



Fisioterapisti

LA NOSTRA VOCE Puglia

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti
Regione Puglia n. 58 (3° Trimestre 2016) - 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



#CasaAifiPuglia
#laCasadelFisioterapista

L'ADESIONE ALL'A.I.FI. È UNA SCELTA DI CONDIVISIONE



Nel diritto, un'associazione è un ente costituito da un insieme di persone fisiche legate dal perseguimento di uno scopo comune.

Un'associazione è un'organizzazione collettiva costituita per il perseguimento di uno scopo di natura non economico.

Sembra un atto semplice associarsi, invece è una scelta importante e piena di significati pratici ed etici.

Condividere gli obiettivi di una associazione e decidere di farne parte per dare il proprio contributo alla realizzazione degli scopi sociali è infatti un **atto di profonda condivisione**.

CONDIVISIONE = Possedere e partecipare insieme.

A.I.FI. E' UNA ASSOCIAZIONE APERTA: tutti i Fisioterapisti possono chiedere di diventarne soci decidendo di condividere ed accettare i valori e le regole previste dallo statuto.

In A.I.FI. sono rispettati i principi di uguaglianza, democraticità e partecipazione. Tutti hanno uguali diritti di voto, di partecipazione alla vita associativa e di controllo della gestione sociale. Tutti i soci sono tenuti a rispettare le decisioni prese dall'assemblea e dagli organi che essa elegge. Perché i concetti di democrazia interna, uguaglianza e partecipazione sono i cardini dell'associazionismo.

I diritti di cui gode il socio gli consentono di partecipare all'assemblea e votare l'approvazione e le modifiche dello statuto, dei regolamenti e l'approvazione del bilancio annuale, inoltre, di votare ed essere votati durante l'elezione degli organi sociali, di partecipare alla vita associativa e alle attività sociali, anche presentando proposte e fornendo lavoro volontario per la realizzazione delle attività tese a valorizzare la nostra professione.

Ovviamente non esistono solo i diritti,

ma anche i doveri, ovvero, rispettare lo statuto, osservare le deliberazioni adottate dagli organi sociali, rispettare le finalità dell'associazione attraverso un comportamento rispettoso anche del codice deontologico.

Per rispettare gli obbiettivi statutari bisogna prendere delle decisioni, l'organo sovrano deputato è **L'ASSEMBLEA REGIONALE** attraverso il voto di tutti i soci, secondo il principio di **"una testa un voto"**. Questa assemblea elegge le cariche sociali che hanno l'obbligo di agire nell'interesse dell'associazione.

A.I.FI. è per la professione un formidabile strumento che dobbiamo far funzionare al meglio delle sue potenzialità dove le divergenze devono essere superate, principalmente con l'impegno personale. Essere protagonisti nell'associazione che rappresenta istituzionalmente i fisioterapisti, deve consentire di difenderla anche da colleghi che si tirano fuori dalle regole democratiche che la vita associativa offre.

Si avvicina il Congresso regionale del 2017. In quella occasione si eleggeranno i componenti degli organi statutari, può essere una buona occasione per **entrare nella casa dei fisioterapisti che ha le porte sempre aperte per chi vuole apprezzare i principi di uguaglianza, democraticità e partecipazione**

La nostra rivista regionale è un mezzo per comunicare anche con i colleghi che restano alla finestra ignorando la necessità di contribuire a creare una A.I.FI. sempre più rappresentativa della professione, perché la nostra unione può contribuire sia alla affermazione della propria professionalità che a ridurre le improduttive critiche al nostro ruolo nella sanità.

Essere ignari può condurre a diventare ignavi. L'ignaro non è al corrente, mentre all'ignavo manca la volontà di agire.

«l'anime triste di coloro Che visser senza infamia e senza lodo» (Dante Alighieri)

Il Presidente

Dott. FT. Eugenio D'Amato

Sommario



L'adesione all'A.I.F.I. è una scelta di condivisione	2
8 Settembre 2016 - Giornata mondiale della fisioterapia	4
Intervista a Concetta Pesce	9
Abstract Miglior Tesi - 2° Premio	
La Mirror Therapy nel trattamento riabilitativo del dolore	11
Abstract Miglior Tesi - 3° Premio	
Miosite Necrotizzante Autoimmune	15
Mal di schiena e pliche meniscoidi: la reale correlazione	20
Riabilitazione, obiettivo per sclerodermia: l'acroosteolisi	23
Pillole di letteratura	26
Sono logopedista	29

IMPORTANTE

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

Norme per gli autori

- L'accettazione degli articoli è subordinata al giudizio della redazione.
- I testi inviati per la pubblicazione **devono essere inediti**, con un numero massimo di 10.000 battute (spazi inclusi) e devono riportare i riferimenti bibliografici.
- Negli articoli proposti, l'autore dovrà indicare: titolo, sottotitolo, tags o keywords. In questa maniera sarà possibile indicizzare gli elaborati e renderli più fruibili anche sul web.
- Qualora nell'articolo l'Autore inserisca citazioni tratte da testi scientifici o di altro tipo deve evidenziare il passo citato e segnalarne la fonte
- La redazione si riserva di chiedere all'Autore eventuali modifiche o chiarimenti del testo
- Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità dell'Autore.

Segreteria Redazionale:

A.I.F.I. - Puglia

Casella Postale 386

Piazza Umberto I, 33/A - 70121- BARI



Direttore Responsabile: **Marco Cordella**

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

Redattore Capo: **Concetta Pesce**

Rappresentante Legale: **Eugenio D'Amato**

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

8 SETTEMBRE 2016

GIORNATA MONDIALE DELLA FISIOTERAPIA

...UNA PROFESSIONE DALLE RADICI DEL "GRANDE VECCHIO"

Dott. Ft. Marco Cordella, Redattore Capo – Tesoreria AIFI Puglia



Ci sono date nella vita di ogni associazione professionale che meritano una celebrazione finalizzata a concretizzare il proprio lavoro in passione e, in quanto tale, risulta più facile viverla che descriverla.

L'8 settembre scorso si è celebrata, come ogni anno, la giornata mondiale della Fisioterapia. AIFI Puglia ha voluto ricalcare il solco del successo ottenuto in occasione dell'iniziativa promossa nel 2015. I numeri da capogiro, oltre 1000 fisioterapisti ricevuti a Roma in udienza da

territoriali, ma anche un segno di vita e di longevità. L'ulivo visto anche come forza, resistenza, pace, trionfo, fede, vittoria ed onore. Adottare questa pianta anche per cercare di tutelarla dalla piaga, purtroppo devastante nell'ultimo periodo, della cosiddetta "Xylella fastidiosa", un batterio che da troppo tempo sta mettendo in ginocchio i nostri agricoltori e, di conseguenza, tutta la filiera olivicola pugliese. Questa importante fetta dell'economia locale ha bisogno di interventi e di soluzioni, in altre parole ha bisogno di rialzarsi e da qui il nostro gesto di contribuire a riabilitare l'ulivo in Puglia.

Il responsabile provinciale AIFI di Taranto, Alessandro Stasi, ha scelto una specie molto particolare di questo albero. Un nome affascinante e dal significato profondo: "Grande Vecchio", una varietà che riproduce le caratteristiche dell'esemplare presente nella valle d'Itria, uno degli ulivi più longevi del Mondo (si pensa possa aver superato i 3000 anni di vita).

L'unicità del "Grande vecchio", dall'enorme tronco scultoreo attorcigliato più volte su sé



Eugenio D'Amato scopre l'ulivo

Papa Francesco, hanno contribuito a proporre un evento che potesse dare prestigio ad una giornata nella quale la nostra professione interpreta un ruolo da protagonista.

La novità principale del 2016 è stata tanto importante quanto semplice, dal grande significato: l'adozione di un albero di ulivo. Il simbolo che rappresenta la nostra Puglia, le nostre risorse



Eugenio D'Amato, Alessandro Stasi e gli allievi del Corso di Laurea in Fisioterapia.



Momento della benedizione l'ulivo.

stesso e piegato a novanta gradi, sembra quasi voglia riprodurre un'abilità persa ma compensata grazie all'ausilio di tufi che ne hanno impedito il suo collasso. Un'immagine molto significativa e che può essere facilmente paragonabile al lavoro del fisioterapista ed al suo rapporto con il paziente: l'assistenza, la rieducazione, la capacità di trovare la forza per restare in piedi

e non abbattersi sono credenziali fondamentali che accompagnano ogni giorno il nostro lavoro.

AIFI Puglia ha individuato nella "Cittadella della Carità" di Taranto la location dove piantumare l'ulivo per l'edizione 2016 della giornata mondiale della Fisioterapia. La struttura rappresenta un riferimento importante nel nostro settore, perché ospita il polo universitario tarantino del corso di laurea in Fisioterapia. E parlando di questa realtà, torna il paragone con l'ulivo che, in questo caso, assume anche la metafora dell'augurio di crescita per tutti i ragazzi che intraprendono questa professione. Talenti da coltivare, da preparare per renderli pronti ad un lavoro fatto di dedizione ed attenzione.

Tanti gli studenti presenti alla cerimonia, che hanno partecipato con entusiasmo all'intera giornata insieme con i pazienti della "Cittadella", i rappresentanti delle istituzioni e delle autorità locali, gli operatori dell'informazione e tanti curiosi attirati dalla particolare cerimonia.

Da registrare la presenza del vicepresidente del consiglio regionale pugliese Giandiego Gatta, del vicepresidente della provincia di Taranto Gianni Azzaro, del presidente del consiglio comunale del capoluogo jonico Pietro Bitetti e del dott. Salvatore Santalucia in rappresentanza delle Officine Ortopediche Tombolini che hanno





Intervista a Eugenio D'Amato

istituzioni politiche che, come ribadito più volte da Azzaro, “E’ frutto dell’importante riconoscimento del fisioterapista, il cui ruolo è però purtroppo ancora poco conosciuto. Proprio per questo – ha continuato il vicepresidente della Provincia – abbiamo deciso di invitare l’Associazione in occasione degli incontri di discussione sul piano di riordino sanitario regionale e nel consiglio comunale monotematico di Taranto. E proprio durante la riunione della massima assise cittadina sono state ascoltate le istanze di AIFI e sono state inserite all’interno della proposta presentata in Regione”.

sponsorizzato l’evento allietandolo con la presenza della banda municipale “Città di Crispiano” diretta dal maestro Francesco Bolognino.

Non è nello stile di AIFI Puglia trasmettere un messaggio di massiccia presenza solo per fini di auto-promozione o limitati a riduttivi momenti di brindisi e discorsi di circostanza. Riteniamo sia fortemente indicativo sottolineare il numero dei partecipanti alla giornata per avere una visione più completa dell’interesse veicolato attorno alla manifestazione, per diffondere quanto iniziative del genere possano mettere insieme i vari attori del territorio con l’unico fine di percorrere lo stesso obiettivo: la tutela delle fasce più deboli.

Lo stesso interesse da parte di numerose

La giornata mondiale della fisioterapia (e non del fisioterapista) assorbe sia l’interesse del collega ma anche del beneficiario della sua competenza professionale, il Cittadino. Come dichiarato da Eugenio D’Amato, presidente regionale AIFI Puglia: “L’Ulivo è simbolo di rinascita non solo per il fisioterapista, ma per tutti i cittadini”.

Una scelta ecologica ed altamente simbolica che cade in un momento purtroppo non positivo della storia professionale del fisioterapista, ma proprio per questo assume maggior importanza. Infatti se il periodo è florido c’è da festeggiare, ma se è critico è proprio nella celebrazione che si possono ritrovare quell’unità d’intenti e quegli stimoli che possono aiutare a voltare pagina.

Una celebrazione non è solo una festa, noi ri-



Da sinistra Marco Morea, Concetta Pesce, Eugenio D'Amato, Gianni Azzaro, Giandiego Gatta, Alessandro Stasi e Marco Cordella.



Momento della Cerimonia.

teniamo che ogni occasione per stare insieme sia un'opportunità per trasferire contenuti profondi, con l'obiettivo di evitare che lo spirito della manifestazione venga frainteso e vissuto come forzatura di un legame associativo mai corrisposto. La ricorrenza deve essere percepita come una circostanza utile al dialogo, allo scambio, all'incontro, all'arricchimento di conoscenze e competenze.

Insieme alla Wcpt (World Confederation for Physical Therapist), AIFI è promotrice di messaggi atti a sensibilizzare i cittadini sul ruolo che può giocare il fisioterapista sulla loro salute. Lo slogan nazionale della campagna, #lemanigiuste, vuole sottolineare l'importanza dell'affidarsi a figure competenti per la messa in atto di terapie riabilitative. Quello dell'abusivismo della nostra professione è un fenomeno rischioso e molto comune sul territorio, che necessita di essere adeguatamente contrastato con le armi della giusta informazione, della propensione e della partecipazione.

La giornata mondiale della fisioterapia non vuole comunque limitarsi a puntare l'attenzione esclusivamente su coloro i quali "non possono", ma vuole piuttosto scavalcare i confini dell'indagine rivolta a chi svolge questo lavoro in modo sommerso estendendo il target d'interesse verso il focus "qualità professionale". In tale contesto si ribadisce il carattere dell'importanza di tutelare la professione, di distaccarla totalmente da chi cerca in maniera fraudolenta, senza titolo e sen-

za adeguata preparazione, di svolgere questo lavoro. Intervenire su di un paziente in maniera improvvisata, non disciplinata da un percorso formativo-professionale adeguato, significa danneggiarlo. Questo è il messaggio principale da ribadire in circostanze come questa, e non solo, alla cittadinanza e agli addetti ai lavori.

La giornata mondiale della fisioterapia è l'ennesima occasione per informare coloro i quali, per volontà propria o per distorta osservazione, rimangono ciechi al costante aumento dello standard qualitativo del fisioterapista. Se la piaga dell'abusivismo troppe volte rimane indenne alla giusta persecuzione giuridica, riteniamo invece che poche chance avrà nel confrontarsi con un



Intervista ad Alessandro Stasi



Salvatore Santalucia, in rappresentanza delle Officine Tombolini

target formativo difficilmente raggiungibile, se non mediante adeguato percorso accademico.

Nell'immediato futuro, il nostro obiettivo sarà innaffiare quella pianta di ulivo che ha legato tutti i vari significati della giornata mondiale della Fisioterapia. Una crescita che ha bisogno di cure costanti, di preparazione continua, di dedizione totale alla professione. Il nostro lavoro si costru-

isce giorno per giorno, continuando a studiare con il fine ultimo di soddisfare il paziente e non solo grazie alla conoscenza dei passi in avanti dal punto di vista scientifico in materia. Si accresce la propria professionalità anche e soprattutto entrando in empatia con i nostri utenti, trasmettendo segnali positivi, di fiducia, di affidabilità. Ed è su questi binari che AIFI Puglia continua a viaggiare, a costruire il proprio percorso, ad impegnarsi per la promozione delle nostre attività. L'opera di informazione e divulgazione deve continuare e proporre numerosi eventi di incontro, di conoscenza con il cittadino, di dimostrazione pratica sui benefici

riservati all'utenza che sceglie di rivolgersi al professionista-Fisioterapista.

"#Iemanigiuste" deve essere inteso non solo come uno slogan, una frase da social network o una maniera meramente innovativa per comunicare, ma deve rappresentare la radice più solida dell'albero della nostra professione.



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



SPECIALISTI IN ORTOPROTESICA

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

www.ortopediatombolini.it

CERMET
Azienda certificata
ISO 9001:2008
ISO 13485:2004

Azienda Accreditata ASL / INAIL
Ministero della Sanità

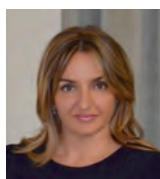
SAN GIORGIO JONICO (TA)
TARANTO
CASTELLANETA (TA)
MATERA
BARI

follow us



INTERVISTA A CONCETTA PESCE, COLONNA STORICA DELL'A.I.F.I.

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



A.I.F.I. Puglia. La nostra associazione oggi vanta un'associazionismo radicato, credibilità esterna, qualità della relazioni interpersonali, competenza professionale. Elementi che non si inventano, ma che sono il frutto di un lungo percorso di costruzione e sacrifici, per il bene comune, per un principio in cui si crede fortemente. Oggi conosciamo meglio Concetta Pesce, per lungo tempo presidente regionale, ma da sempre impegnata nell'A.I.F.I., sia a livello nazionale che regionale. Anni fa ha deciso, senza rimpianti, di prendere le redini del puledro "A.I.F.I." e di lavorare alacremente e seriamente per trasformarlo in cavallo di razza. Questo percorso non è stato fatto in solitudine, ed è importante sottolinearlo, perché il lavoro di squadra ha permesso all'associazione dei fisioterapisti di crescere ogni giorno di più. Lavorando seriamente, infatti, si permette a chi ci sta affianco di contribuire alla riuscita del progetto con spirito di collaborazione ed entusiasmo costruttivo.

Concetta Pesce ha conseguito il diploma nell'anno accademico 1972/73 c/o la Scuola Triennale per Terapisti della Riabilitazione – Ospedali riuniti di Putignano – diretta dall'indimenticato Prof. Ciro Di Gennaro, il quale è stato determinante nella sua scelta professionale.

Qual è stata la motivazione che ti ha indirizzato a scegliere questa professione?

"Intorno ai 15/16 anni avevo letto, su una rivista, dell'esistenza, a Genova, di una scuola per fisioterapisti (già, all'epoca era quella la qualifica professionale) della cui durata però non ho memoria. Continuai il percorso formativo superiore senza più pensarci fino a quando non ho cominciato a lavorare c/o la Nostra famiglia di Ostuni come educatore. In quella struttura ho "conosciuto" la disabilità ed ho preso la decisione di volermene occupare in maniera specifica. E' lì che ho avuto modo di conoscere il Prof. Di Gennaro e sapere dell'esistenza della Scuola per Terapisti della Riabilitazione di Putignano. E decisione fu presa".

Quanto è stata importante la tua formazione post base?

"Molto importante. Ho sempre detto ai miei allievi che il diploma di laurea non è un punto di arrivo ma un punto di partenza. Siamo, infatti, tutti consci che a livello di formazione di base una valida formazione dipende anche (ed essenzialmente) dalla qualità degli insegnanti, dalla loro capacità di cogliere gli aspetti essenziali della formazione, al di là dei contenuti nozionistici delle rispettive materie. La formazione post-base è un valore di sviluppo e di progresso individuale e di ogni gruppo professionale, uno strumento



Concetta Pesce

indispensabile per l'attività professionale, un processo continuo e permanente. In sintesi è un "processo di miglioramento e approfondimento delle conoscenze e delle competenze".

Quali difficoltà hai dovuto affrontare per valorizzare la tua professionalità?

"Quando si è sicuri della propria formazione si stabilisce con gli altri professionisti un rapporto di stima e di rispetto delle competenze specifiche. So che ancora oggi si assiste a tentativi di assoggettamento da parte di altri professionisti, ma anche ad incaute e pericolose forme di



Concetta Pesce con Claudia Pati e Alessandro Stasi

deresponsabilizzazione da parte di colleghi che si “adoperano” per mantenere la professione in posizione di sudditanza non comprendendo pienamente il ruolo che sono chiamati a svolgere. Un ruolo fatto di “responsabilità” verso gli utenti, che vuol dire responsabilità dell’impegno, delle scelte adeguate e dell’operare corretto nell’interesse della persona; vuol dire anche rispetto consapevole dei presupposti scientifici delle nostre attività, dei valori etici condivisi, delle regole che ci siamo dati, delle norme giuridiche. Io non ho mai, a livello personale, dovuto sgomitare per far valere la mia professionalità, forse anche perché ho avuto la fortuna di lavorare con persone davvero preparate e rispettose delle competenze altrui”.

Come ti sei avvicinata alla nostra associazione?

“La compianta Maria Verdiani, che ha guidato l’Associazione regionale fino al 1997, è stato il mio tutor durante il mio percorso formativo di base e quindi è stato naturale conoscere l’associazione e farne parte. La mia prima iscrizione risale al 1974 e dopo n po’ mi sono trovata a lavorare insieme a lei”.



Concetta Pesce e Vincenzo Manigrasso

Quali ruoli hai avuto in associazione?

“Ho avuto la possibilità e l’onore di guidare a livello regionale l’A.I.T.R prima e l’A.I.FI. poi, dal 1997 al 2011. In qualità di Presidente regionale Aifi ho fortemente voluto e presieduto il coordinamento delle professioni sanitarie. Ho anche ricoperto ruoli a livello nazionale: Responsabile dell’ufficio giuridico con la gestione Manigrasso e Presidente dei probiviri con la gestione Bortone”.

Come hai “vissuto” la tua vita associativa?

“Affermare e difendere la dignità professionale del fisioterapista è stato l’imperativo categorico che ha guidato i miei passi all’interno dell’associazione. Ho sempre sentito forte il dovere, come dirigente, di educare alla responsabilità, alla consapevolezza ed al rispetto del proprio ruolo professionale”.



Concetta Pesce e Antonio Bortone

Come vedi il futuro della professione e dell’Aifi?

“Io spero con tutto il cuore che finalmente le forze politiche si adoperino al massimo per assicurare a questa professione l’unica forma di regolamentazione che garantisca davvero al cittadino appropriatezza e qualità delle prestazioni: l’Ordine professionale. Tutti sappiamo, infatti, quanto sia elevato l’abuso di esercizio da parte di figure non abilitate. Se finalmente accadrà “il miracolo”, allora l’Aifi non avrà più ragione di esistere, almeno con gli scopi attuali”.

La tua Aifi Puglia come ti è rimasta nel cuore?

“Come può rimanerti nel cuore una persona che hai amato profondamente ma con la consapevolezza, però, che a guidarla ci sono colleghi capaci e motivati”.

ABSTRACT

IL CORPO GRIDA CIÒ CHE LA BOCCA TACE:
LA MIRROR THERAPY NEL TRATTAMENTO
RIABILITATIVO DEL DOLORE

Dott.ssa Simona Sabatelli, Laureata FT



Introduzione

Il dolore è un'esperienza sensoriale complessa, definita dall'interazione di fattori emotivi, motivazionali e comportamentali integrati a livello cognitivo che determinano una percezione differente da individuo ad individuo, infatti uno dei contributi maggiori alla plasticità del dolore è la motivazione del soggetto ad affrontarlo (Fig. 1).



Fig. 1 L'espressione del dolore attraverso il corpo

Numerose sono le sindromi che comportano la presenza di dolore e una cronicizzazione dello stesso, alcune delle quali sono state analizzate nel lavoro, come il dolore centrale post ictus, la sindrome dell'arto fantasma, la sindrome dolorosa regionale complessa, la sindrome fibromialgica e l'artrite reumatoide.

Tra le metodiche riabilitative che mirano al recupero funzionale della zona compromessa dalla patologia, alcune si soffermano maggiormente sull'aspetto della percezione algica, tra queste la

Mirror Therapy. L'obiettivo dell'elaborato è stato analizzare l'efficacia di tale metodica riabilitativa nella risoluzione dei deficit motori e del dolore riferiti nella zona colpita, laddove la terapia fisica convenzionale si è dimostrata inefficace, altresì riportare il ruolo essenziale del rapporto professionista sanitario-paziente nella presa in carico delle necessità/bisogni del paziente.

Materiali e metodi

La stesura dell'elaborato ha richiesto un'accurata ricerca bibliografica sulle evidenze disponibili in letteratura internazionale, attraverso un'indagine in banche dati biomediche fruibili in rete, linee guida italiane e non, e libri di testo. Mentre la ricerca webliografica ha permesso di estendere le conoscenze riabilitative inerenti agli argomenti trattati, attraverso la consultazione di trials medico-scientifici. Tale analisi si è soffermata inizialmente sui "neuroni a specchio" e il loro impiego in riabilitazione, successivamente ha approfondito la sfera del dolore analizzando la fisiopatologia di differenti sindromi algiche, tenendo in particolare considerazione gli studi relativi all'efficacia e l'applicazione della Mirror Therapy nel trattamento dello stesso. Per ultimo, non per importanza, si è giunti alla comprensione che nel trattamento del dolore oltre alla tecnica riabilitativa adottata, è essenziale il ruolo del fisioterapista nel rapporto con il paziente per la buona riuscita del trattamento, parlando così di efficacia ed efficienza terapeutica.

Risultati

Il ripristino funzionale a seguito di una patologia che colpisce l'individuo consiste nel recupero della motricità della parte lesa e nella risoluzione del dolore che la malattia concerne. Spesso la percezione algica persiste anche dopo la rimozione della causa primaria determinando un dolore cronico, il quale, risulta essere un requisito

rilevante che accomuna le sindromi analizzate. Inoltre nonostante l'apparente difformità tra queste legata all'appartenenza a differenti ambiti, risulta esserci un'importante filo conduttore che è l'interessamento del sistema nervoso centrale il quale comporta una sensibilizzazione associata a dei meccanismi di riorganizzazione somatosensoriale.

Ed è proprio per questo motivo che è fondamentale avvalersi del trattamento con la Mirror therapy, poiché si basa sull'attivazione dei neuroni specchio, una classe di neuroni scoperta negli anni '90 (Rizzolatti, 1992). Tali cellule presentano numerose peculiarità tra le quali il loro riscontro nel sistema nervoso centrale dell'uomo, tale rinvenimento ha fatto sì che acquistassero un notevole valore in riabilitazione poiché attivandosi esse intervengono apportando variazioni a livello corticale (Fadiga, 1995).

Questa metodica che si avvale dell'impiego di uno specchio, può interessare sia l'arto superiore che quello inferiore e prevede 4 fasi principali nelle quali il paziente si sofferma inizialmente sulla sola osservazione dell'arto sano riflesso (il quale è posto in una posizione tale da sembrare, nello spazio, quello controlaterale), per poi effettuare dei movimenti prima esclusivamente con l'arto sano, seguiti da movimenti simmetrici e asimmetrici con entrambi gli arti. Lo specchio permette l'osservazione del movimento di un arto riflesso (Fig. 2), il quale associato all'integra-

zione sensoriale proveniente per via visiva (che attiva i Neuroni Mirror a livello centrale), fornisce ai pazienti l'illusione propriocettiva di possedere ancora un arto che risponde ai loro comandi.

Partendo da questa considerazione, nel 1996 Vilayanur S. Ramachandran e i suoi colleghi, considerati i pionieri nell'utilizzo di questa nuova pratica, pubblicano uno studio nel quale viene proposto un protocollo intensivo di trattamento con la Mirror Therapy per pazienti che hanno subito un'amputazione di un'estremità del corpo, con lo scopo di aiutare ad alleviare il dolore provocato dall'arto fantasma causato da una variazione corticale (Ramachandran, 1996).

A tal proposito ulteriori evidenze scientifiche si sono soffermate sulla dimostrazione della correlazione tra dolore e alterazione della mappa topografica del corpo, per documentare l'importanza dell'impiego della Mirror therapy sulla riorganizzazione corticale anche in altre patologie come la Sindrome Dolorosa Regionale Complessa (Stins, 2008).

In riferimento alla riduzione del dolore e al miglioramento funzionale dell'arto colpito, altri trials medico scientifici sono stati condotti negli ultimi anni, fra i vari molto interessante risulta lo studio randomizzato controllato con placebo pubblicato nel 2009 dal dr. A. Cacchio e i suoi collaboratori. In quest'ultimo viene ipotizzato come l'illusione

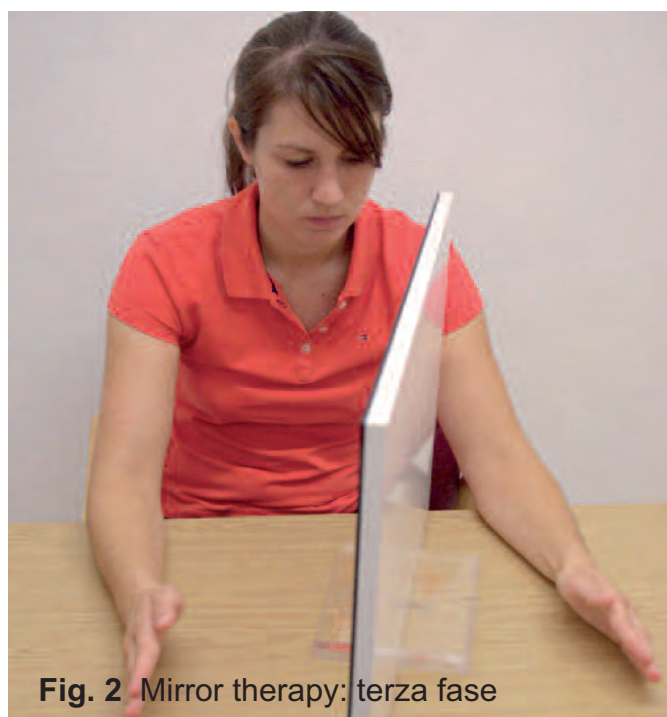


Fig. 2 Mirror therapy: terza fase



Fig. 3 Illusione ottica generata dallo specchio

VAS Score (Range 0-10 cm)	Mirror Group (n = 24)	Control Group (n = 24)	P Value
Mean pain at rest $\pm$ SD, cm			
Pretreatment	7.6 $\pm$ 1.2	7.5 $\pm$ 1.1	.828 ^a
Posttreatment	4.3 $\pm$ 2.5	7.2 $\pm$ 2.2	<.001 ^a
Change (95% CI)	-3.3 $\pm$ 1.8 (2.1 to 4.4)	-0.3 $\pm$ 1.7 (-0.7 to 1.3)	
P value	<.001 ^b	.553 ^b	
Follow-up	4.7 $\pm$ 2.6	8.1 $\pm$ 2.0	<.001 ^c
Change (95% CI)	-2.9 $\pm$ 1.9 (1.9 to 3.9)	0.6 $\pm$ 1.5 (-1.7 to 0.5)	
P value	<.001 ^a	.292 ^a	
Mean pain on movement $\pm$ SD, cm			
Pretreatment	8.7 $\pm$ 0.6	8.3 $\pm$ 0.7	.04 ^a
Posttreatment	5.1 $\pm$ 2.6	8.2 $\pm$ 1.4	<.001 ^a
Change (95% CI)	-3.6 $\pm$ 2.1 (2.5 to 4.7)	-0.1 $\pm$ 1.1 (-0.5 to 0.7)	
P value	<.001 ^b	.756 ^b	
Follow-up	4.8 $\pm$ 2.1	8.6 $\pm$ 2.0	<.001 ^c
Change (95% CI)	-3.9 $\pm$ 1.8 (2.8 to 4.9)	0.3 $\pm$ 1.3 (-0.9 to 0.3)	
P value	<.001 ^a	.491 ^a	
Mean pain tactile allodynia ^a $\pm$ SD, cm			
Pretreatment	6.8 $\pm$ 2.1	6.5 $\pm$ 1.8	.598 ^a
Posttreatment	3.8 $\pm$ 2.3	6.0 $\pm$ 2.1	<.001 ^a
Change (95% CI)	-3.0 $\pm$ 2.2 (1.7 to 4.3)	-0.5 $\pm$ 1.9 (-0.6 to 1.6)	
P value	<.001 ^b	.380 ^b	
Follow-up	3.3 $\pm$ 2.6	6.8 $\pm$ 2.3	<.001 ^c
Change (95% CI)	-3.3 $\pm$ 2.3 (1.9 to 4.4)	0.3 $\pm$ 2.0 (-1.5 to 0.9)	
P value	<.001 ^a	.617 ^a	

Tab. 1 Visual Analogue Scale: intensità del dolore prima e dopo il trattamento riabilitativo

ottica, generata dallo specchio, consenta all'arto interessato di muoversi correttamente, altresì ristabilisce l'integrità dei meccanismi corticali, alleviando il dolore e ripristinando, nel paziente, la funzionalità dell'arto affetto (Fig. 3).

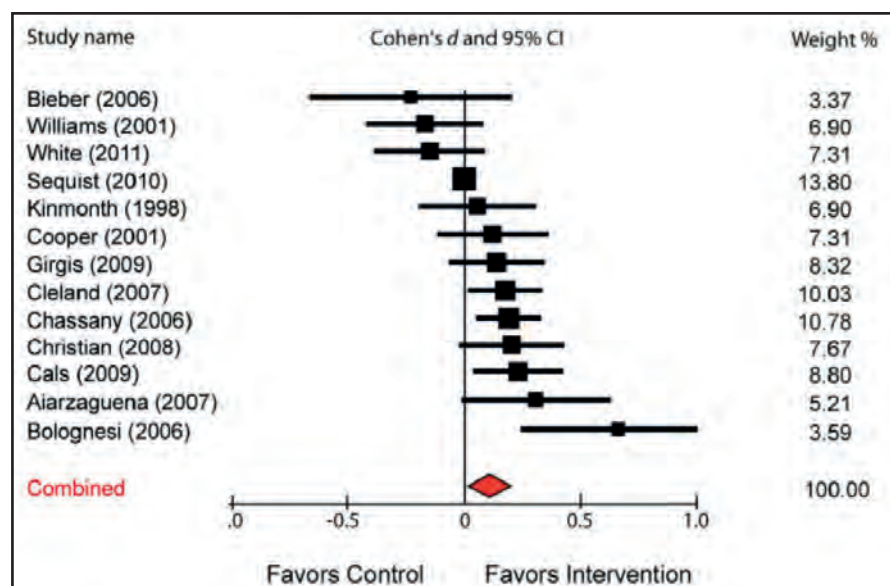
Al termine dello studio, dopo aver applicato un protocollo di Mirror therapy per 4 settimane, i ricercatori sono stati in grado di confermare l'ipotesi inizialmente avanzata, dimostrando dei miglioramenti clinicamente rilevanti non solo nella funzione motoria dell'arto con un miglioramento di Wolf Motor Function Test (scala

di valutazione utilizzata, in particolare, per quantificare l'abilità dell'arto superiore) e Motor Activity Log, ma anche nell'intensità del dolore, con un miglioramento dei punteggi della scala Visual Analogue Scale (Tab. 1). Inoltre i risultati raggiunti dopo il trattamento sono perdurati per 6 mesi. (A. Cacchio 2009).

Ad avvalorare questi risultati sono stati esaminati ulteriori trials i quali affermano che la positività del trattamento con la Mirror therapy è sostenuta dalla presenza di un'ottima relazione terapeutica. In particolare, nel lavoro è stata analizzata

una recente meta-analisi condotta nel 2014 da John Kelley e i suoi colleghi, i quali hanno documentato per la prima volta che per la buona riuscita di un trattamento, è essenziale l'instaurarsi di un "valido rapporto fisioterapista – paziente" (Tab.2), al fine di curare non solo la patologia ma prendere in considerazione anche la persona nella sua globalità (Kelley, 2014).

Tab. 2 Forest plot: effetto del rapporto medico-paziente sull'esito del trattamento.



Discussione

In un contesto in cui la riabilitazione non si riduce al recupero delle limitazioni funzionali, ma si concentra anche sulla rimozione delle barriere sociali e relazionali imposte dalla patologia, si cela la singolarità della Mirror Therapy. Sulla base di differenti riscontri medico scientifici, è possibile asserire che tale metodica presta particolare attenzione alle restrizioni che il dolore pone nella vita delle persone che ne sono investite, garantendone un miglioramento.

La straordinarietà della Mirror therapy si basa sul feedback visivo proveniente dal riflesso nello specchio dell'arto inalterato che determina una riorganizzazione corticale che comporta una riduzione del dolore, un recupero della motricità e di conseguenza un miglioramento funzionale dell'arto colpito. Tuttavia è importante sottolineare che mancano attualmente protocolli univoci e standardizzati nell'utilizzo della Mirror Therapy classificati per patologia. Inoltre per conoscere a fondo l'efficacia di questa tecnica riabilitativa nel trattamento di tali sindromi, oltre all'utilizzo di scale di valutazione è fondamentale associare un impiego di tecniche di neuroimaging che consentono di individuare e accertare le lesioni ed un'eventuale evoluzione delle stesse, permettendo di trasformare un'ipotesi in certezza clinica.

Ciò nonostante è possibile asserire, sulla base di evidenze scientifiche, che l'impiego della Mirror therapy è efficace particolarmente se associata ad una terapia tradizionale e non utilizzata singolarmente. Sicuramente è possibile constatare che tale metodica se supportata anche da un valido rapporto terapeutico, risulta essere la chiave d'accesso che ogni professionista dovrebbe utilizzare per permettere al paziente di migliorare la qualità della propria vita.

Bibliografia

1. Cacchio A., De Blasis E. De Blasis V., et al., *Mirror Therapy in CPRS 1 of the Upper Limb in Stroke Patients*, Neuroreh. and Neural Repair, 2009.
2. Fadiga L., Fogassi L., Pavesi G. and Rizzolatti, G., *Motor facilitation during action observation: a magnetic stimulation study*, J Neurophysiol, 1995.
3. Kelley J.M., Kraft, Todd G., Schapira L., et al., *The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, Plos one, 2014.
4. Ramachandran V.S, Rogers- Ramachandran D., *Syn-aesthesia in phantom limbs induced with mirrors*, B. and P. Laboratory, 1996.
5. Rizzolatti G., Fadiga L., Fogassi L., Gallese V., Pellegrino G., *Understanding motor events: a neurophysiological study*, Exp. Brain Res, 1992.
6. Stins J.F, Beek P.J. Swart K. *Cortical changes in CPRS*, European J. of Pain, 2008.



TECARTERAPIA

ATRmed SMART

Innovativa Trasportabile
Pratica Tecnologica Unica
con piastra dinamica

Utilizzata da:








MEDICALTOOLS

Tecnologia per il benessere

TEL. 0805341358 - info@medicaltools.it

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

WWW.MEDICALTOOLS.IT

PREMIO MIGLIOR TESI - 3° CLASSIFICATO

ABSTRACT

MIOSITE NECROTIZZANTE AUTOIMMUNE: DALLA DIAGNOSI ALLA RIABILITAZIONE

Dott.ssa Angela Ceglie, Laureata FT



Introduzione

Il presente lavoro punta sulla riabilitazione quale elemento di forza nel piano di trattamento di una paziente affetta da miosite necrotizzante autoimmune.

L'attenzione si focalizzerà su come l'intervento riabilitativo fisioterapico, attuato in maniera precoce e realizzato "su misura" della paziente, abbia contribuito a recuperare (almeno in parte) alcune funzioni che sembravano ormai definitivamente perse e a migliorare la qualità di vita della paziente.

Materiali e metodi

Il trattamento riabilitativo si è basato inizialmente sull'allineamento posturale a letto e sulla mobilizzazione passiva degli arti superiori e inferiori. In particolare, si è insistito sulla mobilizzazione delle mani, tendenti ad un atteggiamento di flessione del polso, lieve rigidità in semiflessione delle interfalangee distali e ridotta opposizione del primo dito.

Sin dall'inizio si è dato molto valore anche alla riabilitazione respiratoria: la paziente infatti è stata avviata allo svezzamento dal ventilatore meccanico mediante l'utilizzo di un erogatore di ossigeno. Per migliorare la clearance delle vie aeree sono state utilizzate tecniche di mobilizzazione e drenaggio delle secrezioni bronchiali accompagnate da frequenti broncoaspirazioni. Molto utile è stato il ricorso al "Free Aspire", un dispositivo che permette il drenaggio delle secrezioni e ne facilita la risalita verso le vie aeree superiori.

Oltre alla mobilizzazione semplice, si è iniziato a strutturare azioni motorie più complesse addestrando la paziente ai cambi di decubito,

insegnandole le strategie per poter cambiare posizione a letto sfruttando al meglio la forza residua, lo slancio e la coordinazione.

Parallelamente alla mobilizzazione, si è iniziato ad avviare la paziente alla verticalizzazione utilizzando lo standing. Dall'osservazione della postura sono emerse due problematiche: la presenza di recurvatum delle ginocchia nella fase di carico e l'equinismo bilaterale dei piedi. La soluzione adottata è stata l'utilizzo di un tutore AFO.

Il passo successivo del percorso riabilitativo è stato il passaggio letto-carrozzina: in un primo momento si è utilizzato come ausilio l'assetto di scivolamento, che permette alla persona di scivolare dal piano del letto (mantenuto leggermente più alto) a quello della sedia, e viceversa, aiutandosi con gli arti superiori per cercare dei punti strategici di appoggio. Successivamente, il passaggio è avvenuto raggiungendo la posizione eretta dal letto, con l'aiuto del terapeuta.

In palestra il trattamento si è avvalso dell'utilizzo di "Ergo-Fes", cyclette dotata di pedalata assistita che permette il movimento passivo degli arti inferiori, con lo scopo di promuovere il riadattamento allo sforzo e la ripresa delle attività fisiche. Altri esercizi, eseguiti su lettino Bobath, hanno compreso: mobilizzazione passiva e attiva-assistita dei quattro arti (associata a esercizi respiratori), schemi motori Kabat, stretching muscolare. Per cercare di migliorare il deficit di forza a livello delle braccia si è puntato sul rinforzo muscolare. Nel frattempo, si è continuato con la mobilizzazione delle mani e con l'addestramento alle prassie e alla manualità: un esercizio molto interessante è stato quello di maneggiare la "therapeutic sand" (sabbia sottoposta a speciale trattamento che la rende manipolabile, morbida e mai appiccicosa), di tenerla tra le mani, di realizzare delle forme geometriche semplici.

Una volta acquisita una certa stabilità nel mantenimento della stazione eretta, la paziente si è sentita pronta a muovere i primi passi utilizzando un deambulatore con sostegni ascellari. Con il passare dei giorni, la paziente ha acquisito sempre più dimestichezza nell'utilizzo del deambulatore, tanto da riuscire a gestirlo in maniera autonoma (con la sola assistenza nello stabilizzare la presa delle mani).

Gli esercizi di rinforzo muscolare per gli arti superiori hanno ben presto sortito i loro effetti, perciò si è passato dal deambulatore con appoggi ascellari a quello privo di sostegni.

In palestra sono stati proposti vari esercizi con il pallone Bobath sia per gli arti inferiori che per gli arti superiori e le spalle. Gli esercizi con il pallone hanno anche permesso di lavorare sul tronco e sul bacino, cercando di migliorarne la stabilità e l'equilibrio per consentire una deambulazione più sicura e valida. Il lavoro sul tronco e sugli arti superiori ha avuto come obiettivo quello di rafforzare la muscolatura di questi distretti per permettere alla paziente di essere quanto più autonoma possibile nei trasferimenti e soprattutto nel passaggio dalla posizione seduta alla stazione eretta.

L'alzarsi dal letto o dalla sedia è stata una grande conquista per lei e ciò è stato possibile grazie a un vero e proprio addestramento basato sulla ricerca di nuove strategie e schemi motori che le facilitassero il raggiungimento dell'ortostatismo. Dopo vari tentativi, la strategia adottata è stata questa: la paziente si porta al bordo del letto o della sedia, punta i piedi a terra, due terapeuti le si pongono a fianco bloccandole il piede e il ginocchio, con una mano afferrano la sua mano e con l'altra la sostengono dal cavo ascellare, la paziente si dà lo slancio e i terapeuti la aiutano a tirarsi su mantenendo le sue ginocchia estese.

Questa tecnica (denominata "tecnica dello slancio"), all'inizio molto faticosa per lei, con il passare dei giorni e con l'allenamento quotidiano è diventata sempre più agevole e fluida e la paziente ha imparato a mettersi in piedi senza troppo sforzo e ricorrendo sempre meno all'aiuto dei terapeuti. Si è cominciato da una seduta più alta, che richiede un impegno minore perché più facilmente si riesce a raggiungere

la posizione eretta, e si è continuato riducendo sempre più l'altezza della seduta, rendendo quindi il compito più difficoltoso.

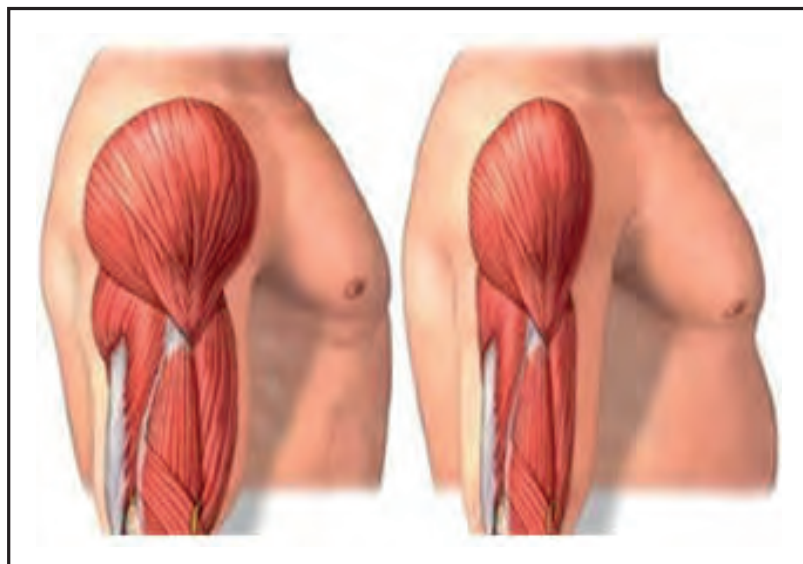
Nella fase finale del trattamento si è passato dall'utilizzo del deambulatore alla deambulazione assistita, con l'aiuto di due terapeuti posti al fianco della paziente che le offrono un appoggio con le mani:



Per il training del passo sono state utilizzate le parallele: oltre alla camminata in avanti, indietro e di lato, la paziente col tempo ha imparato a superare piccoli dislivelli (<10cm), ad affrontare piccoli ostacoli lungo il percorso, a mantenere l'equilibrio sulla pedana propriocettiva, sempre assistita dai terapeuti.

Risultati

Con l'esercizio terapeutico, si è ottenuto un discreto recupero della forza muscolare (soprattutto a livello dei distretti prossimali degli arti) e un lieve miglioramento del trofismo muscolare. La paziente è in grado di partecipare attivamente



al 70% dei trasferimenti e di deambulare con un'assistenza progressivamente contenuta (ma comunque sempre sotto supervisione), avendo recuperato anche una buona parte della stabilità del tronco.

Conclusioni

Considerando che all'arrivo nel nostro reparto la paziente era fortemente decondizionata in tutti gli ambiti, compreso il livello cardiocircolatorio, solo un programma riabilitativo accuratamente personalizzato ed attento ai minimi segni di affaticamento poteva permettere un recupero congruo, equilibrato, armonioso, dolcemente progressivo, stabile e soprattutto non nocivo.

Le tecniche utilizzate sono state molteplici, come molteplici erano le disabilità, pertanto è stato necessario sviluppare un ventaglio terapeutico molto articolato e variegato per intervenire, giorno dopo giorno, su tutti i fronti.

Il percorso riabilitativo intrapreso è stato lungo e intenso, più volte interrotto (soprattutto nei primi mesi) a causa di sopravvenute complicanze o episodi di malessere generale che hanno coinvolto la paziente. Tuttavia, è stato un cammino in ascesa, che ha fatto della gradualità e della costanza del lavoro i suoi punti di forza, nel raggiungimento degli obiettivi prefissati.

I risultati ottenuti hanno confermato la validità del trattamento proposto, che ha visto le varie figure professionali (equipe medica, personale

infermieristico, fisioterapisti, logopedisti) lavorare insieme in maniera sinergica, nel rispetto delle specifiche sfere di competenza professionale, per assicurare alla paziente le cure e l'assistenza di cui necessitava. Ma la paziente stessa è stata parte attiva di questo lavoro "di squadra", dimostrandosi sempre più compliant ai vari trattamenti e partecipando con convinzione e determinazione crescente alle attività e agli esercizi proposti.

BIBLIOGRAFIA

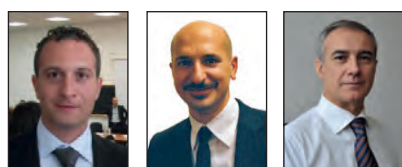
- ANASTASI G.: *Trattato di anatomia umana*, vol. 1, quarta edizione. Milano, Edi.Ermes, 2006.
- CATTANEO L.: *Anatomia del sistema nervoso centrale e periferico dell'uomo*, seconda edizione. Milano, Monduzzi editore, 2002.
- COLLINS ROBERT C.: *Neurologia*. Edizione italiana a cura di Giuseppe Amadio Amabile. Napoli, Edises, 1999.
- DALAKAS MARINOS C.: "Inflammatory Muscle Diseases". In *The new England Journal of Medicine*, 30 aprile 2015. Massachusetts Medical Society.
- GHIRARDELLO A., ZAMPIERI S., IACCARINO L., TARRICONE E., TONELLO M., BENDO R., RONDINONE R., COZZI F., DORIA A.: "Gli anticorpi miosite specifici e miosite associati nelle miopatie infiammatorie idiopatiche: studio sierologico di 46 pazienti". Lavoro presentato al XL Congresso SIR, Udine 2003.
- GUADAGNINO M.: "Le miopatie infiammatorie: la diagnosi differenziale tra clinica e laboratorio". Convegno regionale SIN SINC Campania. Napoli, 12 settembre 2015.
- HILTON-JONES D.: "Diagnosis and treatment of inflammatory muscle diseases". In *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, n°74, 2003.
- MEGNA G., DE MARCO M.: *Fondamenti e tecniche per il recupero motorio*. Napoli, Edises, 1997.
- MEGNA G.: *Manuale di riabilitazione*. Ferrara, EDITE-AM, 1993.
- MUTANI R., LOPIANO L., DURELLI L., MAURO A., CHIÒ A.: *Il Bergamini di neurologia*. Torino, Edizioni Libreria Cortina, 2012.
- SILVERTHORN DEE U.: *Fisiologia umana. un approccio integrato*, sesta edizione. Milano, Pearson Italia, 2013.
- VALOBRA G.N.: *Trattato di Medicina Fisica e Riabilitazione*. Torino, UTET, 1993.





MAL DI SCHIENA E PLICHE MENISCOIDI LA REALE CORRELAZIONE?

Dott. Ft. L. Fiorentino, Dott. Ft. F. Maselli, Dott. Ft. M. Testa



Il mal di schiena (low back pain - LBP) è il disturbo osteoarticolare più frequente,

rappresentando, dopo il raffreddore, la più comune affezione dell'uomo¹. È talmente diffuso da essere stato definito, nel secolo appena concluso, il "male del secolo"². Le statistiche affermano che l'80% della popolazione è destinata ad un certo punto della vita a presentare una lombalgia³. La Lombalgia può essere classificata in diversi modi: riguardo al fattore temporale si divide in acuta, subacuta, ricorrente e cronica, rispetto a quella eziologica, ovvero causale del mal di schiena, si divide in specifica e aspecifica. Specifica, in una minoranza di casi, circa il 15%, quando è causato da un disturbo e/o patologia specifica (es: cancro, frattura, infezione spinale, ecc.). Nell'85% dei casi il quadro clinico è molto variabile, la scarsa correlazione tra sintomi, patologia e immagini radiologiche, rende difficile risalire alla causa scatenante, o ad una specifica struttura anatomica, e pertanto si parla di lombalgia aspecifica¹.

Per questo, numerose sono le strutture del rachide che possono essere implicate nel determinarne il dolore: legamenti, periostio, muscoli e fasce, vasi sanguigni, dischi intervertebrali, radici nervose spinali, faccette articolari e pli-

che meniscoidi².

Quindi fra le varie possibili cause del dolore nella lombalgia aspecifica potrebbero esserci anche le pliche meniscoidi che Webb^{4,5}, in una recente revisione ha dichiarato essere formate da pieghe della membrana sinoviale che si estendono nella cavità articolare.

Nonostante le pliche sinoviali della colonna vertebrale siano state descritte per la prima volta nel 1855 da Henle^{4,6}, si evince dall'analisi della letteratura la ridotta quantità di studi di buon qualità inerenti l'argomento oggetto di analisi, infatti una gran quantità di studi sono stati utilizzati per analizzare terminologia (vedi Tabella 1), distribuzione, localizzazione e forma delle pliche meniscoidi nelle articolazioni intervertebrali dell'intera colonna, evidenziando appunto un'elevata eterogeneità. Strutture simili sono state individuate anche in altre articolazioni sinoviali del corpo: nelle articolazioni metacarpo-falangee e interfalangee delle mani e dei piedi, articolazioni temporo-mandibolare, acromio-clavicolare, sterno-clavicolare, articolazioni femoro-tibiale e radio-carpica⁷.

Nonostante i diversi autori presentino però descrizioni discordanti, i componenti istologici sono sempre gli stessi: ogni plica contiene una proporzione variabile di tessuto connettivo, tessuto adiposo, vasi sanguigni, e sinovia.

Engel e Bogduk⁷, infatti, sulla base della composizione istologica e disposizione all'interno dell'articolazione zigoapofisaria, in uno studio su 15 colonne lombari adulte e 3 colonne lombari di embrioni hanno identificato tre tipi di strutture intra-articolari, ognuna costituita da tessuto adiposo ricco di vasi sanguigni alla base e rivestita da un cappuccio fibroso. Sia la base che il cappuccio si continuavano con la

capsula articolare. Il cuscinetto adiposo era papilliforme, di varia dimensione, con ampia base attaccata perifericamente alla capsula dell'articolazione, costituito da tessuto connettivo libero, vasi sanguigni e un core di tessuto adiposo circondato da lamelle di collagene; nel corpo centrale della plica meniscoide persisteva tessuto adiposo ma diminuivano i vasi sanguigni e il tessuto connettivo interno, mentre aumentava di spessore il tessuto connettivo che copriva la struttura. Il tessuto adiposo mancava nella porzione apicale della plica, che era costituita invece interamente da tessuto connettivo.

Nello stadio condrale dello sviluppo, la cavità dell'articolazione zigoapofisaria lombare è riempita da mesenchima. Durante la fase dello sviluppo della cavità articolare, raramente la placca centrale può persistere, più comunemente la parte centrale della placca scompare lasciando un labbro circolare all'interno della cavità. L'estensione della regressione determina la dimensione della struttura intra-articolare che si svilupperà dal mesenchima originario. Il mesenchima restante si differenzia in grasso, nel tessuto fibroso e sinoviale e, a seconda della estensione della differenziazione, possono nascere le strutture intra-articolari delle diverse composizioni istologiche. Lo sviluppo di uno o più strutture in una data articolazione dipende da quanto mesenchima primitivo sia persistito come substrato all'interno dell'articolazione, e la variabilità della forma e nella composizione delle strutture intra-articolari viste negli adulti sono il risultato di differenti gradi di differenziazione di questo mesenchima⁷.

Quindi le pliche possono essere classificate sulla base della loro struttura istologica come "sinoviali", "grasse" e "fibrose". Le pliche meniscoidi presenti nel tratto cervicale sono di tipo "sinoviale", meno frequentemente di tipo "grasso". Nel tratto toracico sono poco sviluppate quelle "sinoviali", mentre nel tratto lombare sono presenti pliche meniscoidi di maggiori dimensioni, appartenenti a tutte le tipologie. La presenza delle varie tipologie varia a seconda delle caratteristiche inter-individuali, in alcune colonne vertebrali infatti risultano maggiormente sviluppate quelle di tipo "grasso", in altre quelle di tipo "sinoviale". I soggetti giovani mostrano una predominanza di pliche sinoviali caratterizzate da una superficie liscia che si inar-

ca in prossimità della cavità articolare, mentre nei soggetti anziani le pliche meniscoidi si presentano ruvide, con una struttura in alcuni casi fibrosa, e un bordo logorato. Le colonne vertebrali che presentano alterazioni degenerative a livello articolare, mostrano un gran numero di pliche meniscoidi⁸.

Anche altri studi di anatomia morfologica macroscopica hanno classificato e raggruppato le pliche meniscoidi in tre categorie: le pliche meniscoidi di tipo 1 erano le più frequenti, lunghe mediamente 3,1 mm, sottili, fibrose, con pieghe traslucide originate dalla capsula della faccetta ed estese nello spazio articolare; sono costituite da una base, un corpo e un apice che si estende: la base conteneva tessuto connettivo e adipe, con numerosi vasi. La parte finale dell'apice spesso appariva logorata.

Le pliche meniscoidi di tipo 2 presentavano cuscinetti di grasso, pieghe morbide costituite da tessuto connettivo libero e tessuto adiposo, con diversi vasi, localizzate nella cavità, ma non estese. Le pliche meniscoidi di tipo 3 erano localizzate nello spessore della capsula, con uno spessore massimo di 2 mm; queste non raggiungevano lo spazio della faccetta all'interno dell'area cartilaginea, ma erano esterne alla cavità. Le pliche di tipo 1 venivano rintracciate più frequentemente nella parte toracica più bassa e più alta. A seconda del livello segmentale, le pieghe più lunghe si trovavano nel tratto toracico più basso; le pieghe medie nel tratto toracico più alto, ed infine le pieghe più corte nel tratto toracico centrale⁹. Il ritrovamento di vene ectosiche dilatate e la presenza di emorragie croniche intra-articolari unitamente a lesioni cartilaginee, farebbero supporre all'eziopatogenesi dell'artrite.

La forma, la localizzazione e la loro presenza in tutte le articolazioni, dimostra in maniera definitiva il ruolo che esse hanno all'interno della colonna vertebrale. La loro funzione probabilmente è quella di compensare l'incongruenza della superficie articolare, riempire gli spazi vuoti e facilitare la trasmissione del fluido sinoviale durante i movimenti^{8,9}. Potrebbe essere che siano coinvolte nella protezione, nella lubrificazione o nella sublussazione dei processi articolari durante la flessione o l'estensione⁷.

Le pliche meniscoidi, in particolar modo quel-

le con apici di tipo “fibroso” possono introdursi all’interno della superficie articolare deformandola in conseguenza di un movimento improvviso e brusco, *teoria dell'intrappolamento*, o possono incastrarsi tra l'estremità della superficie articolare e la capsula articolare, *teoria dell'estrappolamento*, causando di conseguenza dolore ed ipomobilità articolare accompagnati da spasmi muscolari riflessi⁸.

Secondo quest'ultima teoria, dopo una estensione da una posizione flessa, il processo articolare inferiore della vertebra superiore scivolerebbe in basso verso la sua posizione neutra e, la plica meniscoide superiore impatterebbe contro la superficie articolare opposta, venendo deviata nello spazio sotto-capsulare adiacente, con conseguente dolore in qualsiasi movimento provocasse distensione capsulare (torsione ed estensione)¹⁰, teoria menzionata da Bogduk e Jull^{10,11}. Mentre si ipotizza che l'intrappolamento delle pliche meniscoidi innervate potrebbe essere connesso a un “*blocco articolare acuto*”⁹ (secondo Schulte, una disfunzione biomeccanica della faccetta), confermato dal fatto che tutte le articolazioni afflitte da questa condizione sarebbero dotate di queste strutture⁴. Questa teoria potrebbe fornire una giustificazione razionale all'utilizzo della terapia manipolativa e spiegare alcuni dei risultati clinici che si ottengono⁹.

L'intrappolamento articolare sinoviale è stato usato per spiegare la fisiopatologia del torcicollo e il sollievo dal dolore e dalla disabilità a seguito di manipolazione: le forze di trazione generate durante la manovra manipolativa provocherebbero il rilascio di una piega sinoviale intrappolata tra le superfici articolari. La tendenza dell'evidenza conferma come allo stato non vi è però certezza scientifica sulla teoria dell'intrappolamento e dell'estrappolamento, in contrasto con l'alta incidenza di “blocchi acuti” alla schiena, che suggerisce ulteriori approfondimenti in merito.

Studi che utilizzano specimen cadaverici spesso ottenuti da una popolazione anziana ci impongono cautela nel generalizzare i risultati, molto probabilmente il progresso di tecniche di imaging potrebbero in futuro rendere possibile l'identificazione delle pliche meniscoidi “in vivo” e correlare il reperto patoanatomico al dato clinico.

Tab. 1 - Termini più frequentemente utilizzati in letteratura

folds, meniscoids, intra-articularfold, intra-articularmeniscoids, intra-articularstructures, meniscoidfolds, synovialfolds, menisci, fibro-adipose meniscoid, meniscoidstructures, synovio-adipose “meniscoids”, meniscus, IASFs - Small Intra ArticularSynovialFolds, fibro-adipose synovialfolds, intra-articular inclusions, mobile meniscoids, synovialmeniscoids, mobile, articularvullus, synovialvullus, interarticularmeniscus, synovialfringes, intra-articularsynovialfolds, meniscoidinclusions, joint inclusions

Bibliografia

1. Govannoni S, Minozzi S, Negrini S. Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti col mal di schiena. Pacini editore, Italia, 2006.
2. Benedetto T- Back School – Neck School – Bone School. Edi Ermessrl. Milano, 2003.
3. Burton AK et al. European guidelines for prevention in low back pain. 11/2004.
4. Murphy DJ. The Acute Locked Neck Synovial Fold Entrapment Syndrome. The Chiropractic Impact Report. March 2011.
5. Webb AL, Collins P, Rassoulia H, Mitchell BS; Synovialfolds – A pain in the neck?; Manual Therapy; April 2011; Vol. 16; No. 2; pp. 118-124.
6. Struwe P. IntraartikuläreStrukturenthorakalerZygapophysealgelenke. AusdemUniversitätsklinikum-Münster. InstitutfürAnatomieGeschäftsführenderDirektor: Univ.-Prof. Dr. med. R. Hildebrand. 2007.
7. Engel R, Bogduk N. The menisci of the lumbar zygapophysial joints. J Anat. 1982 December; 135(Pt 4): 795–809.
8. KosJ, Hert J, Sevcik P. Meniscoids of the intervertebral joints. ActaChirOrthopTraumatolChec. 2002; 69 (3): 149-57.
9. Schulte L, Filler J, Struwe P, Liem D, Bullmann V. Intra-Articular Meniscoid Folds in Thoracic Zygapophysial Joints. Spine:15 March 2010 - Volume 35 - Issue 6 - pp E191-E197.
10. Exelby L. The locked lumbar facet joint: intervention using mobilizations with movement. Manual Therapy, 2001.
11. Horton SJ. Acute locked thoracic spine: treatment with a modified SNAG. Manual Therapy, 2002 – 7(2), 103-107.

¹ Ft BSc, OMPT, Istituto Geriatrico “Piero Redaelli”, A.S.P. “Golgi-Redaelli”, Milano

² Ft BSc, MSc, OMPT, PhDStudent DINOEMI, Università degli Studi di Genova - Campus di Savona

³ Ft BSc, MSc, Ricercatore SSD Med48 DINOEMI, Coordinatore Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici, Università degli Studi di Genova - Campus di Savona

RIABILITAZIONE, OBIETTIVO PER SCLERODERMIA: L'ACROOSTEOLISI

Dott.ssa FT Simona Lazzari, Presidente GIS Reumatologia

Traduzione: Lauren Tarsi and Marie B. Corkery, PT, DPT, MHS, FAAOMPT. The Rheumatologist, Maggio 15, 2015



La sclerodermia è una malattia reumatica autoimmune che colpisce la cute e può influire sugli altri organi. Nella mano a causa di un eccesso di formazione di tessuto cicatriziale, diminuzione del flusso circolatorio con conseguente ipossia, può causare la sclerodattilia. L'incidenza di sclerodermia negli Stati Uniti è di 50-300 su 1 milione, colpisce principalmente le donne dai 30-50 anni. Esistono due tipi principali di sclerodermia: la forma localizzata e sistemica.

La forma di sclerodermia localizzata è una forma più mite della malattia, normalmente predilige come organo bersaglio la pelle e meno comunemente, i muscoli, articolazioni e ossa. La cute "serra" di solito le mani e il volto e la pelle appare spesso lucida. La sclerosi sistemica è una forma più grave e progressiva della malattia e può influenzare tutti gli organi interni, causando gravi complicazioni fino a mettere in pericolo la vita del paziente. Non esiste attualmente una cura definitiva per la sclerodermia; tuttavia, molti pazienti traggono beneficio dalla fisioterapia e dalla terapia occupazionale per affrontare le disabilità associate alla malattia. L'acroosteolisi (fig 1) si ritrova nel 20-25% dei pazienti con sclerosi sistemica, è un processo



Fig 1. Acroosteolisi della mano di una paziente con sclerodermia. Immagine di Lauren Tarsi

litico delle falangi che causa l'accorciamento e la distruzione dell'osso. All'esame radiografico la falange distale prende la forma di una piccola piramide appiattita.

Le ulcere sulle dita di mani e piedi sono un problema evidenziato in più della metà dei pazienti con sclerodermia. Queste ulcere si sviluppano a causa di ripetuti microtraumi dovuto all'uso delle mani, alla sottostante calcinosi e al ridotto flusso sanguigno. La situazione ulcerosa deve essere gestita immediatamente. Fondamentale è educare il paziente a riconoscere la lesione all'esordio, il più a lungo continua l'ischemia, maggiore è il rischio che l'ulcera non guarisca, cronicizzandosi.





Fig 2. a) Adattatore per la chiave, b) Impugnatura adattata per facilitare la scrittura. Immagini di acr image bank

L'obiettivo primario per i pazienti con sclerodermia è quello di mantenere i ROM dei segmenti che a causa del progressivo indurimento della cute potrebbero essere persi in maniera permanente, influisce sulla routine quotidiana, limitando anche la vita lavorativa. La terapia occupazionale e fisioterapia svolgono un ruolo vitale nella riabilitazione, aiutando a prevenire le contratture e perdita della funzionalità (fig 2), mantenendo la qualità della vita quanto più vicina alla norma.

Dap'prima è importante ripristinare il flusso di sangue alle estremità aumentando la circolazione distale con impacchi caldi (facendo attenzione alla perdita di sensibilità del paziente e al rischio di ustione) prima di avviare il programma di esercizi.

La terapia si concentra poi sulla mobilizzazione passiva, allo stretching del polso, mano, dita, braccio e spalla, in seguito si associa un programma domiciliare. Per prevenire contratture e conseguente perdita dei ROM sono stati studiati appositi splint (fig 3) che se indossati durante il giorno coadiuvano l'attività quotidiana,

di notte stabilizzano una posizione di riposo e scarico articolare.



Fig3. Splint

Oltre ai ROM è fondamentale il mantenimento della forza muscolare. Un dinamometro può essere utilizzato per valutare la forza di presa di un paziente e ottenere un confronto tra i segmenti. Questo può essere usato come base per monitorare il progresso di rinforzo nel corso di un programma di terapia. La forza di presa è una misura funzionale che le persone usano nel quotidiano, integrando così il programma terapeutico con alcuni esercizi: la "spremitura" di sacchetti di riso o altro materiale.

Quanto sono efficaci i programmi di riabilitazione? Uno studio ha confrontato l'efficacia del massaggio del tessuto connettivo due volte alla settimana associato alla tecnica McMennell per nove settimane, rispetto a un programma di esercizi domiciliari. Le manipolazioni McMennell applicate al polso, metacarpofalangee e interfalangee aiutano a ripristinare il normale movimento articolare in tutte le direzioni, risultano essere efficaci.



Fig 4. Tastiera adattata. Applicazione di splints per facilitare l'uso della tastiera. Immagine di Lauren Tarsi

In un altro studio, i ricercatori hanno esaminato 27 persone con sclerodermia per valutare le limitazioni in ambiente lavorativo. I due principali reclami sono stati:

il lavoro alla tastiera (88% degli intervistati) e disagio con il tipo di sedia utilizzato (85% degli intervistati). A causa della mobilità limitata e perdita della destrezza delle mani, il digitare sulla tastiera costituisce un problema, inoltre la rigidità

e il gonfiore delle mani rendono difficoltosa la precisione nella scelta del tasto. Esistono tastiere adattate ergonomiche, (fig 4) raccomandate per facilitare il gesto funzionale, ma solo alcuni pazienti hanno segnalato una leggera efficacia.

Caso studio. Donna 46 anni, nel 2005 si rivolge al medico di base in seguito ad irrigidimento della mano destra, successivamente viene presa in carico da un reumatologo, che diagnostica la sclerodermia basandosi sui dati clinici e sierologia.

Inviata dal fisioterapista i suoi principali reclami sono stati: rigidità delle mani, del polso, braccia, collo e spalle che interferiscono con le attività quotidiane, come ad esempio lavarsi capelli e raggiungere la parte posteriore della testa. Con la fisioterapia si è riacquistata la mobilità, affidando quindi alla paziente un programma di

esercizi domiciliari. Tuttavia nei mesi più freddi ove aumentava la rigidità, il trattamento riabilitativo è stato spesso ripetuto. Nel marzo 2014 è stato registrato un ispessimento bilaterale del tessuto delle mani. All'RX è stata evidenziata un'osteolisi. Non esistendo nessuna terapia per questa condizione, alla paziente è stata prescritta fisioterapia e terapia occupazionale per affrontare il suo deficit funzionale. Attualmente, la sua limitazione maggiore è data dalla presenza di ulcere bilaterali sulle mani, trattate con sulfadiazina di argento. Generalmente così trattata l'ulcera guarisce in circa una settimana. Tutto ciò ha causato però una limitazione funzionale. Al fine di mantenere al meglio la mobilità sono state utilizzate attrezzature come il powerweb per lo stretching e la flexbar per esercitare la resistenza. Inoltre la paziente indossa splint notturni per la prevenzione di contratture, risultanti essere scomodi, data la loro rigidità, durante i movimenti giornalieri.

In conclusione La riabilitazione fisioterapica non può guarire la sclerodermia, ma aiuta a mantenere e migliorare la funzionalità originaria delle mani. Un programma regolare di esercizi, stretching e rinforzo muscolare aiuta a ritardare, talvolta prevenire, lo sviluppo di contratture, limitanti la funzionalità articolare e la funzionalità del paziente. Data la grande variabilità della sintomatologia, gli esiti che essa comporta, le esigenze personali del paziente, si conferma la necessità di avere un programma fisioterapico estremamente personalizzato al fine di massimizzare i risultati.



www.orthogea.com



ORTHOGEA®
OFFICINE ORTOPEDICHE
VERGATI

**All'avanguardia della
tecnica ortopedica**

LECCE
Info 0832.261178

BRINDISI
Info 0831.525538

OSTUNI
Info 0831.339077

**nuova filiale
MONOPOLI**
Info 080.9683578






PILLOLE DI LETTERATURA

Dott. FT Denis Pennella^a, Dott.ssa FT Rosanna Tardocchi^b



La spalla congelata è una condizione clinica poco compresa, che in genere comporta dolore importante, limitazione del movimento e impairment funzionali; e anche se la funzione migliora, un range di movimento completo e fuori dal dolore non può essere recuperato in tutti i pazienti[1], sebbene intraprendere una adeguata fisioterapia riduca il tempo di risoluzione, mediamente di 30 mesi.

La ragione istopatologica può bastare a giustificare la presentazione clinica così complessa ma soprattutto la sua prognosi così imprevedibile e la frustrazione di ogni fisioterapista o medico che ha a che fare con questa forma di disturbo muscolo-scheletrico; senza contare le grandi difficoltà con le quali il paziente è costretto a convivere per un lungo periodo, che può durare fino a 4 anni.

La caratteristica principale della frozen shoulder è, infatti, la formazione di sinoviti multiregionali del complesso articolare gleno-omeroale, accompagnata da fenomeni di vascolarizzazione focale e angiogenesi sinoviale, accompagnata da neoformazione di tessuto nervoso nel complesso capsulo legamentoso, che potrebbe spiegare l'aumento delle risposte nocicettive a partire dalla nascita di nuovi nervi vascolari; a ciò fa seguito una fase di fibrosi, generalmente a carico della parte antero-superiore della capsula articolare, nella fattispecie denominata "intervallo dei rotatori" e compresa, più precisamente, tra la parte inferiore del tendine di inserzione del sovraspinato e la parte superiore del tendine di inserzione del muscolo sottoscapolare [2].

La diagnosi di frozen shoulder, altresì denominata capsulite adesiva, è puramente clinica [1] e generalmente, come da criteri d'inclusione di numerosi studi sull'argomento, dovrebbe essere caratterizzata da una riduzione del movimento di almeno il 25% su due piani oppure del 50% della rotazione esterna rispetto al braccio controllato o ancora una rotazione esterna minore di 30° [2].



Ciò che ne deriva direttamente è una condizione di dolore di tipo infiammatorio, sostenuto da un processo di tipo irritativo, cui farà seguito una rigidità tissutale di lunga durata.

Di fatto, coesistono tutte le peculiarità di una partita a scacchi perfetta per il fisioterapista che abbia una specializzazione in terapia manuale: dolore acuto e cronico, rigidità strutturali e impairment funzionali.

Eppure, a oggi, il trattamento della frozen shoulder non è ancora ben definito e, in particolare, la terapia manuale non riesce a godere di abbastanza letteratura scientifica a supporto del suo impiego; anche se resta, con bassa o moderata evidenza, una strategia di approccio forse indispensabile nella gestione di questo disturbo. A tal proposito, abbiamo selezionato 3 lavori, che a nostro avviso possono aiutare il clinico nella sua pratica quotidiana, attraverso una profonda riflessione su:

- 1) cosa sappiamo della frozen shoulder ad oggi, da un punto di vista della gestione clinica;
- 2) cosa considerare nel trattamento della frozen shoulder, abbandonando o meno il paradigma "no pain no gain";
- 3) come rispondono i tessuti lesi e non allo stress fisico, valore estremamente com-

^aFt, OMPT, Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Studi Professionali a Bari e Taranto

^bFt, OMPT, Responsabile Tutor Clinico Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Studio Professionale a Bari

plesso e con il quale i clinici si confrontano ogni giorno.

J Orthop Sports Phys Ther. 2013

May;43(5):A1-31. doi: 10.2519/

jospt.2013.0302. Epub 2013 Apr 30.

Shoulder pain and mobility deficits: adhesive capsulitis.

Kelley MJ, Shaffer MA, Kuhn JE, Michener LA, Seitz AL, Uhl TL, Godges JJ, McClure PW.

La sezione ortopedica dell'APTA (American Physical Therapy Association) ha redatto, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili in merito all'argomento, linee guida di pratica clinica utili alla gestione ottimale della frozen shoulder, con un accenno fondamentale e caratteristico rispetto alla classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health), della WHO (World Health Organization). La nota interessante del lavoro consiste soprattutto nella raccomandazione a utilizzare le componenti di valutazione e di intervento descritte per diagnosticare i livelli di irritabilità dei tessuti, e, conseguentemente, intraprendere e pianificare strategie di intervento opportune.

Ricordiamo che per irritabilità si intende la capacità del tessuto di gestire lo stress fisico, presumibilmente correlata allo stato clinico ed all'attività infiammatoria presente.

J Shoulder Elbow Surg. 2004 Sep-Oct;13(5):499-502.

Gentle thawing of the frozen shoulder: a prospective study of supervised neglect versus intensive physical therapy in seventy-seven patients with frozen shoulder syndrome followed up for two years.

Diercks RL, Stevens M.

Settantasette pazienti con spalla congelata idiopatica sono stati inclusi nello studio per confrontare l'effetto del trattamento ad alta intensità di fisioterapia, (mobilizzazione manuale stretching passivo sopra la soglia di percezione del dolore del paziente), rispetto a trattamento a bassa intensità ovvero sempre sotto soglia di tolleranza del dolore del paziente. Non ci sono state differenze significative di età, sesso, tempo trascorso dalla comparsa della patologia e gravità della stessa.

Tutti i pazienti sono stati seguiti per 24 mesi dall'inizio del trattamento. Nei pazienti del

gruppo bassa intensità, l'89% ha ottenuto una restituzione della funzione normale o quasi normale della spalla dolorosa al termine del periodo di osservazione. Questo risultato finale è stato raggiunto dal 64% in 12 mesi. Invece, del gruppo che ha ricevuto trattamento di fisioterapia ad alta intensità, solo il 63% ha raggiunto una capacità funzionale normale e solo dopo 24 mesi. In termini di tempo di recupero funzionale e qualità del recupero, sembra che la fisioterapia a bassa intensità, sotto la soglia di percezione del dolore, sia migliore della fisioterapia ad alta intensità, ovvero sopra la soglia del dolore.

Questo studio apre una visione differente della terapia manuale nel contesto del trattamento della frozen shoulder, focalizzando l'attenzione su 3 punti:

1. non esiste intensità di trattamento che sia applicabile a tutti i pazienti, sebbene condividano stesse caratteristiche sintomatologiche e temporali della patologia;
2. il paradigma "no pain, no gain", tipicamente adottato soprattutto nelle fasi di recupero dell'articolazione in questi pazienti, dovrebbe essere abbandonato completamente;
3. sono necessari più studi nel futuro che indaghino l'efficacia della terapia manuale tenendo conto del livello di irritabilità e della capacità di adattamento dei tessuti lesi.

Phys Ther. 2002 Apr;82(4):383-403.

Tissue adaptation to physical stress: a proposed "Physical Stress Theory" to guide physical therapist practice, education, and research.

Mueller MJ, Maluf KS.

Lo scopo di questo lavoro è di presentare la teoria stress fisico (PST – physical stress theory). La premessa di base del PST è che i cambiamenti del livello di stress fisico su tutti i tessuti biologici causano una risposta prevedibile e adattativa; specifiche soglie ne definiscono i livelli inferiori e superiori. Quindi, ogni livello di stress che supera in positivo o in negativo una determinata soglia di tolleranza del tessuto, ne determina la morte. Invece, se il livello soglia è conservato, l'effetto sarà il mantenimento della capacità di carico funzionale specifica.

Infine, un aumento specifico dello stress fisico impartito al tessuto biologico può determinare un incremento della capacità di carico dello stesso, incrementando il livello soglia. Il rapporto relativo tra queste soglie è abbastanza comune tra le persone, ma i valori assoluti variano notevolmente da individuo a individuo. Questi principi fondamentali, sostenuti da una considerevole mole di letteratura scientifica, possono essere utilizzati per individuare la corretta gestione manuale dello stress fisico rispetto al livello di irritabilità di ogni paziente.

Alla luce di quanto riportato, i tre lavori scientifici evidenziano che il trattamento manuale della frozen shoulder può assumere una connotazione differente iniziando a godere di un maggior peso, seppur indirettamente e non basandosi su studi specifici metodologicamente adeguati. Ovviamente si spera, in tal senso, che la ricerca scientifica possa colmare tale lacuna, e modificare, così come sta accadendo per le altre patologie muscolo scheletriche, il paradigma di approccio, avvicinandosi ad una visione maggiormente orientata alla classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), lì dove la visione dalla prospettiva del paziente, dei suoi sintomi e della risposta dei suoi tessuti al trattamento proposto, hanno maggiore rilevanza rispetto a quella di un gruppo più o meno omogeneo di pazienti che

condividono determinate caratteristiche cliniche, ascrivibili alla frozen shoulder.

Contando sulla partecipazione attiva dei lettori e nella speranza di ricevere commenti, contributi e suggerimenti alla rivista ed alla rubrica, direttamente alla mail redazione@aifipuglia.it, ci diamo appuntamento alla prossima rivista ed al XIV Congresso Nazionale GTM - ShoulderComplex del 22-23 Ottobre 2016 a Roma, dove la patologia della spalla, compresa la frozen shoulder, godrà di ampio spazio e sarà oggetto di approfondimento rispetto alle più recenti acquisizioni in materia.

Bibliografia

1. Lewis J. Frozen shoulder contracture syndrome - Aetiology, diagnosis and management. *Man Ther.* 2015 Feb;20(1):2-9. doi: 10.1016/j.math.2014.07.006. Epub 2014 Jul 18. PubMed PMID: 25107826
2. Kelley MJ, Shaffer MA, Kuhn JE, Michener LA, Seitz AL, Uhl TL, Godges JJ, McClure PW. Shoulder pain and mobility deficits: adhesive capsulitis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2013 May;43(5):A1-31. doi: 10.2519/jospt.2013.0302. Epub 2013 Apr 30. PubMed PMID: 23636125
3. Mueller MJ, Maluf KS. Tissue adaptation to physical stress: a proposed "Physical Stress Theory" to guide physical therapist practice, education, and research. *Phys Ther.* 2002 Apr;82(4):383-403. Review. PubMed PMID: 11922854
4. Dias R, Cutts S, Massoud S. Frozen shoulder. *BMJ.* 2005 Dec 17;331(7530):1453-6. Review. PubMed PMID: 16356983; PubMed Central PMCID: PMC1315655

Filippo Maselli nuovo presidente del Gruppo di Terapia Manuale (GTM)

Nella giornata del 22 ottobre si è svolto a Roma il XIV Congresso del GTM – Gruppo di Terapia Manuale Italiano AIFI: **“New perspectives in the assessment and rehabilitation of the shoulder complex – Make the Difference”**.

Il Congresso ospitava anche l'assemblea nazionale dell'Associazione, quest'anno elettiva. Nell'occasione, è con immenso piacere che la direzione Regionale Aifi Puglia comunica che il neo eletto presidente del GTM è il collega pugliese Filippo Maselli. Nel direttivo neo eletto, inoltre, compaiono altri sei colleghi pugliesi: Fabrizio Brindisino, Fabio Cataldi e Denis Pennella, riconfermati, insieme ai nuovi eletti Domenico Angilecchia, Mattia Bisconti e Andrea Tamborrino. Riconfermati anche Michele Monti e Firas Mourad.

La direzione regionale si congratula con il nuovo direttivo, che con passione, energia e voglia di “FARE” contribuisce ogni giorno alla crescita della nostra professione.



SONO LOGOPEDISTA

Dott.ssa Valentina Minelli - Dott. Michelangelo Zanelli, FLI Puglia

*Una cara amica anni fa mi chiese una consulenza professionale:
Questa volta ho davvero bisogno di te. Ho un callo al piede”.
“In realtà non hai bisogno di me ma del podologo. Io sono logopedista.”*



Di cosa si occupa un logopedista?

Di bambini, adolescenti, adulti e anziani che per vari motivi presentano difficoltà di linguaggio, comunicazione, deglutizione e masticazione, disturbi cognitivi ed apprendimenti scolastici.

Naturalmente quando si parla di **bambini** il nostro ruolo è abilitativo, cioè andiamo ad insegnare competenze non ancora acquisite: un semplice **ritardo del linguaggio** o un vero e proprio **disturbo specifico (DSL)**; una **deglutizione atipica o infantile** che va a deformare le strutture orali (palato e arcate dentarie) dando origine a malocclusioni e alterazione dei suoni verbali; una **sordità** che andando a compromettere la percezione uditiva va a ripercuotersi sullo sviluppo del linguaggio e prevede un'importante lavoro sinergico del Logopedista con l'Otorino, l'Audiologo e l'audio-protesista per valutare le possibili vie di recupero mediante intervento logopedico o protesico e l'eventuale impianto cocleare.

La nostra professionalità viene inoltre coinvolta, sempre in un'ottica di equipe multidisciplinare, nel trattamento dei **disturbi evolutivi globali** (di natura genetica o da danno acquisito) che, tra le altre componenti (motoria, delle autonomie, emotiva, affettiva), può contemplare difficoltà cognitive, linguistiche, comunicative e spesso alimentari. Un bambino con difficoltà motorie ad esempio non riuscirà a gestire adeguatamente i cibi ed avrà bisogno di trattamento logopedico per migliorare le competenze motorie orali finalizzate alla **masticazione ed alla deglutizione**, abbinato naturalmente al trattamento fisioterapico. Se il bambino invece non riuscirà ad acquisire del tutto il linguaggio verbale o non lo svilupperà in modo chiaro ed efficace, potrebbe sviluppare comportamenti secondari



talora problematici dovuti alla frustrazione di non essere compreso: è il caso ad esempio dei **Disturbi Autistici, delle PCI o di gravi ritardi psico-motori**. In questi casi l'introduzione di modalità comunicative alternative attraverso l'uso di gesti, immagini, supporti tecnologici può migliorare la qualità della vita dei bambini e delle loro famiglie.

Talora le difficoltà linguistiche o alimentari dipendono da **malformazioni strutturali** come, ad esempio, le **labiopalatoschisi**, in tal caso il logopedista interviene in seguito all'intervento chirurgico, per ripristinare la funzionalità delle parti anatomiche: respiratoria, linguistica e nutrizionale. Per quanto concerne la **Disprassia Verbale**, le difficoltà di origine prettamente motoria, andranno comunque a ripercuotersi sull'intelligibilità linguistica e nuovamente la nostra professionalità verrà chiamata in causa in collaborazione con il neurologo, il fisioterapista e lo psicomotricista.

Anche la **Balbuzie** può insorgere in prima infanzia, qui il logopedista, talora insieme allo psicologo, coinvolge i genitori dando loro consigli e, quando necessario, interviene sul bambino: l'obiettivo in questo caso è quello di prevenire l'aggravamento della sintomatologia, fortemente sensibile alle reazioni dell'ambiente di vita. Più

impegnativo è l'intervento fatto in adolescenza o età adulta.

Abbiamo infine i **Disturbi Specifici dell'Apprendimento** (lettura, scrittura e calcolo) che si palesano nei primi anni di scuola primaria ma che spesso si sono già manifestati con una difficoltà nell'acquisizione del linguaggio al quale sono comunque correlati; per questo il logopedista diviene una figura professionale insostituibile nel percorso abilitativo del bambino-adolescente mediante training mirati che, abbinati all'uso di strumenti dispensativi (es.: fare verifiche orali e non scritte) e compensativi (es.: uso di calcolatrice, PC) attenuano le difficoltà ed il senso di inadeguatezza, consentendogli di vivere una serena esperienza scolastica. Di grande supporto in questo caso è la figura dello psicologo.

Nell'**adulto** invece il logopedista generalmente va a ri-abilitare una funzione che, per diverse cause, viene perduta: la persona viene strappata alla rete del mondo a cui appartiene e scaraventata in una incomprensibile solitudine. Il linguaggio diventa un groviglio di suoni accavallati senza senso e chiedere anche solo un bicchiere d'acqua diventa un'impresa impossibile. Sono più di 3 milioni le persone colpite, in età adulta o geriatrica, da problemi quali ictus, traumi o tumori cerebrali, malattie neurodegenerative o gravi cerebrolesioni acquisite. Qui entra in gioco la figura del logopedista con l'arduo compito e ambizione, supportata da evidenze cliniche, di restituire il massimo recupero possibile a chi non è più in grado di comunicare con efficacia.

Infinite sono le variabili e i gradi delle compromissioni: in primis le **afasie post-ictus**, di cui non esiste una forma uguale all'altra, quindi il logopedista compie accurate valutazioni per individuare le aree specifiche più compromesse e indirizzare il trattamento riabilitativo nella direzione più economica ed efficace. Questi quadri sono poi sovente complicati dalle **aprassie**: disturbi della programmazione corticale dei movimenti buccofacciali, fonoarticolatori e degli arti. C'è poi tutto il quadro delle **disartrie** le quali necessitano di un trattamento che mira al rinforzo delle strutture muscolari funzionali alla produzione del linguaggio e a strategie di compenso per le funzioni non recuperabili. Anche la **deglutizione** è spesso compromessa: è

evidente che in un'ottica riabilitativa in cui una funzione supporta l'altra in un circolo virtuoso il logopedista è la figura a cui compete la presa in carico del paziente disfagico. Non meno importante nelle patologie neurologiche l'aspetto riabilitativo dei **deficit cognitivi**: attenzione, memoria, funzioni esecutive, abilità logiche, prassiche e gnosiche.

Appartengono soprattutto all'età adulta, ma non solo, le **Disfonie** alterazioni dell'emissione Vocale, che possono derivare da cause funzionali (abuso, cattivo uso della voce) o organiche (tumori, edemi ecc..) e possono risolversi con semplice training logopedico o prevedere l'intervento del fono-chirurgo. Talora è necessaria l'asportazione parziale o totale della laringe (**laringectomie**), in seguito alle quali il logopedista insegnerà al paziente a convivere con la nuova situazione anatomica, gestendola da un punto di vista igienico e funzionale.

Un campo così vasto di intervento presuppone un'altrettanto capillare formazione: dopo aver conseguito una laurea triennale i Logopedisti affinano le loro conoscenze e competenze attraverso corsi di specializzazione, master, dottorati di ricerca.

Importantissimo il ruolo della **Federazione Logopedisti Italiani (FLI)** che si impegna a livello istituzionale per il riconoscimento professionale e sostiene gli associati mediante campagne informative, proposte formative, regolamenta i corsi di laurea garantendo una formazione professionale di qualità.

AIFIDUNQUESONO.

Sono per la riabilitazione al servizio dei cittadini.
 Sono per l'autonomia e la responsabilità professionale.
 Sono per la lotta all'abusivismo e per l'istituzione dell'Ordine Professionale.
 Sono per la competenza e la cultura in riabilitazione.
 Sono fisioterapista. Dunque Aifi.

ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI
 PIU' VALE, PIU' VALI.

REALIZZIAMO IL TUO PROGETTO DI FISIOTERAPIA INNOVATIVA

Medical Calò è il partner tecnologico ideale per la tua fisioterapia, forte di una esperienza quasi trentennale. Abbiamo selezionato da tutto il mondo i migliori apparecchi elettromedicali, per offrirti l'eccellenza. Ogni tecnologia ha una sua specifica caratteristica che soddisferà l'esigenza del tuo lavoro quotidiano e dei tuoi pazienti ideali. Il progetto di fisioterapia tecnologica viene così definito "sinergie strumentali", proiettando il tuo centro al futuro già da oggi. I nostri consulenti, specialisti, tecnici e formatori sono a tua completa disposizione per analizzare il tuo caso e rendere la tua fisioterapia innovativa e personalizzata. Tutti i sistemi rispettano rigorosamente le normative vigenti e sono dotati di Marcatura CE.

TERAPIA CELLULARE ATTIVA

INDIBA®
activ

da sempre
tecarterapia

tecnologia brevettata
con triplice effetto:
▷ bio stimolazione
▷ microcircolazione
▷ iperattivazione

Certificazione **EMC**
COMPATIBILITÀ
ELETTROMAGNETICA



RADICOLOPATIE

Frems®

la soluzione definitiva
per il trattamento delle
radicolopatie

anche
portatile

effetto curativo
e davvero
duraturo



LASER AD ALTA POTENZA

Hilterapia®

il laser Nd:YAG
più potente
al mondo

rapida risposta
analgesica, antinfiammatoria
e rigenerativa

MIS
Multiwave
Lockdownsystem

laserterapia
portatile
evoluta



FISIOTERAPIA HI-TECH

**ENRAF
NONIUS**
PARTNER FOR LIFE

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

trasportabile e con protocolli trattamenti
precaricati rapidi ed efficaci



LEADER NELLE ONDE D'URTO

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

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

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



RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

TecnoBody®

valutazione posturale
e controllo propriocettivo
mono-bipedalico

il medical fitness
per la prevenzione
e il mantenimento

immersione virtuale
e feedback in tempo
reale



medical **calò**

☎ 080.3023188

🌐 medicalcalo.it



TECNOLOGIE PER LA
RIABILITAZIONE



CONSULENZA



FORNITURA



FORMAZIONE



ASSISTENZA



MEMBER OF WCPT



World Confederation
for Physical Therapy

Vinciamo insieme!
Scegli il fisioterapista
A.I.FI. #LeManiGiuste

8 SETTEMBRE
GIORNATA MONDIALE
DELLA FISIOTERAPIA



"Bebe" Beatrice Vio
Campionessa mondiale di Fioretto Paralimpico

Io scelgo il fisioterapista

Il fisioterapista è un professionista sanitario laureato che ti può aiutare in tantissimi momenti della tua vita. È una figura professionale che si mantiene costantemente aggiornata sulle prove di efficacia dei trattamenti e sul progresso scientifico della fisioterapia attraverso corsi di specializzazione. Affidandoti al fisioterapista sei sicuro di essere nelle mani giuste.

www.aifi.net



#LeManiGiuste
#FisioTipTop