fisio-



rapica alla prescrizione medica, etc...

Ogni regione, purtroppo, vive una realtà differente; ad oggi non possiamo pretendere di seguire tutti le stesse direttive, ma occorre lavorare per questo.

La Mission già intrapresa dal Direttivo Regionale Pugliese è quella di organizzare un documento informativo che delinei la figura del fisioterapista con i suoi compiti, le sue capacità e i titoli che abilitano alla professione, all’esercizio della libera professione, la procedura per l’apertura e la conduzione di uno studio professionale, e tutte le normative di riferimento. Questo con lo scopo di intraprendere una collaborazione seria e determinata con la Regione, le ASL e i comandi NAS dei Carabinieri Provinciali al fine di contrastare l’abusivismo professionale. Sarà disponibile on-line una sezione rivolta esclusivamente alla LP, norme consigli e suggerimenti per crescere con AIFI. Dapprima occorrerà offrire un terreno fertile e, poi, su quello coltiveremo i nostri progetti.

La Liguria ha già avviato un protocollo d’intesa fra i fisioterapisti liberi professionisti e i medici di base affinché cresca un collegamento sempre più solido e pervio fra queste figure: il paziente è così indirizzato direttamente al professionista specializzato. Attraverso un documento che sintetizza e cataloga le competenze, ogni collega può presentarsi per le proprie compe-

tenze ed AIFi, garante della qualità e del tempo della prestazione offerta, costituisce elemento imprescindibile per i fisioterapisti che avviano autonomamente la carriera professionale.

In Abruzzo un gruppo di affermati fisioterapisti, con valida esperienza, hanno costituito un raggruppamento temporaneo d'impresa per poter partecipare ad un asta di appalto, indetta dalla ASL, per l'assegnazione del Servizio di Terapia Domiciliare. Per ragioni di ordine economico sono risultati vincitori dell'asta. La domanda che ci si pone, infatti è: perché disperdere denaro in percorsi che attraversano strutture e istituti se il SSN può avere un collegamento diretto con il professionista per la fruizione della prestazione?

In Toscana si parla di "realtà accettabile" anche se regna "l'anarchica" visto che non sono presenti ad oggi vincoli per l'apertura degli studi professionali.

In Sicilia si sta portando avanti la lotta all'abusivismo che ha visto la chiusura di numerosi "studi" abusivi e si gettano le basi per una collaborazione con i medici di base. Fondamentale, secondo la collega Piazzese, fare politica nella LP al fine di dare un volto ben preciso e un conseguente slancio a questa figura.

In Lombardia continua ad imperversare una realtà che vede strutture formative rilasciare attestati di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria delle professioni sanitarie, di massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici. Anche la Basilicata vive una triste realtà: la Legge 1058/2012 sancisce che i fisioterapisti siano subordinati alla diagnosi medica

per l'erogazione della prestazione ed il ricorso presentato dall'Aifi regionale al TAR è stato respinto! Il nuovo direttivo si sta impegnando a modificare questa situazione offrendo uffici specifici per ogni categoria di fisioterapista (LP, dipendente, ecc), e non solo...

Chi davvero stabilisce il confine fra i ruoli? Chi ne controlla la corretta esecuzione nel proprio ambito di competenza? AIFi, unica Associazione rappresentativa della nostra categoria deve rimboccare le maniche e lavorare in tale direzione.

Se l'unione fa la forza, il numero fa la differenza. Occorre essere rappresentativi se si vuole gridare a gran voce, ma per far questo AIFi deve offrire servizi concreti, certezze solide, regalare disponibilità incondizionata, nutrire i rapporti con le Università e non solo della propria regione.

In accordo con il collega del Lazio, credo sia utopistico pretendere una unificazione degli strumenti e delle azioni a livello nazionale perché ad oggi le differenze sociali, culturali e territoriali mostrano realtà differenti senza esibire gli sforzi di ciascuna regione. Questo non esclude alcun progetto perché è chiaro che ci debba essere un "modello" da seguire, ma per ora tocchiamo la nostra terra, valorizziamo quello che abbiamo e lo sguardo lo lasciamo al futuro.

Questo nuovo Direttivo ad ogni ora del giorno e in ogni giorno della settimana lavora dietro le quinte per la realizzazione di ambiziosi progetti: fiammeggia la passione in questo grande lavoro e nella valorizzazione della nostra figura. Le parole sono nulle senza fatti compiuti.. e allora diamoci da fare!

L'IMPORTANZA DEI RAPPORTI SINDACALI

Dott. Ft. Eugenio D'Amato, Presidente AIFI Puglia



Il riconoscimento giuridico-legale della figura del Fisioterapista, da perseguire attraverso la costruzione di rapporti stabili di collaborazione con le Istituzioni, i partiti politici e i sindacati, sia a livello nazionale che regionale e la tutela dello sviluppo professionale, sono obiettivi prioritari di A.I.F.I. Sono passati 20 anni dall'emanazione del D.M. 741/1994 (*Profilo professionale del Fisioterapista*) in cui il Legislatore ha sancito la "piena autonomia professionale del Fisioterapista", ma logiche di risparmio ne ostacolano la piena attuazione. Capiamo che il periodo di recessione tende a ridurre i costi di gestione della sanità, ma non si può continuare a ridurre l'erogazione dei LEA della riabilitazione; questo è contro la legge, contro l'esigenza di salute dell'utente, ma soprattutto anticonstituzionale (*art. 32 - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*)

Su queste basi l'intesa con le OOSS è possibile perché rappresentano tutti i lavoratori, anche coloro che usufruiscono delle prestazioni sanitarie. Dal canto suo l'A.I.F.I. non è disposta ad arretrare sulla crescita professionale del fisioterapista e l'auspicio è quello di vedere tutti i fisioterapisti, facenti capo a strutture pubbliche e private, in prima linea a difesa della categoria anche attraverso l'impegno diretto nelle azioni sindacali. E' assolutamente importante essere presenti e al fianco dei sindacati.

La CGIL pugliese, a seguito di segnalazioni pervenute da colleghi, ha chiesto chiarimenti, all'assessorato preposto, rispetto al numero delle prestazioni in regime domiciliare che ogni fisioterapista deve erogare. La risposta della Regione Puglia è arrivata dall'Assessorato Aree Politiche per la Promozione della Salute e delle Pari Opportunità con una nota (prot. 151 del 28/03/2014 n° 3038 a firma del dirigente dott. ssa S. Pampini) in cui si ribadisce in maniera chiara ed inequivocabile che in virtù dell'art. 9 del R.R. 20/2011 per 25 prestazioni riabilitative domiciliari giornaliere si richiede la presenza di n° 7 fisioterapisti per 36 ore settimanali assunti

a tempo indeterminato.

Questo è un importante risultato delle OOSS, perché chiarisce in modo inequivocabile il numero di prestazioni che il fisioterapista deve erogare nel rispetto dei LEA.

L'importanza dei rapporti con le OOSS è fondamentale anche quando alla nostra professione vengono richieste interventi non di nostra competenza. Ad esempio, il D.M. 741/1994 afferma che l'attività del fisioterapista è la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, ma che può integrare la formazione di base con indirizzi di specializzazione nel settore della psicomotricità e della terapia occupazionale. Resta però indiscutibile che la terapia occupazionale è di pertinenza del Terapista Occupazionale. (*D.M. 136/1997*).

Altro compito del Fisioterapista è il "case management" che non è di certo l'accompagnare o trasferire il paziente, ma è l'addestramento agli ausili proposti e l'esercizio a tecniche di facilitazione nei cambi e nei trasferimenti posturali, laddove possibile; altrimenti, come ricordato dall'I.N.A.I.L. (*Manuale sui disturbi muscolo-scheletrici lavorativi alle pagg. 36 37 e 38 Edizione 2012*) ci si avvale di ausili per la movimentazione manuale dei carichi e nei pazienti totalmente non collaboranti è indispensabile l'intervento di almeno due operatori socio-sanitari.

Segreteria Redazionale:

A.I.F.I. - 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: **Eugenio D'Amato**

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

ESSERE IN RELAZIONE CON IL MONDO

L'A.I.FI. PUGLIA SCOMMETTE SULLA COMUNICAZIONE

dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



Migliorare la comunicazione con il mondo esterno, per evidenziare le tante iniziative che l'Associazione realizza. E' stato questo l'obiettivo dell'A.I.FI. Puglia quando, nel 2011, prima Concetta Pesce, poi Fabio Mazzeo, presidenti regionali dell'Associazione, mi hanno affidato l'ufficio stampa regionale.

I risultati ottenuti nel tempo sono stati brillanti. Si è deciso infatti di operare su due diversi fronti, interno ed esterno. Per quanto attiene alla comunicazione interna si è deciso di uniformare i comunicati relativi ad iniziative che si svolgevano a livello provinciale, ma che avevano un imprimatur a livello nazionale o regionale, insistendo sul miglioramento dei rapporti tra le diverse sedi (tutto è stato reso più facile dall'innegabile utilizzo di internet e della rete). Lo stesso si è deciso di fare per quanto attiene alla comunicazione ufficiale, con comunicati stampa regionali e provinciali, a seconda delle necessità.

I risultati ottenuti sono stati ottimi. L'associazione, che lavora con professionalità da lungo tempo, ha cominciato ad essere più nota al mondo esterno, grazie ad una presenza costante su tutte le testate giornalistiche, ed è riuscita a far

passare alcuni concetti importanti, che rischiavano di essere relegati in un mondo settoriale. Si è seguita sia la comunicazione politica, con prese di posizione importanti, ad esempio con la presa di posizione congiunta da parte di AIFI, FISH E Cittadinanzattiva di totale disappunto sulla delibera 933 con la quale il governo regionale ha recepito l'accordo concernente il "Piano di indirizzo per la riabilitazione" sancito in Conferenza Stato-Regioni, nella quale si sottolineavano le potenzialità che il contributo delle professioni sanitarie della riabilitazione sono in grado di portare al sistema riabilitazione e ai cittadini fruitori dei percorsi assistenziali, e che non venivano colte, o ancora con i comunicati che hanno sempre messo in evidenza l'importante trasformazione del ruolo del fisioterapista all'interno del piano di riabilitazione, che lo vede operare in sinergia con altre figure professionali. Ancora l'associazione ha combattuto la concorrenza sleale, ribadendo la necessità che il fisioterapista sia un professionista che opera legalmente ed in totale trasparenza, e si è posta in prima linea quando si è trattato di difendere il Corso di laurea tarantino, più volte messo a dura prova da una sede non idonea, o tutto il sistema Università, certa che la cultura e la formazione siano gli unici sbocchi certi di un cammino sia antropologico che economico per la nostra società. Su questo fronte il nuovo presidente regionale Eugenio D'Amato si è schierato apertamente, e tutte le testate giornalistiche tarantine hanno seguito approfonditamente la questione.

Ma l'Associazione ha anche realizzato una serie di iniziative volte a diffondere le caratteristiche tecniche, attraverso campagne informative che hanno avuto lo scopo di sensibilizzare la popolazione su questioni importanti. Pensiamo ad esempio alla campagna rivolta ai bambini delle scuole elementari e medie affinché utilizzino appropriatamente lo zainetto e stiano attenti alla postura assunta nel corso della giornata. La campagna ha avuto grande attenzione dai media, con uscite su diverse province della





Cresce il disagio degli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia della sede di Taranto

L'Unione Studentesca Italiana di Fisioterapia, organismo interno dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.F.I.), punto di informazione e di ascolto per gli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia della sede di Taranto, ha denunciato il disagio degli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia della sede di Taranto, in cui lezioni si tengono alla Deledda, nel quartiere Tamburi, e in un'aula all'A.I.F.I. nel chiedere condizioni di studio eque per gli studenti tarantini.

La questione è molto seria, tanto che il Presidente della Giunta delle Elezioni della Camera dei Deputati on. Giuseppe D'Ambrosio ha fatto suo il comunicato dell'Associazione per chiedere al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, con un'interrogazione a risposta scritta, "quali iniziative intende intraprendere per risolvere coerentemente le problematiche segnalate dall'A.I.F.I. a Taranto".

In gioco ci sono, sottolinea Cosimo

Leuzzi, rappresentante regionale dell'U.S.I.F.I., la qualità degli studi degli studenti tarantini, la possibilità per gli stessi di non accedere alle borse di studio in quanto impossibilitati a sostenere gli esami previsti nella prima sessione dell'anno accademico, e la eccessiva vicinanza ai parchi minerali dell'Irva, motivo per cui il Commissario Prefetto della Provincia ha ritenuto la struttura inadeguata.

Oltre ai già noti problemi presenti in fattibilità dello stabile e la mancanza di una sala di studio, la sede di Taranto è priva di distributori automatici, i computer e la connessione internet per motivi di studio. I docenti non possono proiettare le proprie presentazioni powerpoint, neppure per comprendere argomenti di natura medico-riabilitativa estremamente complicati. Per ovviare a ciò alcuni docenti si sono visti costretti a stampare a proprie spese, e distribuirle alle lezioni.

La prima sessione prevista nell'anno accademico 2013-2014, con la conseguenza di essere poi esclusi dalle borse di studio per la mancanza di requisiti di merito.

L'U.S.I.F.I. Puglia si indigna contro questa palese violazione della dignità degli studenti.

Le corsi di Laurea in Fisioterapia sono state istituite in Via Deledda, Provincia, perché ritenute più vicine al mare, in quanto i minerali Irva, infatti, già istituita a Taranto, erano istituzioni riviste presto, approvato trasferito all'Università di Taranto agli stu-

CORRIERE DEL GIORNO
Martedì 11 febbraio 2014

UNIVERSITÀ Il plauso dell'Aifi e del Meet up 192 Professioni sanitarie, i corsi di laurea trasferiti nella sede del Politecnico

Finalmente i 550 studenti dei corsi di laurea in Fisioterapia, Scienze infermieristiche e Tecnici della prevenzione ambientale saranno trasferiti nelle nove aule messe a disposizione dal Politecnico. «La sede individuata, all'occorrenza di Taranto - e permetterà agli studenti di seguire il proprio percorso formativo nelle migliori condizioni», nella sede di via Deledda, ricorda l'Associazione dei fisioterapisti, non idonea perché troppo vicina ai parchi minerali dell'Irva, ed era inoltre senza corrente elettrica da novembre 2013. Taranto vanta una tradizione ultra trentennale nella formazione dei fisioterapisti, e molti di loro si sono affermati a livello nazionale. L'Aifi ritiene fondamentale che i futuri fisioterapisti conseguano una formazione universitaria di alto livello che consenta loro di affrontare con serenità il mondo della professione. «Perdere i corsi di laurea della sede di Taranto sarebbe stato un danno per la città di Taranto. Un danno economico, perché l'Università è un'opportunità di crescita per tutto il territorio».

Le richieste degli studenti sono state anche oggetto di un'interrogazione parlamentare, presentata Anna Rita Lemma ha se-

La richiesta di trasferire la sede dei corsi di laurea in Fisioterapia, infermieristica e Tecnici della prevenzione ambientale, presentata da Beppe Grillo - broso mentre la consigliere regionale del tricolore - mostra chiaramente, con impegno, la serietà della volontà delle istituzioni. Positivo il commento della Deledda - afferma - non volendo adesso che l'attenzione dei cittadini stimoli la volontà delle istituzioni a risolvere i problemi. Altrimenti, - concludono - non volendo adesso far diventare definitivo ciò che è provvisorio, chiediamo alle autorità competenti un impegno effettivo affinché si concluda la vicenda annosa della sede dei corsi di laurea delle professioni sanitarie».

L'altra grande preoccupazione è legata all'improvviso do subito dall'attività causa dell'annullamento delle lezioni tanto da rischiare la possibilità di non poter sostenere gli esami previsti nell'anno accademico 2013-2014, con la conseguenza di essere poi esclusi dalle borse di studio.

Dopo l'Aifi, anche l'Aule inag

bile e la posizione decentrata rispetto alla città, che non permette un facile accesso ai servizi essenziali propri di una vita universitaria dignitosa. Negli ultimi 3 mesi si è aggiunta la mancanza di corrente elettrica e di riscaldamento. La causa, l'ennesimo furto di rame; l'effetto, la frequenza delle lezioni solo di mattina, al freddo. Il grave ritardo delle Istituzioni sta compromettendo la qualità dell'istruzione.

«Assurda quella sede del corso di laurea in Fisioterapia» I disagi vissuti dagli studenti al Tamburi ripresi in un'interrogazione alla Camera del deputato D'Ambrosio



Il Parlamento, a seguito di una interrogazione del deputato della Camera, Giuseppe D'Ambrosio, ha chiesto al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di intervenire per risolvere il disagio degli studenti del corso di laurea in Fisioterapia della sede di Taranto. Il deputato D'Ambrosio ha chiesto al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di intervenire per risolvere il disagio degli studenti del corso di laurea in Fisioterapia della sede di Taranto.

Il deputato D'Ambrosio ha chiesto al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di intervenire per risolvere il disagio degli studenti del corso di laurea in Fisioterapia della sede di Taranto.

Regione, anche grazie alla "Giornata regionale di educazione e prevenzione", che ha visto i professionisti dell'A.I.F.I. mettersi a disposizione dei dirigenti, dei docenti e dei genitori per fornire consigli pratici ed essenziali su una postura corretta (dagli studi effettuati è emerso che sono molti i bambini che lamentano mal di schiena, in particolare lombalgia, dovuta essenzialmente ad un uso scorretto dello zaino scolastico e ad una postura sbagliata). Nel corso di questa campagna sono stati distribuiti 7000 opuscoli dal titolo "La schiena va a scuola: prime regole per rispettarla", editi dall'AIFI e presentati nel corso del convegno nazionale di Pacengo del Garda (Verona).

Si è lavorato anche per far conoscere al territorio le eccellenze regionali, cioè colleghi che hanno studiato e che si sono specializzati in particolari terapie, come la Terapia Manuale.

Operare in un territorio vuol dire anche prendere posizione sull'ambiente e sulle caratteristiche che influiscono la qualità stessa del lavoro. L'associazione ha aderito alla Marcia dei cittadini e delle associazioni ambientaliste in difesa della salute e contro l'inquinamento ambientale, una delle tante tenutesi a Taranto, con all'interno l'articolo del tarantino Marco Cordella. Insomma un cammino a tutto tondo, che continua e che guarda innanzitutto alla figura del fisioterapista,

inserendolo in un contesto di più ampio respiro. In questo senso tutta l'Associazione sta già lavorando alla preparazione del prossimo congresso nazionale che si terrà nel mese di ottobre a Lecce. Un modo eccellente di puntare i riflettori sul nostro territorio, afflitto da tante problematiche, ma ricco anche di storia, arte, enogastronomia, prodotti tipici straordinari, paesaggi bellissimi, mare meraviglioso, caratteristiche che rendono la nostra regione una delle più belle d'Italia.

Osmairm: Un j'accuse destituito di fondamento

Per la disponibilità al diritto di replica, concesso dal Presidente dell'AIFI Puglia, preme puntualizzare quanto segue:

L'articolo pubblicato sul n. 48/2014 della rivista, con cui si ritengono violati i diritti dei Fisioterapisti, va considerato del tutto carente di qualsivoglia fondamento in fatto ed in diritto, così come è stato puntualmente riscontrato con nota del 22.05.2014, altresì notiziandone i destinatari circa la sussistenza controfattuale dell'assunto dedotto.

L'attività occupazionale, cui può a volte esser destinato il Fisioterapista, rientra a pieno titolo tra le fattispecie ricadenti nell'alveo delle figure sanitarie riabilitative, così come disciplinate dai DD.MM. 29.03.2001, 27.07.2000 e 17.01.1997.

La riferita mansione di supporto che si eserciterebbe attraverso l'accompagnamento del paziente nelle sale di terapia, rappresenta solo una più attinente e globale presa in carico, (ammessa dalla stessa AIFI sul suo blog) a suffragio di quel *Case Management*, così ampiamente richiamato in numerose e validate pubblicazioni scientifiche (tra tutte cfr.: BEJOR M., Direttore Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa, Università degli Studi di Pavia).

L'assegnazione dei pazienti a diversificati Operatori, ben lungi dall'essere impeditiva all'instaurarsi di un rapporto relazionale stabilmente imperniato su metodiche standardizzate, e semmai permeate di immutabilità, di certo non minano il diritto alla salute così come denunciato, ma semmai agevolano quell'agognato lavoro d'*equipe*, fondamentale requisito in strutture riabilitative di sì elevata complessità per la pluridisciplinarietà delle patologie di cui sono affetti tali pazienti, consentendo del pari di superare l'insostituibilità di un Operatore in caso di assenza/impedimento.

L'addotta violazione delle norme di cui al D M 741/94 nonché al codice deontologico (L. 42/99, art. 1 co.2) così come presuntivamente realizzantesi nell'intervento riabilitativo posto in essere in questa Azienda trova la sua epicrisi proprio nelle evocate normative, le quali, ben lungi dall'essere foriere di prefigurati "diritti violati", subordina la figura professionale del Fisioterapista agli aspetti clinico-diagnostici e di redazione del progetto riabilitativo, appannaggio del Medico Specialista in Fisiatria, delegando poi al Fisioterapista, l'elaborazione e l'attuazione, in forma individuale o

multidisciplinare, del programma riabilitativo quale risposta al bisogno di salute del soggetto diversamente abile.

In ordine poi al numero dei trattamenti riabilitativi da espletare in forma domiciliare, valga per tutte -oltre quanto già disciplinato dall'art. 9, co. 2, del R.R. 4 agosto 2011, n. 20- il contenuto della nota prot. A00151/3083 del 28.03.2014, emanata dall'Ufficio 3 del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute, Regione Puglia, che a tal riguardo identifica in 30 il numero delle prestazioni settimanali, ripartite su 6 giorni lavorativi, che ciascun Fisioterapista deve eseguire.

Da quanto innanzi, e per chiarezza di informazione non può dunque che dissentirsi da quanto denunciato, perché del tutto privo di fondamento in fatto ed in diritto, e comunque rimarcando ogni qualificata disponibilità, per un leale e costruttivo confronto dialettico.

Tanto si vuole ribadire, a conferma della avvenuta costante applicazione delle norme regolamentari da parte di questa Azienda.

Dr. Cosimo Turi - Direttore Sanitario Osmairm

Programmazione attività formativa secondo semestre 2014

- L'utilizzo del tape nell'ambito del concetto Bobath pediatrico 11 e 12 ottobre
- Fisioterapia e riabilitazione del pavimento pelvico 18 e 19 ottobre
- Progetto Pilates: la postura da statica a dinamica 8 e 9 novembre
22 e 23 novembre
13 e 14 dicembre
- Imaging radiologico per fisioterapisti 14 - 15 e 16 novembre
- Tecniche di riabilitazione respiratoria nelle varie forme patologiche 21 e 22 novembre
- Trattamento del dolore e facilitazione della postura con nastro kinesiologico 28 - 29 e 30 novembre
- Terapia Manuale secondo il concetto OMT Kalterborn-Evjenth - secondo livello dal 30 novembre al 4 dicembre (1° modulo)
- Corso di massaggio terapeutico e sportivo 18 e 19 ottobre
(in collaborazione con PHISIOVIT) 29 e 30 novembre

Sono stati, inoltre, programmati per il primo semestre 2015

- ◇ Terapia manuale secondo il concetto OMT Kalterborn - Evjenth - 1° livello
- ◇ Corso Bobath base
- ◇ Riabilitazione dell'Articolazione temporo-mandibolare
- ◇ Corso Pompage - La mobilizzazione delle fasce



Info: www.ecm-associazione.it
Cell. 3939504842

SPECIALE CONGRESSO NAZIONALE

Dott. Ft. Fabio Domenico Mazzeo, Vice-presidente AIFI Puglia



Dal 9 al 12 ottobre prossimo, la Regione Puglia avrà l'onore ed il piacere di ospitare nella splendida città barocca di Lecce, presso il Grand Hotel Tiziano e dei Congressi, il Congresso Nazionale

AIFI, con la partecipazione di tutte le delegazioni regionali.

L'evento avrà una duplice veste: una a 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 e per definire il mandato da affidare al prossimo gruppo Dirigente Nazionale.

Il Congresso Internazionale, organizzato dalla S.I.Fi.R. e dai GIS-AIFI, proporrà, come tema centrale del dibattito scientifico, il "problema dolore" a partire dalla sua definizione alla luce di ciò che attualmente ci propongono gli ultimi studi, fino al significato che il dolore assume in patologia.

L'obiettivo vuole essere quello di fornire elementi utili alla sua interpretazione e al suo inquadramento clinico in chiave fisioterapica e identificarlo come "segnale" significativo importante del corollario dei sintomi. Si potranno, in tal modo, definire linee guida per le patologie in cui il dolore può trarre beneficio dal trattamento riabilitativo.

Il Congresso si articolerà su due giornate: la prima in sessione plenaria e la seconda in 6 sessioni parallele organizzate dai GIS-AIFI (GIS Sport; GIS Terapia Manuale; GIS Fisioterapia Geriatrica; GIS Neuroscienze ; GIS Reumatologia; GIS Pediatrico; AIRM).

I lavori di preparazione del Congresso Politico fervono ormai da diverso tempo! I dirigenti associativi si sono riuniti lo scorso 14 dicembre a Bologna per preparare il percorso per l'individuazione delle mozioni congressuali; seguendo l'impianto dell'AIFI VISION 2020, sono stati analizzati gli spunti derivanti direttamente dalle discussioni dell'incontro.

Sono state individuate 7 aree di intervento, per

ognuna delle quali si sono organizzati gruppi di lavoro regionali ed interregionali con il supporto di un coordinatore.

Il 6 giugno scorso a Roma, sono stati presentati gli elaborati dei gruppi di lavoro regionali e interregionali al fine di consentirne la massima sintetizzazione e armonizzazione.

Il dibattito delle aree di lavoro si è focalizzato su questi temi:

1. politiche per il mandato associativo, finalizzate a migliorare la consapevolezza del primato e delineare la strategia politica nazionale e regionale.
2. politiche per la regolamentazione professionale, che si concentrerà sugli aspetti giuridici, deontologici ed etici della nostra professione, per lo sviluppo professionale in genere ed in particolare per la libera professione e la lotta all'abusivismo professionale.
3. politiche per lo sviluppo delle competenze professionali, per garantire e migliorare la qualità della formazione continua dei professionisti e l'evoluzione professionale in ambito universitario.
4. politiche per lo sviluppo della pratica clinica, per implementare nuovi modelli organizzativi, buone pratiche e strumenti per la qualità ed il governo clinico.
5. politiche per la promozione della cultura scientifica, per promuovere la cultura scientifica e nuove iniziative con le società scientifiche, in linea con l'EBP.
6. politiche della comunicazione, al fine di migliorare e accelerare, attraverso l'uso dei social network, la comunicazione intera ed esterna.
7. politiche per lo sviluppo dell'associazione, sia per quanto riguarda l'organizzazione interna che i rapporti istituzionali.

Il Congresso Nazionale sarà un meraviglioso momento di incontro per la crescita culturale e professionale di tutti noi. La buona riuscita ed il successo che questo evento riscuoterà dipende solo da noi!

Siamo lieti di pubblicare di seguito gli abstracts delle relazioni che autorevoli colleghi pugliesi presenteranno al Congresso internazionale di giovedì 9 ottobre e ai Congressi dei GIS di venerdì 10. Per ragioni di ordine organizzativo non siamo in grado di pubblicare quelli delle colleghe Simona Lazzari (GIS Reumatologia) e Desirè Simmini (GIS Fisioterapia pediatrica). Sarà nostra premura pubblicarli nel prossimo numero.

PHYSICAL THERAPY FOR PAIN MANAGEMENT: NEW PERSPECTIVES AND BEST PRACTICES

IL DOLORE VISCERALE E LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Dott. Filippo Maselli. PT, BSc, MSc, OMT



Come definito dalla IASP - International Association for the Study of Pain, “il dolore è un’esperienza spiacevole, sensoriale ed emozionale, associata a un danno reale o potenziale del tessuto, o descritta in tali termini”¹. Il dolore quindi è un processo altamente dinamico. Il Dolore non è solo un fenomeno sensoriale, bensì deve essere visto come la sommatoria di una parte percettiva (la nocicezione) che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione ed il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l’organismo, e di una parte cognitiva (quindi del tutto personale, la vera e propria esperienza del dolore) che è lo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole. Un danno quindi alla cute o ad un organo interno scatena una cascata di eventi che portano alla percezione del dolore acuto, alla generazione di aree ipersensibili attorno al sito di danno tissutale (iperalgia primaria), così come a distanza dalla lesione (iperalgia secondaria e riferita) ed eventualmente alla creazione di uno stato di dolore cronico².

La natura della lesione originaria, il processo di sensibilizzazione dei recettori presso il sito di lesione ed i cambiamenti plastici delle vie nocicettive centrali determinano il decorso e la grandezza del sintomo dolore. I progressi più significativi nella ricerca sullo studio del dolore negli ultimi anni sono stati il riconoscimento della natura dinamica di questo processo e l’identificazione degli elementi molecolari responsabili dei cambiamenti funzionali che portano al dolore cronico e all’iperalgia³. Diverse classificazioni sono state proposte nel tempo dalla letteratura, fondate per lo più sul lavoro di esperti del settore che affrontano aspetti specifici del

fenomeno quali eziopatogenesi, meccanismi fisiopatologici, sede strutturale, timing, intensità, durata⁴, ecc. Molte tassonomie si basano su di un unico criterio monodimensionale risultando incomplete o limitate; per ottenere un risultato migliore sarebbe il caso di usare una combinazione di più classificazioni⁵, per sostenere una serie di termini quali, acuto, cronico, ricorrente, persistente, nocicettivo, neuropatico, lieve, moderato, somatico, viscerale, ecc. Proprio a quest’ultimo dolore è diretta la nostra attenzione, il dolore viscerale. Dolore derivante dagli organi interni del corpo:

- cuore, grossi vasi, e strutture perivascolari (ad esempio i linfonodi);
- strutture delle vie aeree (faringe, trachea, bronchi, polmoni, pleura);
- tratto gastrointestinale (esofago, stomaco, intestino tenue, colon, retto);
- strutture superiori-addominali (fegato, colecisti, vie biliari, pancreas, milza);
- strutture urologiche (reni, ureteri, vescica, uretra);
- organi di riproduzione (utero, ovaie, vagina, testicoli, vasi deferenti, prostata);
- omento, peritoneo viscerale.

Il dolore viscerale è la forma più comune di dolore e affligge davvero ogni essere umano almeno una volta nella vita. Particolarmente interessante come forma di dolore viscerale è quella nota come dolore ‘funzionale’, cioè dolore che si verifica in assenza di una patologia dimostrabile degli organi interni o dei suoi nervi associati. Questo è particolarmente studiato nel tratto gastrointestinale. A differenza del dolore somatico (dolore da pelle, muscoli e articolazioni), il dolore viscerale è spesso noioso, mal localizzato e difficile da descrivere⁶. Può essere accompagnato da forti reazioni autonomiche

ed emotive e da dolore riferito. Il dolore riferito ha due componenti: la localizzazione del sito di dolore generata ai tessuti somatici (ad esempio, torace e dolore al braccio da ischemia cardiaca) e la sensibilizzazione di questi tessuti (ad esempio i calcoli renali possono causare una palpazione dolorosa ai muscoli del tronco). Analizzando questi ultimi aspetti si comprende come un paziente con questi sintomi potrebbe richiedere l'aiuto di un fisioterapista, pensando che il suo disturbo sia di tipo muscoloscheletrico. Sarà il processo di ragionamento clinico e di presa di decisioni del fisioterapista che porterà ad individuare quei segnali di allarme, chiamati Red Flag (...anamnesi ed indizi clinici che possono indicare la presenza di gravi patologie non manifeste⁷), i quali, analizzati nel loro complesso, potranno indicare il profilo di rischio del paziente ed evidenziare che il disturbo che lo affligge non è di competenza fisioterapica e che quindi si rende necessario il riferimento medico specialistico per il giusto percorso diagnostico terapeutico. Ricordiamo a questo proposito che "lo scopo della diagnosi differenziale del fisioterapista non è quello di identificare la patologia che sottende al quadro disfunzionale del paziente, tra due o più malattie possibili, ma è quello di saper riconoscere i sintomi e i segni che hanno bisogno della consulenza di un altro professionista della sanità". A causa della scarsa validità e affidabilità dei molti test utilizzati per la valutazione delle disfunzioni muscoloscheletriche, non è consigliabile, infatti, fare eccessivo affidamento all'esame fisico. È soprattutto nell'esame soggettivo che s'individuano le indicazioni più chiare di serie patologie.⁸ A scopo riassuntivo, ma non esaustivo, ricordiamo quei segni e sintomi definiti costituzionali dell'esame soggettivo⁹, ovvero dell'analisi della storia recente e remota del paziente:

- febbre >37.5-38.3 °C,
- brividi,
- cambiamenti notturni della temperatura,
- diaforesi (sudorazione inspiegabile),
- sudorazione notturna,
- nausea,
- vomito,
- disturbi sfinterici,
- diarrea,
- pallore,
- ittero,

- sbandamenti,
- svenimenti,
- stanchezza eccessiva non giustificabile,
- fatica non legata allo sforzo fisico, debolezza, malessere,
- perdita di peso inspiegabili (10 p. o 4.5 kg o > 5-10% del peso corporeo, in 3-6 mesi),
- prurito, ecc.

Non dimentichiamo quindi, come afferma Waddell¹⁰, che un normale esame fisico non esclude serie patologie. Malgrado si ricerchi la miglior condotta durante la valutazione iniziale del paziente, non sempre è possibile individuare, alla prima seduta, la presenza di patologie gravi che controindicano il trattamento fisioterapico. A volte sono le prime sedute a far ipotizzare la presenza di qualcosa di diverso da quanto ci si dovrebbe aspettare.

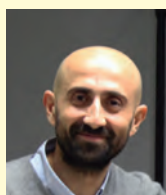
Bibliografia

1. Classification of Chronic Pain. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage", (pp 209-214). Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy. Merskey H and Bogduk N. IASP Press, Seattle. 1994.
2. Cervero F, Laird JM (1996) Mechanisms of touch-evoked pain (allodynia): a new model. *Pain* 68: 13-23.
3. Hunt SP, Mantyh PW (2001) The molecular dynamics of pain control. *Nat Rev Neurosci* 2: 83-91.
4. Turk D, Okifuji A (2001) Pain terms and taxonomies of pain. In: Loeser J, Bonica J, Butler S et al (eds) *Bonica's management of pain*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, pp 16-25.
5. Mangione S, De Santis F (2006) Tassonomia del dolore. In: Mercadante S (ed) *Il dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento*. Masson, Milano, pp 56-64.
6. Cervero F, Laird JMA (1999) Visceral pain. *Lancet* 353: 2145-2148.
7. Arce D, Sass P, Abdul-Khoudoud H. 2001. Recognizing Spinal Cord Emergencies. *Am Fam Physician*.
8. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain?. *JAMA* 1992;268(6):760-5.
9. Goodman CC, Screening for Gastrointestinal, Hepatic/Biliary, and Renal/Urologic Disease, *JOURNAL OF HAND THERAPY*, 2010;23:140-157.
10. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. 2°ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2004.

CONGRESSO GIS TERAPIA MANUALE

LA RIABILITAZIONE POST-CHIRURGICA NEGLI INTERVENTI DI PROTESI DI ANCA E GINOCCHIO

Dott. Giuseppe Giovannico, PT, BSc, MSc, OMT



INTRODUZIONE

L'osteoartrosi (OA) è la forma più comune di artrite ed affligge milioni di persone nel mondo. Si tratta di una malattia complessa la cui eziologia appare mista, biomeccanica e biochimica. È una delle principali cause di disabilità cronica, principalmente come conseguenza della gonartrosi e/o dell'osteoartrosi d'anca.

MATERIALI E METODI

È stata eseguita una ricerca bibliografica utilizzando le banche dati MEDLINE, PEDro, EMBASE, CINAHL, COCHRANE. Sono state utilizzate le seguenti Parole Chiave: Knee, Hip, Osteoarthritis, Arthroplasty, Physiotherapy, Rehabilitation.

RISULTATI

Un recente studio condotto in Svezia nel 2012 afferma che la percentuale di popolazione di età compresa tra ≥ 45 con una qualsiasi diagnosi medica di OA è stata del 26,6% (95% intervallo di confidenza (IC): 26,5-26,8) (uomini 22,4%, donne 30,5%). Le articolazioni più comunemente colpite erano ginocchio (13,8%), anca (5,8%) e mano (3,1%). Il 26,8% della popolazione presa in esame aveva più articolazioni affette da OA. Entro l'anno 2032, si stima che la percentuale della popolazione di età compresa tra ≥ 45 con una diagnosi medica di OA tenderà ad aumentare dal 26,6% al 29,5% (qualsiasi articolazione), dal 13,8% al 15,7% per il ginocchio e il 5,8-6,9% per l'anca.

OA ha dimostrato di essere associata con costi elevati, sia in termini di costi diretti connessi alla salute (trattamenti a lungo termine per il controllo del dolore, chirurgia e riabilitazione) e costi indiretti (perdita di produttività). Le strategie di gestione attuali sono destinate a fornire un miglioramento sintomatico, utilizzando una combinazione di approcci farmacologici e non farmacologici (riabilitazione e o chirurgia). I costi di tali strategie e il loro successo a lungo termine sono incerti e spesso difficili da confrontare tra gli studi.

DISCUSSIONE

Ad oggi non c'è consenso circa le terapie mediche e riabilitative da eseguire nell'immediato post-operatorio, probabilmente per la mancanza di studi rilevanti al riguardo.

"Non è stato ancora determinato il tipo, l'intensità (dosaggio), il timing degli esercizi terapeutici che migliorino nel breve-lungo periodo gli outcomes chirurgici e ottimizzino la funzionalità, le capacità fisiche, la partecipazione e gli indici di qualità della vita". Se nel trattamento conservativo dell'osteoartrosi di ginocchio ed anca appare dimostrata l'efficacia dei trattamenti riabilitativi e di terapia fisica come massaggio, TENS e crioterapia, non è altrettanto chiara l'efficacia del CMP, delle NMES e delle TENS circa trofismo muscolare, performance e dolore nel trattamento post-chirurgico. Anche la terapia in acqua non appare prevalere nel breve termine sulla terapia tradizionale a secco, in merito agli outcomes di dolore e funzionalità.

Evidenze circa l'efficacia del trattamento riabilitativo sono presenti riguardo la riabilitazione pre-operatoria, la riabilitazione post-operatoria precoce, l'esercizio terapeutico rivolto al recupero della forza del quadricipite e dei muscoli del cingolo pelvico, il trattamento Riabilitativo Funzionale Intensivo (RFI), La stimolazione elettrica a bassa frequenza associata alla fisioterapia.

CONCLUSIONI

L'esiguo numero di articoli e la loro eterogeneità circa il trattamento riabilitativo pre e post-chirurgico di protesi d'anca e di ginocchio ci impediscono oggi di individuare delle indicazioni precise riguardo la migliore pratica clinica possibile. A dispetto di ciò è dovere del clinico "cucire addosso" al paziente un programma riabilitativo soggettivo e quindi a lui adeguato, con obiettivi realistici, funzionali e modificabili che includano poliedricamente tutte le tecniche fisioterapiche a nostra disposizione, che mirino al suo progressivo miglioramento fisico globale.

Bibliografia

Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032.

Turkiewicz A, Petersson IF, Björk J, Hawker G, Dahlberg LE, Lohmander LS, Englund M. Osteoarthritis Cartilage. 2014 Jul 30. pii: S1063-4584(14)01188-1

Early outcomes and complications following joint arthroplasty in obese patients : a review of the published Reports ; Dowse MM . And Choong PF; ANZ J Surg 2008

Low frequency electric muscle stimulation combined with physical therapy after total hip arthroplasty for hip Osteoarthritis in elderly patients : a randomized controlled trial; Gremaux V. et al ; Arch phys med rehabil 2008

J Appl Physiol. 2008 Jul;105(1):180-6. Epub 2008 Apr 17. Resistance training induces qualitative changes in muscle morphology, muscle architecture, and muscle function in elderly postoperative patients; Suetta C., Andersen JL, Dalgas U, Berget J, Koskinen S, Aagaard P, Magnusson SP, Kjaer M.

Partial versus unrestricted weight bearing after an uncemented femoral stem in total hip arthroplasty: recommendation of a concise rehabilitation protocol from a systematic review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Apr;130(4):547-55. Epub 2009 Dec 10. Hol AM, van Grinsven S, Lucas C, van Susante JL, van Loon CJ.

The effect of preoperative physiotherapy and education on the outcome of total hip replacement: a prospective randomized controlled trial. Gocen Z, Sen A, Unver B, Karatosun V, Gunal I. Clin Rehabil. 2004 Jun;18(4):353-8.

Exercise for osteoarthritis of the hip or knee. Fransen M, McConnell S, Bell M. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD004286. Review

Felson DT, Couropmitree NN, Chaisson CE, et al: Evidence for a Mendelian gene in a segregation analysis of generalized radiographic osteoarthritis. The Framingham study. Arthr reum 1998; Jun;41(6):1064-71.

Andrianakos AA, Kontelis LK, Karamitsos DG, et al.: Prevalence of symptomatic knee, hand and hip osteoarthritis in Greece. The ESORDIG study. J Rheumatology 2006, Dec;33(12):2507-13.

Felson DT: Epidemiology of knee and hip osteoarthritis. Epidemiol rev 1988; 10: 1-28

Felson DT, Couropmitree NN, Chaisson CE, et al: Evidence for a Mendelian gene in a segregation analysis of generalized radiographic osteoarthritis. The Framingham study. Arthr reum 1998; 41:1064-71.

CONGRESSO GIS REUMATOLOGIA RIABILITAZIONE DELL'ARTO INFERIORE

dott.ssa Ft. Anna Sergio

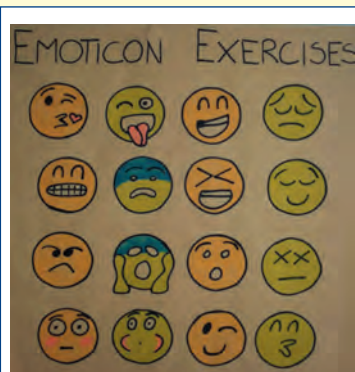


La sclerosi sistemica è una malattia cronica del tessuto connettivo caratterizzata da una precoce e persistente alterazione della funzione del microcircolo capillare alla quale conseguono manifestazioni funzionali e organiche tra cui un'aumentata produzione di collagene sul tessuto connettivo che causa una progressiva fibrosi a carico della cute e degli altri organi interni con conseguente riduzione della loro funzione fisiologica e difficoltà nello svolgimento delle ADL. Purtroppo ancora oggi non esistono terapie in grado di arrestare la progressione e l'evoluzione della patologia, per cui un insieme di rimedi, farmaci specifici, diagnosi precoce e riconoscimento della stadiazione della compromissione d'organo, insieme alla prescrizione di un programma riabilitativo mirato adattato e personalizzato, permettono un rallentamento dell'evoluzione clinica e la prevenzione delle complicanze. L'obiettivo riabilitativo è intervenire prima che il danno si instauri in maniera permanente



Lo scollamento connettivale aa inferiore dal piede in senso ascendente: migliora l'elasticità cutanea e favorisce la vasodilatazione grazie alla spremitura vasale"

individuando nel paziente le risorse funzionali ottimizzandone la gestione così da diminuire lo stato algico, migliorare la capacità ventilatoria e il microcircolo, elasticizzare la cute (soprattutto a livello acrale e del volto) caratterizzata molto spesso dal progressivo indurimento ed ispessimento dalla retrazione delle strutture tendinee/legamentose che spesso limitano le funzioni mu-



Alcuni esempi di prassie per stimolare la funzione e il potenziamento dei mm. mimici

scolo-scheletriche. Il percorso riabilitativo dovrà essere mirato e personalizzato, pianificato sulla base dei deficit rilevati nel singolo paziente a prescindere dal distretto interessato, e dovrà prevedere una impostazione che segua tre criteri fondamentali:

- 1) Metodologico;
- 2) Tecnico-specifico;
- 3) Relazionale.

Il primo mira ad individuare le finalità del Training e di conseguenza adeguarne l'allenamento.

Il criterio tecnico-scientifico prevede l'identificazione degli esercizi più adeguati sulla base dei parametri di efficacia e sicurezza.

Il terzo invece prevede di stabilire fra terapeuta e paziente, un rapporto empatico che possa personalizzare la strategia terapeutica prescelta. L'orientamento riabilitativo, che vede in ogni caso la considerazione dei suddetti criteri, mira a ridurre al max la ripercussione delle disabilità sulla ADL; disabilità propriamente intesa non solo come perdita delle abilità ma anche espressione di situazioni personali proporzionali alla speranza, aspirazioni, conoscenze ed esperienze personali.

Da ciò il concetto di riabilitazione intesa come un processo attivo di cambiamento che, se acquisito, permette alla persona diventata disabile di sfruttare le conoscenze e i comportamenti necessari per ottimizzare le sue funzioni fisiche, psicologiche e sociali.

CONGRESSO GIS REUMATOLOGIA

L'IDROKINESITERAPIA (NELLA PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE AUTOIMMUNI: AR E SCLEROSI SISTEMICA)

Dott.ssa Chionna Gabriella, Docente e Coord. Attività Formative Professionalizzanti
Corso di Laurea in Fisioterapia ASL BRINDISI - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"



Notoriamente la Idrokinesiterapia ha un ambito di applicazione molto vasto in campo reumatologico: osteoporosi, artrosi, artriti non in fase acuta, nonché nella chirurgia funzionale e ricostruttiva nel pre e post intervento.

In particolare nella AR e nella Sclerosi Sistemica possiamo affermare che : nell'ambito delle metodiche riabilitative la Idrokinesiterapia correla gli effetti antalgici e miorilassanti con quelli dinamizzanti e di potenziamento kinestesico e muscolare, costituendo così un mezzo terapeutico utile a combattere "il dolore" insito nella patologia reumatica e la ipocinesia conseguente; potenzia le risposte riflesse , nonché, tramite una attività muscolare svolta in pieno confort e in assenza di traumaticità iatrogena, tende a rallentare l'evoluzione della patologia e l'instaurarsi di esiti invalidanti. L'immersione in acqua calda favorisce inoltre il trofismo e l'elasticizzazione del tessuto cutaneo e sottocuta-

neo. La IKT agisce quindi sul paziente in maniera dolce, costante e soprattutto globale utilizzando sia le condizioni intrinseche della immersione in piscina terapeutica (temperatura operativa, valenze idrodinamiche, posture antigravitarie) sia, soprattutto, l'azione dell'esercizio organizzato dal fisioterapista con specifiche prese e gestualità facilitanti .

Il programma idrokinesiterapico, 'personalizzato' sul paziente, avrà sempre e comunque un approccio globale e i distretti maggiormente colpiti dalla affezione saranno coinvolti pertanto in una integrazione di esercizi: di rilassamento, di mobilizzazione/distensione, di attivazione muscolare e di recupero kinestesico.



L'attivazione in acqua ricercherà un recupero articolare utile al miglioramento della sintomatologia, ma soprattutto al mantenimento della autonomia funzionale e al rallentamento della involuzione posturale ed estetica della nostra paziente.

In particolare se è vero che per la riabilitazione della mano è sicuramente più produttiva la kinesiterapia mirata a 'terra' e/o la terapia occupazionale, per il resto dell'apparato locomotore e le strutture di carico come l'arto inferiore e la colonna, la IKT può considerarsi terapia di elezione.

Il sintomo "dolore" prima ancora della alterazione morfologica e funzionale comporta, ad esempio, nel piede reumatoide così come nelle compromissioni sclerodermiche una "rottura dei canali" di collegamento percettivi e quindi una riduzione delle informazioni "di posizione" afferenti, queste ultime disturbate dall'appoggio "falsato" del piede in carico mono o bipodale. Infatti il 'piede' costituisce notoriamente un punto nodale della propriocezione, per le sue particolarità funzionali ha bisogno di avere e fornire continue informazioni onde adattarsi di momento in momento alle condizioni del terreno e traslare così nella maniera più economica il corpo che lo sovrasta. Tali informazioni riven-gono dagli elementi cutanei, capsulo legamentosi, muscolari del piede che insieme agli altri recettori – quali l'occhio, l'articolazione temporo-mandibolare e l'apparato vestibolare costituiscono quella globalità percettiva in grado di condizionare il tono posturale globale (Bricot). La deambulazione stessa risente di squilibri asimmetrici con alterazioni di tutti i parametri del passo e quindi per questi pazienti la stazione eretta, in attesa ad esempio di un autobus o una semplice passeggiata, diventano appuntamenti dolorosi presenti in ogni giornata. La IKT si propone pertanto come effettiva opportunità di lavoro poliarticolare in scarico parziale e graduabile del peso corporeo azzerando o comunque riducendo le sollecitazioni da carico inevitabili nella kinesiterapia tradizionale.

Inoltre, coinvolgendo il paziente in una attività globale, diviene utile nel mantenere i pattern neuromotori e lo stato di scioltezza articolare e di muscolazione generale contrastando l'insorgere dei fenomeni strutturali patologici che fanno seguito alle dinamiche di "appoggio del



piede" e che si ripercuotono inevitabilmente sull'atteggiamento posturale globale.

Nel trattamento del tronco e delle grandi articolazioni nella AR seguiremo i dettami della cautela: durante l'attività lo stato di analgesia dovuta all'immersione potrebbe indurci ad un incremento eccessivo dei ritmi lavorativi e delle sollecitazioni articolari che la paziente potrebbe avvertire come aumento del dolore in seguito. Agiremo quindi organizzando i tempi di recupero con esercizi di rilassamento, e valorizzeremo gli es. di sensibilizzazione alla simmetria stabilizzando le posture con es. di 'tenuta pseudo isometrica' che accompagnano e completano la necessaria riorganizzazione posturale.

Nella sclerosi sistemica – specie nella forma diffusa con interessamento prossimale - dove il problema è rappresentato maggiormente dalle retrazioni che condizionano il range articolare e creano limitazione e sofferenza: si procederà in maniera poliassiale con attivazioni bilaterali con es. 'ciclici alternati' cui seguiranno le distensioni passive dolci e continue nelle posture antigravitarie.

Si potrà inoltre agire in tridimensionalità ad esempio sulla elasticità toracica con associazione di es. di potenziamento ventilatorio.

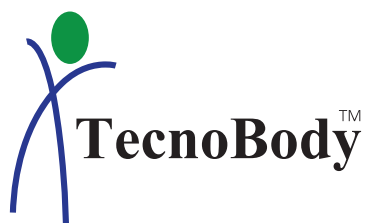
La parte centrale di ogni trattamento riguarderà comunque sempre le autonomie e punterà sugli es. funzionali di cammino. Nella serie di 'deambulazioni controllate', si eserciteranno le sincinesie del passo, le coordinazioni veloci, i saltelli, tutte attività talvolta impensabili da strutturare "a secco" in una continuità di lavoro che realizza un carico allenante senza "stress da fatica".

Infine ci piace sottolineare che 'la libertà di movimento che offre la terapia in acqua, rilassa, diverte e solleva il morale', assicura così la compliance e la continuità del trattamento e potrà essere per i pazienti una opportunità terapeutica che li può accompagnare per molti anni nell'iter della malattia.

IL MEDICAL FITNESS
SI È EVOLUTO
**VIENI A CONOSCERE
LA POSTURAL LINE**

**PRENOTA
SUBITO UNA
DIMOSTRAZIONE
GRATUITA
PRESSO IL NOSTRO
SHOWROOM**

**A SANTERAMO
IN COLLE (BA)**



STABILITY - MF



PROKIN - MF



TBED



BALANCE TRUNK - MF

ASV

Human **Tecar**

CHINESPORT

HYDRO PHYSIO

**EMS
ENF**

isoforce

KINETEC

**ENRAF
NONIUS**

manutech

Frems

ML

Hilterapia

**MOTUS
TEX TAPE**

SCIFIT

la **tua** fisioterapia
diventa **unica**



GUARDA I SISTEMI IN AZIONE



medicalcalò

elettromedicali e
attrezzature per la
**fisioterapia
d'eccellenza**

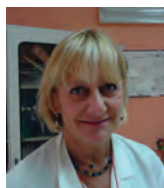
080.3023188
WWW.MEDICALCALO.IT



REPORT CONVEGNO

L'EDEMA LINFOVENOSO: DALLA DIAGNOSI AL TRATTAMENTO

Dott.ssa Ft. Marzia Di Giulio



Il 28 giugno 2014, si è svolto a Brindisi, nell'Aula Magna del Polo Didattico Universitario ex Ospedale Di Summa, il convegno "L'edema linfovenoso: dalla diagnosi al trattamento", organizzato dalla "Fondazione Tonino Di Giulio" con il patrocinio dell'A.S.L. BR e dell'Ordine dei Medici di Brindisi.

Il convegno ha visto la partecipazione di medici di base, medici oncologi, chirurghi vascolari, fisiatri, di fisioterapisti provenienti dalla provincia di Brindisi e da altre province pugliesi e di un folto gruppo di studenti universitari del secondo e terzo anno di fisioterapia del Polo Didattico di Brindisi.

I due relatori del convegno sono stati due esperti di chiara fama mondiale, il prof Sandro Michelini, direttore dell'ambulatorio e Day Hospital di angiologia e riabilitazione vascolare dell'Ospedale S. Giovanni Battista di Roma, presidente della Società Europea di Linfologia e membro dell'I.S.L. e il prof. Jean Paul Belgrado, docente e ricercatore alla facoltà di Scienze motorie dell'Università Libre di Bruxelles, docente e ricercatore in Kinesiterapia e Riabilitazione, tesoriere dell'I.S.L., nostro collega, entrambi autori di studi e di pubblicazioni su riviste internazionali.

Il convegno è stato aperto dal presidente della Fondazione Di Giulio, prof.ssa Raffaella Argen-

tieri e dal saluto ai partecipanti del Direttore Sanitario dell'A.S.L. BR, dott.ssa Graziella Di Bella, del vicepresidente dell'Associazione S.O.S. Linfedema, prof. Domenico Perrone e il responsabile provinciale dell'AIFI Puglia, dott. Piero Zaccaria.

La prima relazione del prof Belgrado sulla fisiopatologia degli scambi idraulici tra microcircolo, interstizio e sistema linfatico ha parlato delle recenti acquisizioni sul funzionamento dei vasi linfatici iniziali che sono gli unici deputati al riassorbimento dei liquidi interstiziali e delle proteine responsabile dell'edema (nuova scoperta, questa della ricerca sulla fisiologia del sistema linfatico). Il prof. Michelini ha spiegato la fisiopatologia ed l'epidemiologia del linfedema precisando che il linfedema si caratterizza per una elevata concentrazione proteica interstiziale e compare quando si realizza un disequilibrio tra la produzione di linfa e la capacità di trasporto del sistema linfatico stesso; questo può deficitare per motivi congeniti (linfedemi primari) o acquisiti (linfedemi secondari). Attualmente l'OMS annovera circa 300 milioni di casi nel mondo, tra forme primarie (circa 150 milioni) e forme secondarie (post-chirurgiche, parassitarie, port flogistiche, funzionali). In Italia si contano tra i 350.000 e i 400.000 casi, tra forme secondarie e primarie.

Sempre il prof. Michelini parlando di stadiazione e classificazione etiologica e clinica ha spiegato la differenza tra linfedema primario e secondario. Il linfedema può interessare varie regioni più o

meno estese degli arti, dell'addome e del volto e si caratterizza per una precoce progressione verso la fibrosi tissutale.

Ha illustrato la stadiazione clinica dal I al IV stadio in base alla gravità.

Il prof. Belgrado ha parlato della diagnosi del linfedema che è essenzialmente clinica, ma per eseguire in modo efficace il trattamento a lungo termine e poter prevenire il peggioramento del linfedema, l'iconografia può portare informazioni



Nella foto in ordine da sinistra: Piero Zaccaria, Domenico Perrone, Sandro Michelini, Raffaella Argentieri, Jean Paul Belgrado, Marzia Di Giulio.

preziose: oltre alla linfoscintigrafia (considerata l'esame golden standard) bisogna eseguire anche la linfografiografia per visualizzare il funzionamento del sistema linfatico e avere informazioni precise sulle vie e sulle manovre da sfruttare durante il trattamento decongestionante complesso.

La linfografiografia aiuta, inoltre, a visualizzare la formazione del linfedema ai suoi esordi. L'avvento della linfografiografia ha permesso di dimostrare la reale efficacia di alcune manovre di linfodrenaggio rispetto ad altre e consentirà, a breve, di uniformare, da un punto di vista scientifico, questa tecnica.

Il trattamento fisioterapico basato sulla Terapia Decongestionante Complessa (linfodrenaggio, bendaggio multicomponente) permetterà di ridurre l'edema e la contenzione elastica a trama piatta consentirà di mantenere i risultati del trattamento.

Sono state, inoltre, prese in esame le varie metodiche che consentono di valutare i risultati della TDC dell'edema, come la volumetria ad acqua, la tonometria, l'impedenziometria; sono stati presentati dei casi clinici per far capire cosa si intende per risultato soddisfacente di un trattamento fisico e quali sono i risultati che un medico, che prescrive il trattamento fisioterapico, si deve aspettare.

Ha chiuso il convegno la relazione del prof. Michelini che ha parlato delle linee guida italiane che seguono quelle della Società Internazionale di Linfologia.



Nella foto da sinistra Sandro Michelini, Raffaella Argentieri, Jean Paul Belgrado e Marzia Di Giulio.

La TDC rimane il cardine della terapia dei linfedemi, il mantenimento dei risultati viene raggiunto con l'utilizzo dell'indumento elastico personalizzato e a trama piatta e vengono prescritte le monoterapie.

Dal punto di vista terapeutico c'è una discreta risposta ai trattamenti di microchirurgia e supermicrochirurgia, incostante nella popolazione.

Alla fine degli interventi i relatori hanno risposto alle domande dei partecipanti e il responsabile scientifico del corso, la sottoscritta, ha ringraziato tutti dell'attenzione e ha evidenziato come una stretta collaborazione fra medici e fisioterapisti, la diagnosi precoce del linfedema e il corretto e tempestivo trattamento, secondo le linee guida certificate e l'aggiornamento continuo degli operatori, possano essere di aiuto per il paziente, garantendogli dei risultati e al contempo riducendo i costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale.



EOM ITALIA PRESENTA:

MASTER IN OSTEOPATIA NELLE
DISFUNZIONI NEURO MUSCOLO
SCHELETRICHE (120 CFU)
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA
(<http://www.osteopatia-eomitalia.eu>
<http://www.univr.it>)



**ATTIVAZIONE MASTER PRESSO LE SEDI EOM DI VERONA (MOZZECANE)-
SAVONA (VADO L.)-ROMA-TORINO-UDINE**

RICERCA IN RIABILITAZIONE TECNOLOGICA: L'ESOSCHELETRO ROBOTIZZATO EKSO IN PUGLIA

Dott.ssa Serena Filoni – Medico Fisiatra
Ing. Emanuele Francesco Russo – Ingegnere Biomedico
Dott. Michele Cannone – Fisioterapista, Project Manager



INTRODUZIONE ALL'EKSO

Un Esoscheletro (Exo dal greco: fuori) è un dispositivo elettromedicale utilizzato per la deambulazione di persone che hanno deficit motori agli arti inferiori.



Questi dispositivi, controllati da movimenti del paziente, analizzati tramite sensori o segnali biologici, possono essere suddivisi in due categorie: quelli che muovono contemporaneamente arti inferiori e arti superiori e quelli che agiscono solo per gli arti inferiori.



L'esoscheletro EKSO è una novità assoluta nel campo delle tecnologie riabilitative che permette a chi lo indossa, indipendentemente dal grado di difficoltà motoria, di stare in piedi e deambulare. La "deambulazione" si ottiene attraverso sensori che rilevano il peso spostato e attivano i singoli passi. Motori a batteria governano gli arti inferiori in sostituzione delle funzioni neuromuscolari, l'esoscheletro quindi permette a persone con paralisi, anche totale, di reggersi in piedi e deambulare.

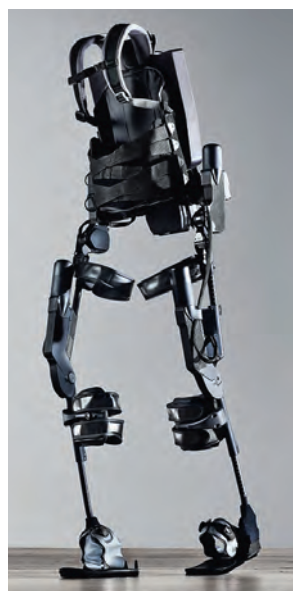
Il suo utilizzo principale è presso le unità spinali e i centri di neuroriabilitazione.

Questo concentrato di tecnologia si indossa come una tuta sopra gli indumenti. La struttura di acciaio e carbonio è attivata da quattro motori elettromeccanici alimentati da due batterie che gli danno un'autonomia di circa 4 ore.

Indossato l'esoscheletro, 15 sensori riconoscono le intenzioni del paziente in tempo reale calcolando e compiendo i movimenti corrispondenti.

L'esoscheletro può essere utilizzato in due modalità: la prima con l'ausilio di un telecomando e con l'aiuto di un fisioterapista per coordinare i movimenti; in una seconda fase più avanzata del training il paziente è in grado di deambulare con l'ausilio di due canadesi.

Ekso è regolabile in altezza, da 1 metro e 50



centimetri a 1 metro e 90 centimetri, il peso massimo che supporta è di 100 chilogrammi. Può essere adattato nel giro di pochi minuti da una persona all'altra. Attualmente l'esoscheletro viene utilizzato per diverse patologie.

Indicazioni

- Lesione midollare completa e incompleta con livello inferiore a C7
- Emiplegia in esito di Ictus Cerebri

- Disturbi neurologici come Guillain Barré
- Sclerosi Multipla
- Sclerosi Laterale Amiotrofica
- Malattia di Parkinson
- Altre diagnosi che possano beneficiare di un GAIT training robotizzato

L'utilizzo del robot può facilitare, tramite un esercizio specifico, il recupero del cammino in fase post-acuta nelle persone con lesione del SNC e conseguente limitazione funzionale agli arti inferiori. Per altri pazienti, per esempio con grave e permanente menomazione tipo paraplegia da lesione midollare completa, il robot può avere un'azione sostitutiva della funzione motoria degli arti inferiori.

Controindicazioni

non tutti i pazienti sono candidabili all'uso dell'esoscheletro Ekso. Esistono infatti delle controindicazioni assolute ed altre relative.

Per esempio:

- Deficit agli arti superiori che limitino l'abilità a bilanciarsi con un deambulatore o canadesi
- Diminuzione della tolleranza alla posizione eretta (ipotensione ortostatica)



- Osteoporosi significativa (rischio di fratture stando in piedi o deambulando)
- irritazione cutanea al contatto con le parti del dispositivo
- Colostomia
- Range di movimenti (ROM) limitato che impedirebbe al paziente di raggiungere una deambulazione corretta, di alzarsi in piedi o sedersi
- Instabilità spinale
- Trombosi venosa non risolta (DVT)
- Spasticità non controllata (Ashworth modificata >3)
- Disreflessia autonoma non controllata (AD)
- Problemi cognitivi
- Gravidanza

Benefici fisici e psicologici

I pazienti che possono usufruire di esoscheletri robotizzati, sperimentano significativi vantaggi psicologici ed importanti ripercussioni sullo svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Tra i benefici psicologici vi sono:

- Superare alcune delle sfide pratiche connesse all'uso di una sedia a rotelle;
- Aumentare il tempo di esercizio fisico con relativi benefici;
- Aspetti di vita sociale come la possibilità di affrontare le persone guardandole negli occhi, poter conversare in modo più diretto e anche la capacità di abbracciare qualcuno in piedi.
- Deambulare
- Svolgere attività della vita quotidiana come cucinare, raggiungere oggetti in alto

- aumentare l'indipendenza

Tra i benefici fisici vi sono:

- Effetti sulla densità ossea
- Diminuzione della percentuale del grasso corporeo
- Miglioramenti nella funzione cardio-respiratoria
- Miglioramento della funzione vescicale ed intestinale
- Miglioramento della postura seduta
- Diminuzione del dolore neuropatico
- Diminuzione della spasticità

PROGETTO EKSÒ ITINERANTE

L'Unità Operativa di Riabilitazione Tecnologica attiva presso il Presidio Extraospedaliero a ciclo continuativo "Gli Angeli di Padre Pio", dal gennaio 2014 si è dotata del robot indossabile Ekso GT. Ekso rappresenta il naturale proseguimento del percorso riabilitativo verso il domicilio. Infatti, si cerca di sfruttare al meglio la caratteristica principale del robot, cioè la sua indossabilità, la trasportabilità e la possibilità di utilizzo di Ekso negli ambienti di vita quotidiana del paziente.

Da febbraio 2014 ad oggi sono stati trattati 12 Pazienti in regime di ricovero e 2 esterni di cui:

- 8 affetti da lesione midollare sia completa che incompleta
- 4 affetti da emiparesi in postumi di ictus cerebrali
- 2 paraparetici affetti da sclerosi a placche

A marzo 2014 spinta dal bisogno di diffondere la conoscenze delle potenzialità dell'Ekso sul territorio la Fondazione ha presentato un progetto dal titolo "Ekso itinerante".

TEAM PROGETTO EKSÒ ITINERANTE: Dott. Giovanni Leone – Fisioterapista, Dott.ssa Teresa Marino – Fisioterapista, Dott. Nicola Puzzolante – Fisioterapista, Dott. Michele Russo – Fisioterapista

È stato predisposto un calendario d'incontri in varie tappe strategiche del territorio Pugliese/Molisano alle quali sono state inviate preventivamente istruzioni, tramite opuscolo, sulle modalità di "arruolamento" dei soggetti candidabili.

Dopo la selezione, i membri del team si sono

recati nelle varie sedi territoriali individuate e disponibili a partecipare, nelle quali è stato possibile far sperimentare a tutti i pazienti selezionati la possibilità di camminare.

Ogni paziente ha usufruito dell'esoscheletro disponendo di un team specializzato a loro dedicato per condurre due/tre sessioni e contestualmente ricevere tutte le informazioni per proseguire il training privatamente o in regime di ricovero presso il presidio "Gli Angeli di Padre Pio".

Il progetto si è svolto nelle seguenti sedi:

- **Molise** (centri di Termoli, Montenero di Bisaccia, Larino, Santa Croce): 8 - 10 aprile
- **BAT** (centri di Trinitapoli, San Ferdinando, Margherita): 15 - 17 aprile
- **Gargano est** (centri di Vieste, Peschici, Rodi): 6 - 8 maggio
- **Gargano ovest** (Ischitella, Vico, Carpino, Cagnano, Sannicandro): 13 - 15 maggio
- **Foggia**: 20 - 22 maggio (presso il Palazzetto della scherma)
- **Ortanova**: 27 - 29 maggio
- **Manfredonia**: 3 - 5 giugno
- **Monte Sant'Angelo**: 10 - 12 giugno
- **San Severo/Castelnuovo/San Paolo**: 17 - 20 giugno
- **San Giovanni Rotondo/San Marco in Lamis**: 2 - 4 luglio

Il numero totale dei pazienti coinvolti nel progetto è stato di 19 con diagnosi di sclerosi a placche e lesioni midollari.

La *lesson learned* del progetto ha permesso di capire che la conoscenza di questa tecnologia sul territorio può consentire una maggior presa di conoscenza da parte dei pazienti, dei professionisti della riabilitazione e soprattutto, sensibilizzare le istituzioni della Sanità territoriale. Questa Fondazione eroga annualmente circa 24.000 prestazioni residenziali, 155.000 prestazioni ambulatoriali e 165.000 domiciliari con un organico che si aggira intorno alle 500 unità; facendo leva sull'informazione e formazione dei professionisti disseminati sul territorio la Fondazione sa che è oggi possibile limitare gli esodi extra regionali e nazionali dei nostri pazienti che sono sempre più attenti, sensibili ed esigenti rispetto ai propri bisogni terapeutici. La *mission* progettuale è,

infatti, stata quella di diffondere la cultura della riabilitazione integrata (tradizionale-tecnologica) presente sul territorio.

Il successo del progetto è confermato dalle numerose richieste, da parte dei pazienti coinvolti, di ricovero presso il centro di riabilitazione residenziale "Gli Angeli di Padre Pio" per poter usufruire del trattamento con Ekso. Si è inoltre registrato un crescente interesse circa la possibilità di acquisto privato della futura versione "Home" del robot.

Tutto il progetto è documentato con immagini, articoli e video:

- <https://www.facebook.com/media/set/?set=a.685868624808149.1073741851.644233472304998&type=1&l=087050270f>
- <https://www.youtube.com/watch?v=bLcyurbAYGY&list=UU9mSZP0Paz4Hg2rKqQGJs-Q>
- <https://www.youtube.com/watch?v=sbIW4VGOojw>
- <http://termoli.myblog.it/2014/04/08/la-tecnologia-riabilitazione-lesoscheletro-ekso-molise/>
- <http://www.fondazionecentripadrepio.it/5/news.html?id=120>

STUDI IN CORSO

E' attivo uno studio in collaborazione con l'IRCSS San Raffaele Pisana di Roma, registrato su ClinicalTrials.gov il cui scopo è valutare la sicurezza e l'efficacia dell'Ekso in soggetti con lesione midollare. I pazienti sono stati sottoposti ad un training di circa 20 sedute e valutati all'inizio e alla fine.

THE FOUNDATION FOR THE LIBYAN WAR WOUNDED

Negli ultimi 2 mesi abbiamo stabilito una collaborazione con l'Ambasciata Libica in Italia per la cura e riabilitazione di feriti di guerra libici. Attualmente abbiamo in cura 11 pazienti libici di cui 6 con lesione midollare in trattamento con EKSO GT.

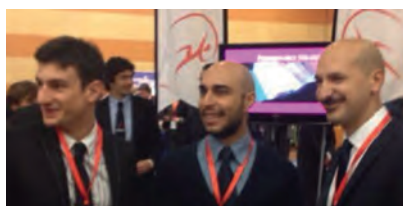
Per approfondimenti:

<http://www.fondazionecentripadrepio.it/5/news.html?id=133>



LETTERATURA IN PILLOLE

Dott. Ft. Denis Pennella, Dott. Ft. Fabio Cataldi, Dott. Ft. Filippo Maselli



Per questo numero abbiamo scelto di commentare una serie di articoli che potranno assistere

il lettore nella comprensione di una delle entità cliniche più frequenti, se non la più frequente, fra i disturbi muscoloscheletrici: il mal di schiena (Low Back Pain -LBP). Il trattamento, sulla base delle attuali conoscenze, di tale entità clinica dovrebbe essere improntato sul sistema biopsicosociale, sulla sua classificazione rispetto a fattori eziologici (aspecifico, specifico) e stadiazione temporale (acuto, subacuto, ricorrente, cronico) e gestita all'interno della vita quotidiana del paziente che ne affetto.

Senza abbandonare il consueto format, relativo alla presentazione delle nostre e vostre Pillole di Letteratura, abbiamo cercato di organizzarle in modo consequenziale e ragionato, utilizzando un sistema giornalistico, domande che fanno scaturire altre domande, in una sorta di intervista virtuale:

1) Quale ruolo gioca il carico funzionale nel LBP acuto e nella sciatica? Ovvero, è meglio consigliare il riposo a letto oppure il mantenimento della attività?

Rispondono Dahm et al., che nel 2010 pubblicano una corposa revisione sistematica..

[Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jun 16;\(6\):CD007612](#)

[Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica.](#)

[Dahm KT1, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB.](#)

Il LBP è uno dei disordini più comuni al mondo ed è un'importantissima causa di assenza dal lavoro, con notevoli costi per la società. Il cut off terminologico-anatomico che discrimina il LBP dalla sciatica è il "ginocchio". La Sciatica, infatti, si differenzia dal LBP per la distribuzione del dolore che dall'arcata costale scende **oltre** il ginocchio.

Fino agli anni '80 l'approccio terapeutico più

adottato nei confronti di questa entità patologica era il riposo a letto, nella concezione profondamente patoanatomica di preservare le strutture nocicettive dal carico e quindi da un possibile peggioramento.

Nei successivi anni ha cominciato a prendere piede l'idea che il riposo avrebbe determinato una diminuzione drasticamente significativa di molte funzioni del corpo (compresa quella che oggi definiamo "controllo motorio"). Infatti, già nel 1997, Waddel propose un modello di gestione del LBP improntato sul mantenimento di uno stile di vita attivo, anche nelle prime fasi acute dell'evento.

Numerosi studi si sono proposti di dimostrare quale atteggiamento terapeutico sia effettivamente migliore e nella revisione sistematica che vi presentiamo gli autori hanno cercato di rispondere a questo quesito. Nella revisione hanno incluso 10 RCT, per un totale di 1923 pazienti, che confrontano, nel LBP e nella sciatica, i seguenti trattamenti:

- riposo a letto VS rimanere attivi
- riposo a letto VS altri trattamenti
- piccoli periodi di riposo a letto VS lunghi periodi di riposo a letto

Sono stati esclusi gli studi con pazienti affetti da lombalgie specifiche, causate da infezioni, neoplasie, metastasi, osteoporosi e fratture.

I principali tipi di outcome scelti sono stati:

- dolore
- punteggi alle scale funzionali
- qualità di vita
- effetti avversi

L'analisi degli studi inclusi ha evidenziato che pazienti affetti da LBP acuto beneficiano di una diminuzione del dolore ed aumento della funzionalità se conservano uno stile di vita attivo rispetto al riposo a letto. Ed anche i pazienti affetti da Sciatica seguono lo stesso trend sebbene la differenza sia molto inferiore.

Valutato il paziente, quindi, con dolore lombare ed escluse cause specifiche da patologia grave,

possiamo certamente consigliare un approccio attivo, nei limiti della condizione clinica e del dolore. Il *carico funzionale* pertanto rappresenta un elemento fondamentale dell'approccio terapeutico. Ma, per comprendere in quali termini il *carico funzionale* sia positivo, o negativo a volte, possiamo riportare lo studio di Coenen et al., pubblicato a maggio 2014.

2) Il carico funzionale può essere anche un fattore di rischio per i soggetti con LBP?

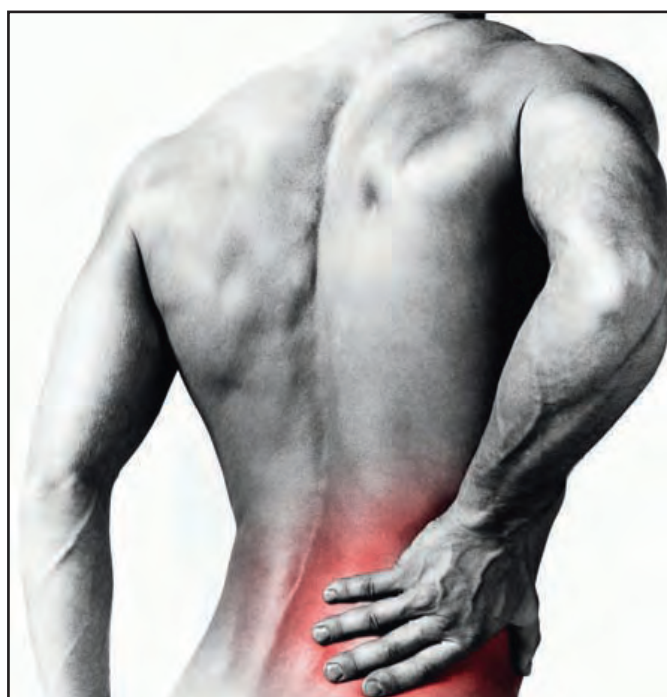
Occup Environ Med. 2014 May;71(5):332-7.

Cumulative mechanical low-back load at work is a determinant of low-back pain.

Coenen P, Kingma I, Boot CR, Bongers PM, van Dieën JH.

In questo studio prospettico, gli autori si propongono di approfondire il ruolo del *carico funzionale* nella genesi o come fattore di rischio del LBP. Sono stati indagati 1131 lavoratori attraverso un questionario. I dati ottenuti sono stati confrontati su un gruppo di 93 soggetti (con differenti mansioni) del campione, sui quali attraverso calcoli matematici, analisi video e modelli meccanici gli autori hanno misurato i carichi cui il rachide lombare è sottoposto durante le attività lavorative confrontando la presenza o meno di LBP negli ultimi 3 anni.

Gli autori hanno concluso che l'effetto dell'accumulo di carichi sul rachide lombare basso può essere potenzialmente causa di dolore, dovuto



probabilmente alle microlesioni strutturali determinatesi. Pertanto la riduzione dei carichi e l'attenzione verso l'ergonomia, specialmente in gruppi sovra-esposti, potrebbe essere un fattore di prevenzione del LBP.

Ecco come il *carico funzionale* da terapeutico può diventare rischioso.....I lavoratori inclusi nello studio di Coenen et al. non erano sottoposti a carichi importanti solo dal punto di vista quantitativo (es. il peso supportato) ma anche per la qualità e le caratteristiche dei movimenti. Di fatti le varie sotto-categorie di lavoratori includevano anche coloro i quali erano sottoposti a carichi bassi ma per tempi prolungati, oppure a movimenti ripetuti di rotazione e flessione per tempi prolungati e con pesi minimi, ecc.

Pertanto, alla luce dei due studi citati, dobbiamo considerare numerose variabili, in quei soggetti affetti da LBP ai quali consigliamo uno stile di vita attivo durante la fase acuta. Dobbiamo conoscere le caratteristiche del lavoro o delle attività maggiormente praticate dal paziente. Dobbiamo essere in grado di distinguere quali siano i fattori di rischio che giocano un ruolo importante nella genesi del LBP e dobbiamo essere in grado di saper consigliare una modifica, se possibile, delle attività il più possibile accettabili per il paziente stesso.

In tal senso, l'utilizzo del *carico* in senso terapeutico dovrà essere dosato in maniera opportuna e specifica per ogni paziente alla stregua di ogni altro strumento terapeutico (farmaco, esercizio terapeutico, terapia manuale, ecc.).

Infatti la gestione del paziente con LBP o Sciatica in fase acuta passa anche per altri strumenti che il fisioterapista, opportunamente formato, possiede: ad esempio la manipolazione lombare. Seguono altri quesiti spontanei...

3) E' opportuno utilizzare la manipolazione vertebrale in un paziente affetto da LBP Aspecifico in fase acuta?

Spine (Phila Pa 1976). 2013 Apr 1;38(7):540-8.

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, Schloemer P, Timm J, Muehlbauer B.

Pochi studi hanno valutato l'efficacia della manipolazione spinale (spinal high-velocity low-amplitude manipulation (HVLA) rispetto all'utilizzo dei FANS non steroidei o all'effetto placebo nei pazienti affetti da LBP aspecifico acuto per valutarne il grado di soddisfazione, la ripresa delle attività abituali del paziente (es. tempo libero, lavoro) e l'utilizzo dei farmaci all'occorrenza.

In questo studio randomizzato, l'obiettivo è stato quello di indagare l'efficacia delle manipolazioni vertebrali HVLA nel LBP aspecifico acuto rispetto all'utilizzo dei farmaci anti-infiammatori non steroidei (Diclofenac) ed all'effetto placebo.

Per lo studio sono stati reclutati da cinque strutture ambulatoriali, di quattro città differenti, 101 pazienti con mal di schiena acuto (meno di 48 ore) di entrambi i sessi e di età compresa tra i 18 e i 55 anni; i criteri di esclusione sono stati numerosi e rigorosi. I soggetti sono stati randomizzati in tre gruppi (due gruppi con trattamento attivo ed un gruppo con trattamento non attivo):

1. manipolazione spinale e placebo-diclofenac;
2. manipolazione placebo e diclofenac;
3. manipolazione placebo e placebo-diclofenac.

Come misure di outcome sono state utilizzate: VAS, Roland - Morris Disability Questionnaire (RMDQ), Short Form 12 (SF-12), l'utilizzo di farmaci all'occorrenza (es. paracetamolo) dall'inizio del trattamento fino a 12 settimane dalla randomizzazione.

37 soggetti sono stati trattati nel primo gruppo, 38 nel secondo gruppo e 25 nel terzo gruppo con un trattamento non attivo (manipolazione e diclofenac entrambi placebo). Il gruppo non attivo, visto l'elevato numero di abbandoni per ec-

cessivo dolore, è stato annullato. Confrontando invece i due gruppi attivi con il gruppo non attivi, i primi risultavano significativamente superiori.

Confrontando gli outcome dei due gruppi attivi, il gruppo manipolazione risultava essere significativamente migliore rispetto al gruppo diclofenac.

Nessun effetto negativo o danno è stato comunque registrato.

In un sottogruppo di pazienti con LBP acuto aspecifico, quindi, la manipolazione vertebrale HVLA risulta essere significativamente migliore rispetto al solo utilizzo di FANS (come il Diclofenac) e clinicamente superiore al placebo.

Pertanto, escluse le red flag e quando siamo dunque sicuri di essere di fronte ad un paziente col LBP aspecifico acuto, la letteratura attualmente ci consiglia l'utilizzo della tecnica HVLA come maggiormente appropriata, specifica ed efficace per migliorare nel breve e lungo termine dolore, disabilità e restrizioni della partecipazione del nostro paziente. L'Evidence Based Practice unita alla nostra Clinical Expertise ed anche la volontà e le preferenze del paziente poi ci permetterà di eseguire nella maniera più corretta la scelta dei tempi e modalità della HVLA al fine di definire il progetto terapeutico più appropriato. Da notare che il gruppo non attivo (manipolazione placebo e FANS placebo) è stato escluso dallo studio in itinere a causa del non-miglioramento delle condizioni cliniche; a dimostrazione di quanto importante sia intervenire sempre e nel modo corretto nel LBP acuto aspecifico.

Ricordiamo che le manipolazioni spinali o HVLA thrust sono tecniche che richiedono un'alta competenza, specializzazione e manualità da parte del fisioterapista o del medico che ricordiamo essere in Italia le uniche due figure titolate ed autorizzate per legge a poterle eseguire.

4) Ma se c'è ernia del disco, esistono rischi di creare effetti avversi attraverso la manipolazione vertebrale?

J Manipulative Physiol Ther. 2004 Mar-Apr;27(3):197-210.

Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: a systematic review and risk assessment.

Oliphant D.



Per rispondere adeguatamente alla precedente domanda, vi proponiamo questo studio che fornisce una revisione sistematica qualitativa che indaga il rischio della manipolazione spinale come trattamento dei pazienti che presentano ernie del disco lombare (lumbar disk herniations LDH) ed una stima del rischio che la stessa possa causare una gravi reazione avversa in un paziente con LDH.

Il rischio che la manipolazione spinale possa causare un peggioramento clinico dei sintomi da ernia del disco o la sindrome della cauda equina (cauda equina syndrome CES) è stato confrontato con le stime sulla sicurezza dei farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) e la chirurgia nel trattamento di LDH. Ne risulta che questo rischio è stimato in meno di 1 reazione avversa su 3,7 milioni.

L'apparente sicurezza dell'utilizzo della manipolazione vertebrale, soprattutto se confrontato con altri trattamenti "medicalmente accettati" per LDH, dovrebbe stimolare il suo inserimento nel piano di trattamento conservativo di pazienti con LDH. Nella nostra pratica clinica, è doveroso però eseguire la tecnica manipolativa HVLA solo dopo aver escluso red flag, chiesto il consenso al paziente e se dall'esame obiettivo escludiamo una sindrome radicolare con segni neurologici evidenti ed importanti, poichè questo quadro clinico sarebbe una "controindicazione relativa" alla manipolazione stessa. Inoltre possiamo sì decidere di utilizzare la manipolazione anche in caso di sintomatologia radicolare, ma ricordiamo che non essendo l'unico strumento terapeutico a disposizione, disponiamo di tecniche più

specifiche per il trattamento della sintomatologia radicolare.

CONCLUSIONI:

Come avrete notato, cari colleghi, migliaia sono gli articoli che mensilmente vengono uploadati sui motori di ricerca così che davanti ai nostri occhi si manifestano centinaia di dati e di affermazioni scientifiche; ma solo la lettura approfondita e le competenze trasversali (che dovrebbero essere oramai bagaglio di base del fisioterapista) quali statistica, epidemiologia, farmacologia, ecc., possono salvarci da questo *mare magnum* di informazioni. Quando poi si parla di uno dei disturbi muscoloscheletrici più frequente al mondo, più studiato e con più approcci terapeutici possibili, la situazione si complica ancor di più. Davanti a noi, rispetto al paziente con mal di schiena si apriranno sempre diverse scelte terapeutiche, ognuna delle quali con un suo razionale terapeutico, almeno teorico; quindi ciò che dovrà farci scegliere fra un percorso piuttosto che un altro, dovrà essere basato sui 3 pilastri dell'evidence based practice: le migliori evidenze possibili, la miglior clinical expertise ([...] intesa non certo come la mera esperienza professionale legata essenzialmente al fattore temporale....[...]) non è la quantità di tempo a incidere in modo rilevante sulla expertise ma, a parità di tempo, è la qualità del lavoro a fare la differenza....¹ ed i valori del paziente: fare la cosa giusta al paziente giusto.

¹ Ciuro A. Il Ruolo della "Clinical Expertise" nella Evidence Based Practice in Fisioterapia. Fisioterapisti-La nostra voce n. 48 (1° Trimestre 2014) p. 15-16.

L'innovativa soluzione per tutti voi fisioterapisti



ZERO
PENSIERI

Inizia subito a lavorare
con la tua NUOVA TECAR





MEDICALTOOLS

Tecnologia per il benessere

Noi Crediamo In te!
SENZA CONDIZIONI

SCOPRILA SU WWW.MEDICALTOOLS.IT





Alta Tecnologia per Fisioterapia, Riabilitazione
Medicina Estetica - Attrezzature Mediche e Diagnostiche
Lettini Elettrici, Osteopatici - Lettini fissi e portatili
Prodotti di consumo
Vendita e Assistenza Tecnica su tutto il territorio Italiano
☎ Call Center: 02.361.021.00

OFFERTA TECNO WARM RISERVATA SOCI A.I.F.I.



4.900 € + IVA
5 anni di Garanzia

TECARTERAPIA TECNO WARM

*Tecar Capacitiva/Resistiva Monopolare
e Bipolare*

*Anche automatica:
due placche fisse con 8 elettrodi*

**400 WATT POTENZA
REALMENTE EROGATI**

OFFERTA SPECIALE SALAPIUM



**OFFERTA
VALIDA
FINO AL
30 OTTOBRE
2014**

SALAPIUM



**CREMA PER TECARTERAPIA
TERMOSTABILIZZATA A LUNGO
SCORRIMENTO 1.000 MI**

12 kg a 11.90€ + IVA al kg

24 kg a 10.90€ + IVA al kg

prenotazione e consegna anche a settembre



**CREMA
DA MASSAGGIO 1.000 MI**
12 kg a 11.90€ + IVA al kg
24 kg a 10.90€ + IVA al kg

OFFERTA REGENOMED

Regenoterapia, dai Laboratori di Ricerca della Svizzera

REGENOMED è il metodo esclusivo di Regenoterapia contro gli stati infiammatori ed Algici, che ristabilisce il giusto equilibrio d'interscambio cellulare, facilitando inoltre la ricostruzione dei tessuti.

Non esistono fattori d'intolleranza o controindicazioni.

Le patologie più frequentemente trattate con il REGENOMED:

- Esiti di fratture (ritardo di formazione del callo osseo)

- Osteoporosi

- Facilitazione dei processi di cicatrizzazione, stati algici ed infiammatori dovuti a traumi

- Epicondiliti

- Epitrocleiti

- Fibromialgie

- Periartriti scapolo-omerali

- Lombartrosi

- Gonartrosi

- Nevralgie post-herpetiche

- Ulcere da decubito

- Piaghe di ogni genere

- Algie di varia natura

- Strappi muscolari, Distrazioni, Stiramenti

- Patologie Degenerative

Genetiche e Neurologiche

- Parkinson



SALAPIUM

NHC MEDICAL & BEAUTY SRL

Sede Legale: Via Principe Umberto, 14/a
71030 Zapponeta (FG)

Sede Commerciale: AMC Elettromedicali
Via Pier Paolo Pasolini 4/b
Manfredonia (FG)

E-Mail: info@nhcm.eu
Web Site: www.nhcm.eu
Call Center: 0236102100
Fax: 0236102101
Cell. +393429305702

RIABILITAZIONE UROGINECOLOGICA: CENNI

Dott.ssa Ft. Fanelli Rosa Anna

Ambulatorio integrato di riabilitazione pelvi-perineale
IRCCS "S.de Bellis" Castellana Grotte (Ba)



La struttura complessa del pavimento pelvico risulta di grande importanza per tutto l'arco di vita della donna, dalla adolescenza alla menopausa; una scarsa dimestichezza con il perineo determina, per le connesse trasformazioni fisiche, ormonali e psicologiche, progressiva ed inevitabile perdita di tonicità, sensibilità e controllo dello stesso. Nei momenti "critici" della propria vita alcune donne riscoprono il pavimento pelvico magari nella fase di menopausa per un prolasso, dopo il parto quando le neo.mamme si trovano a fare i conti con una fastidiosa incontinenza, con una ferita da episiotomia o per lacerazioni.

L'area di intervento della riabilitazione uroginecologica non si limita però solo a ciò, è ben più ampia; si occupa di prevenzione e cura delle disfunzioni urologiche e ginecologiche conseguenti ad eventi patologici congeniti o acquisiti. Quali sono quindi i pazienti candidati che potrebbero beneficiare dell'intervento riabilitativo uro ginecologico? i pazienti che hanno subito interventi chirurgici addomino-pelvici, per esempio, più comunemente per il maschio, una prostatectomia (che potrebbe procurare incontinenza urinaria e/o disfunzione erettile) e per la donna più semplicemente una isterectomia. La forma più comune di incontinenza però è quella detta "da sforzo" che avviene nella donna in rapporto a banali "sforzi" fisici come il tossire, lo starnutire, il sollevare pesi. L'incontinenza da sforzo è una fra le forme che risponde meglio al trattamento riabilitativo. Per entrambi i sessi un'altra causa di disfunzione del pavimento pelvico potrebbe essere la chirurgia per cancro del colon-retto (incontinenza fecale, stipsi, dolore pelvico cronico). Tutte queste forme determinano una alterazione della anatomia del pavimento pelvico, struttura sostenuta da muscoli, che si può alterare nelle funzioni di contenimento degli organi e nel ruolo di stabilizzazione degli sfinteri con conseguenti disturbi come l'incontinenza, le dispareunie e disfunzioni erettili, la tendenza al prolasso degli organi pelvici per la donna.

L'intervento riabilitativo sinteticamente consente di migliorare il tono e la contrattilità della muscolatura del pavimento pelvico al fine di ridurre o prevenire l'incontinenza urinaria maschile e femminile ed i prolassi di vescica ed utero. Migliorando le performance perineali, si consente al perineo di esplicare al meglio le sue funzioni di supporto dei visceri pelvici, di rinforzo sfinterouretale e di contrasto alle iperpressioni endoaddominali.

In primo luogo si tratta di informare ed educare al riconoscimento e alla cura del proprio perineo per favorire l'automatizzazione di certi riflessi e schemi comportamentali. La tutela del proprio pavimento pelvico parte dalla capacità di riconoscerlo e attivarlo spontaneamente durante ogni gesto della vita quotidiana.

In secondo luogo risulta fondamentale l'attività di prevenzione svolta a vari livelli e in diversi contesti dagli operatori del settore con il presupposto che gli stessi operatori siano per primi adeguatamente consapevoli e preparati sull'argomento.

In terzo luogo diventa essenziale la tutela del pavimento pelvico in tutte le situazioni potenzialmente a rischio.

Le tecniche adottate sono rappresentate dall'elettrostimolazione (SEF), il biofeedback (BFB) e la chinesiterapia perianale (CPP; attività respiratoria, movimenti di antero e retro-versione del bacino, stretching, ecc.). L'attività va poi fatta propria durante le attività della vita quotidiana (durante gli sforzi e le normali attività). È fondamentale seguire un preciso iter diagnostico, per individuare in modo corretto il tipo di incontinenza e la disfunzione perineale. L'attività viene svolta in ambulatorio e a domicilio.

In fine, negli ultimi anni questo ambito di intervento riabilitativo è stato soggetto ad una importante e positiva evoluzione: infatti a tutt'oggi le più importanti Società e Associazioni del Settore, Nazionali ed Internazionali, riconoscono questa opzione terapeutica come efficace, nonché come intervento di primo livello nell'ap-

proccio per alcune disfunzioni (es.: incontinenza urinaria da sforzo). Ciò è avvenuto anche grazie alla produzione della letteratura scientifica che ha determinato crescita di interesse da parte anche di altre discipline (clinica, diagnostica, chirurgica, ecc), determinando così un importante progresso nella considerazione, individuazione e gestione di sintomi spesso condizionanti in modo negativo la qualità di vita del paziente.

L'intervento quindi di prevenzione, cura e riabilitazione del paziente con disfunzione del pavimento pelvico richiede un approccio multidisciplinare e una conseguente relazione interdisciplinare nella quale è necessario evidenziare l'importanza di conoscere e trasmettere, da parte dei diversi operatori (Fisioterapisti, Infermieri, Ostetriche, Ginecologi), i confini e le competenze della propria Professione.

A tal proposito voglio sottolineare che : “la riabilitazione del pavimento pelvico è **un ambito proprio del fisioterapista**, attività di cui lo stesso è titolare ai sensi della legge e per la quale viene adeguatamente formato durante il corso di Laurea” e solo il fisioterapista è abilitato a praticare “ **gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree** della motricità, delle funzioni corticali superiori e di **quelle viscerali**, conseguenti a eventi patologici a varia eziologia, congenita e acquisita”(art.1) e, inoltre, il Fisioterapista “pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive utilizzando

terapie fisiche, manuale, massoterapiche e occupazionali” (art.2. profilo professionale del Fisioterapista ,D.M. 741/1994).

Il Pavimento Pelvico rappresenta insomma uno dei principali pilastri per la salute e il benessere di ogni persona. Riscoprirlo , ri-abilitarlo e valorizzarlo è oggi un obiettivo possibile.

BIBLIOGRAFIA

1. A. Bortolami “Riabilitazione del pavimento pelvico”, Masson Ed.
2. D. Giraudo, G. Lamberti “Incontinenza urinaria femminile”, Edi-Ermes.
3. L. Fondazzaro, M. Schettini, G. Vignoli “L'incontinenza urinaria maschile”, Selecta Medica.
4. Finco (Federazione Italiana Incontinenti) e WFIP (World Federation of Incontinent Patient): “Il libro bianco dell'incontinenza”.
5. A. Del Genio, L. Bruscianno con la collaborazione di S. Sansone e dei pazienti “ Riabilitazione del pavimento pelvico”, Idelson-gnocchi Ed.
6. C. Paganotti e coll. “ Ri-educazione perineale e coni vaginali, un approccio olistico al pavimento pelvico”, e-book.
7. P. Di Benedetto “Riabilitazione uro-ginecologica”, Minerva Ed.
8. A. Del Genio, L. Bruscianno “Il pavimento pelvico: anno zero”, Ed. Grafica Nappa.
9. C. Quondamcarlo, “Disfunzioni anorettali. Inquadramento diagnostico e principi terapeutici”, Ed. Minerva Medica.
10. V. Wiethaler, “ Il pavimento pelvico. Come rivitalizzarlo e rinforzarlo”, Ed. Morlacchi.
11. Kari Bo, Bary Berghmans, Marijke Van Kampen, Siv Morkved , “ Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor .Bridging Science and Clinical Practice , Ed. Churchill Livingstone.

Tombolini Officine Ortopediche

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

SPECIALISTI IN ORTOPROTESICA

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Ezio Mauro

9 Settembre 2014

◆ SPECIALE FISIOTERAPIA

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA A CURA DELLA A. MANZONI & C.

Oggi l'unico modo per ottenere il titolo professionale di Dottore in fisioterapia in Italia è frequentare il corso di laurea in fisioterapia, corso a numero chiuso, per accedere al quale è necessario superare un test di ingresso. Per quanto riguarda le università pubbliche, la data di svolgimento dell'esame è unica sul territorio nazionale; per quanto riguarda invece le università private, il test viene svolto a pochi giorni di distanza, sempre in data unica sul territorio nazionale. Nonostante la riforma universitaria che eliminerà buona parte degli esami d'ingresso a partire dall'anno accademico 2015/16 per la maggior parte delle facoltà, quella per il corso di fisioterapia è destinata a restare in piedi. È necessario, quindi, diffidare da qualsiasi tipo di proposta valida per accedere a corsi a numero aperto, magari con la frequentazione di brevi corsi in scuole fuori dai confini italiani. La prova finale ha valore di esame di stato ed è abilitante all'esercizio della professione. Il corso di laurea, parte della facoltà di Medicina e Chirurgia e con un numero di esami variabile, è strutturato in tre anni durante i quali lo studente non solo apprende l'anatomia e il corretto funzionamento dell'organismo umano ma anche i segni specifici delle principali patologie sulle quali poi potrà intervenire. Insieme a questa parte clinica di conoscenza della fisiologia e della patologia, lo studente sviluppa le corrette abilità pratiche necessarie nell'osservazione e nel trattamento del paziente. Questo è possibile grazie alle numerose ore di tirocinio pratico previste ogni anno per il corso di laurea in fisioterapia. Una volta conseguita la laurea triennale,

ISTRUZIONE ► INGRESSO A NUMERO CHIUSO, LA PROVA FINALE HA VALORE DI ESAME DI STATO

Una professione qualificata I corsi di laurea in tutta Italia



► UN LAVORO REMUNERATIVO E GRATIFICANTE
SETTE SPECIALISTI SU DIECI SI DICHIARANO
SODDISFATTI DELLA PROPRIA CARRIERA

■ Fisioterapisti italiani in forma, pronti per il futuro e per nuove battaglie di valorizzazione della professione. Sette su dieci sono soddisfatti del loro lavoro e lo consiglierebbero ai giovani. Oltre due terzi investono in formazione e vorrebbero percorsi formativi più approfonditi e specializzati. Ma non sono soddisfatti per come viene gestita, a livello politico e istituzionale, la loro professione. Al centro dell'attenzione i mutamenti del profilo sociale e culturale del fisioterapista, le relazioni con le altre professioni mediche e sanitarie, le problematiche occupazionali. Il 75% mette come prioritario l'ottenimento di un vero ordine professionale e vorrebbe una tutela contro l'abusivismo, ma molti

puntano anche a una definizione europea comune del fisioterapista e allo sviluppo scientifico della professione. Sono questi alcuni dati presentati lo scorso giugno in occasione del 55esimo anniversario della fondazione dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (Aifit). I numeri sono il risultato di un'ampia ricerca svolta sulla figura del fisioterapista in Italia. Commissionata dall'Associazione e realizzata dall'equipe del Laboratorio Paracelso - Studi sociali sulla salute, la cura e il benessere sociale dell'Università di Ferrara, diretta dal professor Marco Ingrosso, essa rappresenta la prima indagine di ampiezza nazionale sulla figura del fisioterapista nel nostro Paese.

nale, il fisioterapista potrà conseguire una laurea magistrale frequentando due anni ulteriori. Prima dell'entrata in vigore della legge n. 251 del 10/08/2000, coloro che volevano svolgere l'attività di fisioterapista avevano la possibilità di conseguire un "titolo equipollente", che veniva rilasciato da scuole di formazione riconosciute a livello regionale. Attualmente gli atenei che offrono il corso di laurea in Fisioterapia sono dislocati su quasi tutto il territorio italiano: Abruzzo (Chieti, L'Aquila, Teramo), Calabria (Catanzaro), Campania



(Napoli, Salerno), Emilia Romagna (Bologna, Ferrara, Reggio Emilia, Parma), Friuli Venezia Giulia (Udine), Lazio (Roma, Cassino), Liguria (Genova), Lombardia (Milano, Brescia, Pavia), Marche (Ancona), Piemonte (Torino, Novara), Puglia (Bari, Brindisi, Foggia), Sardegna (Cagliari, Sassari), Sicilia (Palermo, Catania), Toscana (Firenze, Pisa, Siena), Umbria (Perugia) e Veneto (Padova).



Avviso a pagamento



Eugenio D'Amato
presidente
A.I.F.I. Puglia

ANCHE L'A.I.F.I. PUGLIA PARTECIPA ALLA GIORNATA MONDIALE DELLA FISIOTERAPIA

Anche l'A.I.F.I. Puglia è direttamente coinvolta nella campagna nazionale contro l'abusivismo, che si tiene ogni anno l'8 settembre. "I numeri - afferma il presidente regionale dott. Eugenio D'Amato - sono spaventosamente elevati. A fronte di circa 50.000 fisioterapisti che esercitano la professione, con percorsi di studi certificati, sono circa 100.000 - secondo i dati in nostro possesso - gli "abusivi", con immaginabili rischi per la popolazione, in quanto non adeguatamente preparati per esercitare in sicurezza". Per questo motivo come A.I.F.I. Puglia presentiamo due nostre pubblicazioni: "Titoli abilitanti all'esercizio della professione del fisioterapista" e "Esercizio della libera professione del fisioterapista" per offrire alle ASL e alle Forze dell'Ordine (Carabinieri e Guardia di Finanza) uno strumento di facile consultazione, nonché per agevolare il lavoro di verifica/controllo. I due opuscoli possono essere scaricati dal sito www.aifipuglia.it.

LA FISIOTERAPIA E LA GESTIONE DEL DOLORE, SE NE PARLERÀ A LECCE L'8 E IL 9 OTTOBRE IN UN CONGRESSO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE

L'Associazione pugliese dei fisioterapisti sta lavorando alacremente al convegno scientifico internazionale "Physical therapy for pain management: new perspectives and best practices" e al Congresso Nazionale dell'A.I.F.I., che si terranno a Lecce dal 9 al 12 ottobre 2014 presso l'Hotel Tiziano. La due giorni scientifica si terrà l'8 e 9 ottobre, e vedrà la partecipazione di illustri relatori, nomi internazionali che hanno dato la disponibilità a relazionare nel congresso leccese.

Tema centrale del dibattito scientifico sarà il "problema dolore". L'obiettivo vuole essere quello di fornire elementi utili alla sua interpretazione e al suo inquadramento clinico in chiave fisioterapica, identificandolo come "segnale" (elemento significativo) importante del corollario dei sintomi e pervenire così alla costruzione di linee guida per le patologie in cui il dolore può trarre beneficio dal trattamento riabilitativo. Il Congresso si articolerà su una prima giornata di sessione plenaria e su una seconda giornata composta da 6 sessioni parallele. Alla due giorni relazioneranno 4 pugliesi: Filippo Maselli e Giuseppe Giovannico, nomi di prestigio della Terapia Manuale, Gabriella Ghionna e Anna Sergio, del mondo universitario pugliese. Sono previsti crediti formativi ECM. Dal 10 al 12 si terrà invece il congresso nazionale dell'A.I.F.I. che si tiene ogni tre anni in una regione ogni volta diversa d'Italia, all'interno del quale sarà eletto il nuovo direttivo nazionale. Per partecipare ai due appuntamenti è necessario iscriversi, collegandosi al sito www.aifipuglia.it.



www.aifipuglia.it



PARCO DI BELLUOGO

113

VIA TARANTO

VIA CASALE CERRATE

VIA DI VASTO

VIA EGIDIO REALE

VIA A. SOZY CARAFA

VIA ADUA

VIA MANIFATTURA TABACCHI

VIA MONTELLO

VIA MARTIN D'OTRANTO

VIA LOMBARDIA

VIA PEMONTE

VIA GALLIOLI

VIA DEGLI

MUSEO STORICO ARCHEOLOGICO (MUSA)

FARMACIA

PARCHEGGIO Ex G.I.L.

VIA E. DE GIORGIO

VIA A. CALABRO

VIA P. PALUMBO

VIA A. TOMA

VIA EGIDIO REALE

VIA ADUA

VIA MANIFATTURA TABACCHI

VIA MONTELLO

VIA MARTIN D'OTRANTO

VIA LOMBARDIA

VIA PEMONTE

VIA GALLIOLI

VIA VESPASIANO GENUINO

VIA VITO MARIO STAMPACCHIA

VIA CASALE BAGNARA

VIA DI VERETO

VIA DI VALESIO

VIA EGIDIO REALE

VIA A. CALABRO

VIA P. PALUMBO

VIA A. TOMA

VIA EGIDIO REALE

VIA ADUA

VIA MANIFATTURA TABACCHI

VIA MONTELLO

VIA MARTIN D'OTRANTO

VIA LOMBARDIA

VIA PEMONTE

VIA FRANCESCO CALASSO

VIA CASALE BAGNARA

VIA DI VERETO

VIA DI VALESIO

VIA EGIDIO REALE

VIA A. CALABRO

VIA P. PALUMBO

VIA A. TOMA

VIA EGIDIO REALE

VIA ADUA

VIA MANIFATTURA TABACCHI

VIA MONTELLO

VIA MARTIN D'OTRANTO

VIA LOMBARDIA

VIA PEMONTE

VIA GALLIOLI

PIAZZA DEL BASTIONE

PARCHEGGIO CARLO PRANZO

STAZIONE BIKES SHARING

PIAZZA ANGELO RIZZO

PIAZZA DELL'ARCO DI TRIONFO

PIAZZA BONIFACIO IX

PIAZZA G. A. ACQUAVIVA

PIAZZA DUOMO

PIAZZA DUCATO

PIAZZA G. D'ATENE

PIAZZA G. D'AYMO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA DEL BASTIONE

PARCHEGGIO CARLO PRANZO

STAZIONE BIKES SHARING

PIAZZA ANGELO RIZZO

PIAZZA DELL'ARCO DI TRIONFO

PIAZZA BONIFACIO IX

PIAZZA G. A. ACQUAVIVA

PIAZZA DUOMO

PIAZZA DUCATO

PIAZZA G. D'ATENE

PIAZZA G. D'AYMO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA DEL BASTIONE

PARCHEGGIO CARLO PRANZO

STAZIONE BIKES SHARING

PIAZZA ANGELO RIZZO

PIAZZA DELL'ARCO DI TRIONFO

PIAZZA BONIFACIO IX

PIAZZA G. A. ACQUAVIVA

PIAZZA DUOMO

PIAZZA DUCATO

PIAZZA G. D'ATENE

PIAZZA G. D'AYMO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA DEL BASTIONE

PARCHEGGIO CARLO PRANZO

STAZIONE BIKES SHARING

PIAZZA ANGELO RIZZO

PIAZZA DELL'ARCO DI TRIONFO

PIAZZA BONIFACIO IX

PIAZZA G. A. ACQUAVIVA

PIAZZA DUOMO

PIAZZA DUCATO

PIAZZA G. D'ATENE

PIAZZA G. D'AYMO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA DEL BASTIONE

PARCHEGGIO CARLO PRANZO

STAZIONE BIKES SHARING

PIAZZA ANGELO RIZZO

PIAZZA DELL'ARCO DI TRIONFO

PIAZZA BONIFACIO IX

PIAZZA G. A. ACQUAVIVA

PIAZZA DUOMO

PIAZZA DUCATO

PIAZZA G. D'ATENE

PIAZZA G. D'AYMO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA DEL BASTIONE

PARCHEGGIO CARLO PRANZO

STAZIONE BIKES SHARING

PIAZZA ANGELO RIZZO

PIAZZA DELL'ARCO DI TRIONFO

PIAZZA BONIFACIO IX

PIAZZA G. A. ACQUAVIVA

PIAZZA DUOMO

PIAZZA DUCATO

PIAZZA G. D'ATENE

PIAZZA G. D'AYMO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO

PIAZZA G. DI PIETRO