

lable to be mental

CISCOPICA DISTIPLE OF COMMENT OF

a NAMA SOCIATO





*prevenzione *cura *riobilitozione





LA FISIOTERAPIA È: PREVENZIONE-CURA-RIABILITAZIONE

Articolo 1 del DM 741

E' individuata la figura del fisioterapista con il seguente profilo: il fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, 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 od acquisita.



on è mai esagerata la necessità di ribadire che la Fisioterapia non si occupa esclusivamente di riabilitazione, ma anche di Prevenzione e Cura, perché la sua funzione è importante in un sistema sanitario

che deve avere come obbiettivo il benessere dei cittadini conoscendone i suoi bisogni e problemi, per essere in grado di erogare prestazioni sanitarie, non mediche, che evitando di utilizzare sia ridondanti indagini strumentali che eccessive soluzioni chirurgiche e farmacologiche, possa essere in grado di proporre soluzioni terapeutiche fisioterapiche efficaci ad un costo economico nettamente inferiore di quelle sostenute mediante altri approcci.

Garantendo l'efficacia terapeutica e la riduzione dei costi è possibile erogare più prestazioni sanitarie. Ci sono cittadini che hanno un basso potere economico, compresa la popolazione anziana, che hanno sempre più bisogno di prestazioni fisioterapiche in quanto subiscono gli effetti delle patologie croniche, che in Europa rappresentano l'87% dei decessi.

In soccorso a queste esigenze di salute e di riduzione dei budget aziendali, il servizio sanitario può utilizzare il nostro profilo professionale, in quanto:

LA FISIOTERAPIA È PREVENZIONE, perché: nelle persone sane può rilevare disfunzioni che potrebbero portare ad overuse—overload del sistema neuromuscoloscheletrico, mentre in quelle con patologia permette di ridurre i rischi sia di peggioramento delle funzioni colpite che di limitazione nelle attività di vita quotidiana;

LA FISIOTERAPIA È CURA, perché: attraverso terapie, non chirurgiche o farmacologiche, e utilizzando terapie fisiche, manuali e l'esercizio terapeutico, modifica disfunzioni come il dolore, le alterazioni della sensibilità, l'instabilità articolare e le alterazioni posturali e del movimento;

LA FISIOTERAPIA E' RIABILITAZIONE, perché: permette di ricostruire capacità perse, o non ancora acquisite, e di potenziare quelle residue. Inoltre propone l'adozione e l'addestramento all'uso di ausili, protesi ed ortesi; ed è in grado

di avere funzioni di educazione terapeutica e di care-giver per l'utente.

Ed ecco alcuni esempi:

- -un coinvolgimento precoce del Fisioterapista nei percorsi di cura nei reparti per acuti migliora gli esiti sui pazienti e può ridurre i tempi di degenza. Questo intervento ha come obiettivi quelli di contribuire a prevenire gli effetti avversi dell'ipomobilità (prevenzione) e di modificare problemi di salute dell'utente (cura);
- La Fisioterapia respiratoria preoperatoria e postoperatoria in chirurgia toracica, in stretta sinergia con pneumologi e anestesisti, migliora gli esiti degli interventi, riduce le complicanze e può ridurre i tempi di degenza;
- Nei setting ambulatoriali un intervento precoce del Fisioterapista, nei percorsi clinici di diverse condizioni, può ridurre il ricorso a farmaci e alla diagnostica strumentale. Un esempio tipico è la lombalgia acuta, che con l'utilizzo di manipolazioni e la promozione del movimento attivo riesce a curare la persona. Analoghe evidenze si riscontrano per la cura delle cefalee, del dolore alla spalla e per la sindrome femoro-rotulea. Identici risultati sono raggiunti per la cura dell'incontinenza urinaria da disfunzione del pavimento pelvico.

Infine, un valore fondamentale per la migliore riuscita del percorso fisioterapico deve essere la continuità tra fisioterapista e utente, perché le nostre terapie non possono essere assimilabili ad una prescrizione farmacologica. Nelle strutture sanitarie deve essere fondamentale adottare modelli organizzativi che affidino l'utente ad un solo fisioterapista, perché in fisioterapia ci sono una molteplicità di aspetti, che devono essere considerati sia nella valutazione funzionale propedeutica al programma fisioterapico che nell'impostazione anche del singolo trattamento, permettendo un continuo adeguamento della terapia alle modificazioni ottenute sulla persona.

Il Presidente **Dott. FT. Eugenio D'Amato**





nmario



La fisioterapia è: prevenzione-cura-riabilitazione	2
La comunicazione (online) come strumento per creare/coltivare una relazione di fiducia	4
ECM: nuove disposizioni per il triennio 2017-2019	8
Intervista a Claudio Rimoli	10
Parco della gioia di Mister Sorriso	12
Un benvenuto ai neolaureati	14
XIV Congresso Nazionale GTM	15
	21
Mal di schiena e sue correlazioni con i disordini muscolari del pavimento pelvico	24
Il piede: organo di senso e moto	27
Esami con radiazioni X	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.Fl. - 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**

Litografia Ettorre Stampa:

Grottaglie (Taranto)

Copertina a cura di Alessandro Stasi





LA COMUNICAZIONE (ONLINE) COME STRUMENTO PER CREARE/COLTIVARE UNA RELAZIONE DI FIDUCIA

Dott.ssa Ft. Claudia Pati, Segretario A.I.FI. Puglia Massimo Gioia, Webmaster Nazionale e Regionale A.I.FI

«Per comunicare è necessario uscire da se stessi per mettersi nei panni degli altri.

Dimenticare i propri pensieri, desideri, valori - il proprio mondo
per concentrarsi esclusivamente su quelli della persona

o delle persone a cui si vuole comunicare qualcosa».

G. Cosenza, 2012





n articolo sulla comunicazione associativa svolta nell'anno 2016 e sulle prospettive dello Staff Segreteria Regionale

con il pubblico della nostra Regione non è un prodotto autoreferenziale perché la valutazione di quanto fatto e le progettualità future rappresentano un terminale stabile e molto attendibile dei rapporti tra l'associazione ed i colleghi fisioterapisti, cittadini, istituzioni, ecc. nonché degli aspetti da migliorare. La continua ottimizzazione dei servizi associativi ha la funzione prioritaria, se non esclusiva, di garantire sempre maggiore trasparenza e accessibilità al funzionamento e all'organizzazione della stessa.

Proprio al fine di facilitare il dialogo costante tra Associazione e utenza, abbiamo previsto la collaborazione a soggetti esterni all'Associazione, quali Società/Enti/Associazioni/Sindacati, con l'uso della denominazione e del logo associativo per iniziative, che abbiano particolare rilevanza e siano di specifico interesse per la Professione; altresì, abbiamo pensato di "fare rete", in modo da riuscire a comunicare in maniera capillare col territorio pugliese e fornire un servizio associativo puntuale e il più possibile personalizzato.

La rete non è solo un mezzo per dare visibilità ai propri contenuti, è molto di più. Non è (solo) uno strumento di comunicazione, come lo erano la TV e i quotidiani, ma è utile anche per ascoltare le opinioni dei colleghi, dei cittadini, coinvolgerli nelle decisioni e creare/coltivare una relazione di fiducia che li spinga a partecipare non solo online, ma anche al di fuori della rete, parlando con altri colleghi, familiari e amici, prendendo parte a eventi associativi e dando il proprio contributo in prima persona come volontari dell'associazione (G. Giansante, 2014).

A sostegno di ciò, un'azione migliorativa rispetto alla comunicazione sul web ha portato alla definizione di una nuova struttura per il **sito web dell'Associazione** (www.aifipuglia.it), con l'obiettivo di renderlo utile e ricco dal punto di vista dei contenuti, integrato e facilmente fruibile dagli utenti.

Tra le novità del nuovo sito, oltre all'aspetto grafico, si è deciso di lavorare per una riorganizzazione dei contenuti e dei servizi disponibili.

In particolare, già scorrendo il menù, é possibile notare l'impegno dedicato per razionalizzare i tanti e variegati argomenti che costituiscono, per la nostra associazione, un patrimonio da valorizzare. Riteniamo che lo schema adottato coniughi le diverse sensibilità sui temi della riabilitazione con il giusto livello di praticità d'uso e fruibilità.

Gli articoli presentati, sia per tema che per tipologia, incorporano video, gallerie fotografiche, contributi audio o mappe geografiche (ad esempio location per corsi ed eventi). Per molti degli stessi sarà possibile esprimere un gradimento e tali valutazioni ci consentiranno un'ulteriore classificazione dei contenuti.

Abbiamo introdotto il "tempo di lettura", informazione disponibile per ogni articolo del sito, come per alcuni contenuti è possibile sfruttare un sistema di "lettura veloce". Per chi fosse interessato all'argomento consigliamo di visitare il sito spritzinc.com.

Data la necessità di un sito dinamico e sempre aggiornato, si è optato per l'adozione del sistema di notifica, servizio in cui crediamo e su cui puntiamo per mantenere vivo il contatto con i nostri associati ed utenti. Per chi non ne fosse a conoscenza, le "notifiche push" consentono di ricevere in tempo, quasi reale, i nuovi contenuti pubblicati, il servizio è installabile su diversi







browser e piattaforme come chrome, firefox, android ed iphone. L'attivazione/disattivazione è semplicissima, basta cliccare sulla campanella rossa che trovate in basso a destra in ogni pagina del sito.

Inoltre, abbiamo predisposto la possibilità di sfogliare gratuitamente il periodico trimestrale di informazione e cultura "Fisioterapisti La Nostra Voce Puglia", nonché reperire e/o visionare materiali quali documenti, pubblicazioni curate dall'Associazione.

Oltre a quanto già detto, anche il "negozio online", che ricordiamo è riservato ai soli associati AIFI, è stato ridisegnato ed integrato nel sito, arricchito nelle descrizioni nonché semplificate le procedure di registrazione e pagamento.

Si è pensato infine di rinnovare e ristrutturare la "newsletter" per renderla più leggibile ed accattivante.

Contestualmente si è deciso (dato la diffusione dei social network e l'importanza che hanno assunto nel quotidiano) di integrare la comunicazione, sul sito web, con una corretta e adeguata attività di interazione sulle reti sociali. Facebook, Twitter, YouTube, LinkedIn, ecc. sono i nuovi luoghi nei quali si svolgono conversazioni, si dialoga, si creano opportunità di relazione tra le persone. Qui le informazioni nascono, circolano e si diffondono con estrema velocità e seguono percorsi del tutto nuovi.

Gli spazi su Facebook e Twitter dedicati ad AIFI Puglia, e solo su Facebook del gruppo USIFI-AIFI Puglia (Unione Studentesca Italiana in Fisioterapia) rappresentano una grande opportunità per l'Associazione, non solo per informare e comunicare in maniera

efficace, ma anche per costruire una relazione di fiducia, per ascoltare, confrontarsi e monitorare il livello di soddisfazione dei colleghi e dei cittadini.

Questo perché spesso si pensa alla rete come a un ambiente separato dalla realtà fisica, si tende a dimenticare, che quello che accade nella rete è già un evento fisico: se una persona pubblica un commento sulla pagina Facebook non si tratta di un'azione che si svolge nella realtà "virtuale", ma c'è già una persona fisica che digita dei tasti ed esprime un'opinione che probabilmente aveva già manifestato in altri luoghi e che continuerà ad esprimere – se non avrà altre informazioni che la smentiscono o la inducono a riflettere e a metterla in discussione (G. Giansante, 2014).

Ma il web, come la comunicazione in generale, non fa miracoli. Il web va inserito, in un contesto più ampio, da solo non può rispondere a tutte







le necessità di un Associazione Professionale: servono i professionisti, un gruppo di dirigenti associativi motivati, una strategia efficace con una macchina organizzativa strutturata e, soprattutto essere numerosi per rappresentare la categoria e le sue ragioni.

Pertanto è importante iscriversi o rinnovare all'Associazione Professionale perché essere SOCIO vuol ottenere anche vantaggi esclusivi ed opportunità di crescita professionale.

Con AIFI, dai forza alla tua professione, alla tua passione!





ISCRIZIONE RINNOVO 2017

Con AIFI dai forza alla tua professione, alla tua passione!

10 MOTIVI PER ISCRIVERSI O RINNOVARE



1. Scienza Riabilitativa

La nostra rivista scientifica indicizzata su: CINAHL — HEBSCOHost — In formato pdf la puoi scaricare o consultare comodamente online.



2. Assicurazione RC

Continua la convenzione esclusiva tra Italiana Assicurazioni ed AIFI. La polizza è studiata per i fisioterapisti liberi professionisti ed offre ad un prezzo imbattibile tutta la serenità e la sicurezza di cui hai bisogno nel tuo lavoro quotidiano.



3. Georeferenziazione

Servizio gratuito per i soci LP (Liberi Professionisti) sul sito http://fisio.aifi.net Pagina web dedicata con scheda professionale e riferimenti geografici e di contatto.



4. Servizio Certificazione ECM

Servizio di certificazione ECM ed inserimento diretto nella banca dati del Co.Ge.A.P.S. di eventuali esoneri, esenzioni, tutoraggi e pubblicazioni per i soci che ne fanno richiesta.



5. Rivista Fisioterapisti

La rivista stampata dell'associazione, notizie dal mondo della fisioterapia nazionale ed estera direttamente al tuo indirizzo. Disponibile Anche in formato pdf.



6. World Confederation for Physical Therapy (WPCT)

Puoi aderire alla nostra associazione internazionale per restare connesso con il meglio della fisioterapia che il mondo ha da offrire. Potrai far parte dei sui Subgroup specialistici, dei Network di interesse e diventare un mentore.







7. Consulenza Legale e Fiscale

Quando l'interpretazione delle normative diventa una questione per addetti ai lavori è il momento di chiedere aiuto ai nostri consulenti. Anche questo è un servizio riservato solo ai soci.



8. GIS AIFI

Se la crescita professionale è nel tuo DNA e ti piace confrontarti iscriviti ad uno dei nostri Gruppi d'Interesse Specialistico (G.I.S.).



9. Materiale riservato

Durante tutto l'anno vengono rese disponibili pubblicazioni specialistiche di varia natura oltre a materiale divulgativo/pubblicitario liberamente utilizzabile.



10. Utilizzo logo AIFI

Puoi richiedere, a titolo gratuito, di utilizzare il logo AIFI per:

• Biglietti da visita, • Targhe, • Carta intestata



OFFERTA FORMATIVA 1° SEMESTRE 2017



	Data	Titolo	Sede
1	18/02/2017	DALLA VISION ALLA MISSION – Identità Professionale e Associativa	Taranto
2	04/03/2017	Riadattamento del ginocchio: dalla neurologia allo sport	Bari
3	25/03/2017	Tecniche d'immagine in neuroscienze	Lecce
4	08/04/2017	Evidenze scientifiche nel trattamento riabilitativo per le deformità del rachide in età evolutiva. Presentazione Progetto "La schiena va a scuola"	Da definire
5	27/05/2017	Convegno Regionale 2017	Bari







ECM: NUOVE DISPOSIZIONI PER TRIENNIO 2017-2019

Dott.ssa Ft. Rosanna Fanelli



I 23 Novembre 2016, alla fine del triennio 2014-2016 per la formazione continua in sanità, si è tenuto a Roma il Convegno "Le Professioni Sanitarie ed il sistema ECM tra presente e futuro", organizzato dal

Consorzio Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie).

I rappresentanti del mondo ordinistico, collegi ed associazioni, la Commissione Nazionale della Formazione Continua, il Ministero della Salute, i provider e tutti i professionisti sanitari si sono confrontati sull'Educazione Continua in Medicina ed il Presidente del Co.Ge. A.P.S., ha anticipato ai partecipanti alcune novità.

L'evento ha costituito un'importante occasione per condividere i dati sul triennio ECM appena trascorso e tracciare lo scenario del prossimo (2017-2019); è possibile scaricare le presentazioni dal sito www.cogeaps.it.

Queste le principali novità per il triennio ECM 2017-2019.

Numero ECM. Nel triennio 2017-2019, vengono confermati 150 crediti complessivi, ma si
abolisce il limite di minimo 25 e massimo 75
crediti l'anno. Ogni professionista potrà liberamente organizzare la distribuzione triennale dei
crediti acquisiti. Tale libertà sarà però legata al
dossier formativo, attraverso cui ogni professionista potrà programmare e riprogrammare
il proprio piano formativo triennale, sulla base
degli obiettivi nazionali Agenas. Il dossier formativo potrà avere tre declinazioni: individuale,
di gruppo e organizzativo. Ogni professionista
potrà partecipare a più gruppi ed a più organizzazioni.

Sistema premiante. Si introduce un criterio che premia la regolarità formativa pregressa: chi ha acquisito da 80 a 120 crediti ECM nel triennio precedente (2014 ed il 2016), avrà uno sconto di 15 crediti per il nuovo triennio (riduzione da 150 a 135 ECM), mentre chi ha acquisito da 121 a 150 crediti, nel triennio 2014-2016, avrà uno sconto di 30 crediti tra il 2017 ed il 2019 (da 150 a 120).

Flessibilità: permetterà al professionista di organizzare liberamente la distribuzione triennale dei crediti formativi ECM acquisiti (dovranno comunque essere sempre 150 nel triennio, fatti salvi i casi citati dalla premialità).

Autoformazione. Sarà attribuita maggiore importanza all'auto-formazione, costituita da corsi accreditati Ecm, ma anche da esperienze formative senza accreditamento ECM, svolte in autonomia dal professionista (per un massimo del 10% dell'obbligo formativo).

Per i liberi professionisti sono riconosciuti crediti ECM per:

- a) attività di autoapprendimento ossia l'utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per la formazione continua preparati e distribuiti da Provider accreditati;
- b) autoapprendimento derivante da attività di lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non preparati e distribuiti da provider accreditati ECM e privi di test di valutazione dell'apprendimento con il limite del 10% dell'obbligo formativo individuale triennale (fino ad un massimo di 15 crediti nel triennio).

Dossier formativo: non obbligatorio ma incentivato con un bonus di 30 crediti. L'adesione al dossier formativo non sarà obbligatoria ma vo-





lontaria e sarà incentivata con un bonus di 30 crediti. Il dossier nasce come possibilità data ai professionisti di programmarsi il percorso in base alle reali esigenze dettate dall'attività quotidiana del proprio contesto lavorativo oltre che per migliorare la qualità e, non il "numero", della propria prestazione sanitaria. Per ottenere il bonus occorre la compresenza di tre condizioni: che il dossier venga programmato, che le aree risultino coerenti con il profilo di attività e che almeno il 70% dei crediti a consuntivo sia ottenuto in coerenza con quanto indicato in relazione al proprio profilo a inizio triennio.

Certificazione dei crediti conseguiti nel triennio 2014-2016.

Per verificare la propria situazione dei crediti ECM e certificare il raggiungimento del debito formativo, il professionista può andare sul sito **www.cogeaps.it**.

Si entra nella sezione "Area Riabilitazione" e poi "Accesso Anagrafe Crediti ECM". Se si tratta del primo accesso, occorre registrarsi ciccando su "Sei un professionista della salute? Registrati"; si inseriscono i propri dati nella scheda; il sistema invierà un'e-mail all'indirizzo di posta elettronica indicato con le credenziali (Username e password) per accedere al sistema.

Accedere nuovamente dal sito del Cogeaps alla sezione "Accesso Anagrafe Crediti ECM", con le proprie credenziali (Username e password), così si potrà visualizzare la propria posizione dei crediti ECM. Se si hanno difficoltà, contattare il COGEAPS: call center: 0642749600 o indirizzo mail: ecm@cogeaps.it . E' opportuno

che tutti i professionisti, al fine di regolarizzare la propria posizione, se non la trovano allineata (es. crediti mancanti), se dispongono di crediti individuali e possano avvantaggiarsi di esoneri ed esenzioni, si mettano in contatto con gli uffici di Co.Ge.A.P.S.

In sintesi, è stato confermato a 150 il numero di ECM da acquisire nel prossimo triennio, abolito il limite minimo (25) e il limite massimo (75) di crediti ECM maturabili all'anno, incentivate le esperienze formative svolte in autonomia e premiata la regolarità formativa pregressa: queste le principali novità per il triennio ECM 2017-2019.

Sarebbe auspicabile inoltre dare all'ECM un valore positivo, ovvero fare del sistema della formazione continua non solo una certificazione dell'assolvimento dei crediti, per l'esercizio della professione, ma soprattutto un'opportunità di miglioramento del professionista "Fisioterapista", perché la formazione potenzia le conoscenze e rende il professionista competente.

Notizie di ultim'ora:

13.01.2017 – ECM - LA COMMISSIONE NAZIONALE CONCEDE LA PROROGA

Ci sarà tempo anche fino al termine del 2017 per mettersi in regola con i crediti ECM relativi al triennio 2014 – 2016, potendo acquisire sino al 50% del punteggio complessivo (150 crediti al netto di esoneri ed esenzioni). Stabiliti per il triennio 2017-2019 i nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei provider.

Per approfondimenti www.aifi.net





INTERVISTA A CLAUDIO RIMOLI IL SUO CORAGGIOSO PUNTO DI VISTA

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



Proseguiamo, in continuità con lo scorso numero, ad occuparci di disabilità e di rapporto con il territorio. Lo facciamo attraverso le storie di splendidi giovani, capaci e coraggiosi, che hanno avuto la forza di superare le difficoltà che la vita ha posto loro davanti, ma che spesso, ahinoi, non hanno trovato la stessa empatia dalla società tutta e dalle istituzioni in particolare.

Abbiamo conosciuto Jacopo Melio, toscano. Oggi conosciamo meglio Claudio Rimoli, giovane pugliese, che deve affrontare, a causa della sua disabilità, una serie di difficoltà. Claudio parla con coraggio, e in qualche punto dell'intervista qui sotto riportata, con amarezza, della sua vita e del suo interfacciarsi con il mondo esterno. Comprendiamo le sue parole, ma certo, è facile comprendere, ciò che è difficile è vivere pienamente determinate situazioni. Ecco perché ci occupiamo, così intensamente, di questi argomenti, perché sono strettamente correlati al nostro operare di fisioterapisti e al nostro essere "persone". E' arrivato il momento di parlare di etica umana, di comportamenti corretti, di prassi condivise. Grazie Claudio, per il tuo coraggio, per le tue critiche costruttive, per i tuoi suggerimenti. Con la speranza, che non abbandoniamo, che le cose vadano sempre meglio.

Conosciamo Claudio, molto presente in Facebook, come vuoi presentarti?

Innanzitutto, voglio ringraziare chi mi offre l'opportunità di raccontare il mio modesto pensiero, nella speranza che possa essere in qualche modo utile, non solo per me stesso ma anche per gli altri che vivono medesime situazioni. Cercando anche magari di trovare una soluzione.

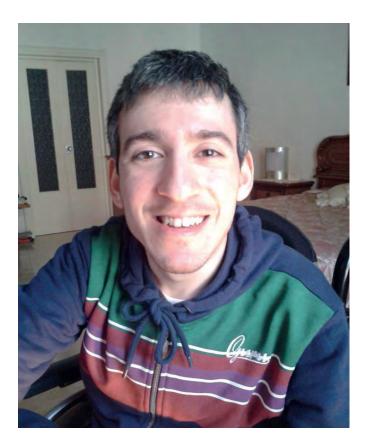
Mi presento molto brevemente, per non togliere spazio ad un tema così importante che deve essere centrale nel discorso, molto di più della persona stessa. Che dire? Mi reputo un ragazzo normale al pari di molti altri, che ha dovuto attraversare qualche ostacolo di troppo lungo il proprio personale cammino. Non tirandosi mai indietro, ma affrontandolo sempre a viso aperto. Così come ognuno di noi dovrebbe fare, nessuno escluso.

Come trovi il mondo dei social?

Sono molto presente. E sono ben felice di esserci, perché mi dà modo e maniera di condividere vari stati d'animo con tutti. E... da questo punto di vista, è un bene, perché aiuta a sfogare tutto quello che ci si tiene chiuso dentro. Ma può al tempo stesso rivelarsi anche un'arma a doppio taglio, se non la si usa per bene. Imparate ad usarla e diventerà una risorsa importante.

La tua disabilità non ha fermato la tua grande energia. Con quale spirito hai affrontato il mondo sanitario?

La disabilità non deve e non può costituire un blocco mentale, ma anzi ha il dovere di rappresentare un incentivo ulteriore nel far venir fuori bincredibile energia vitale che abbiamo,









senza mai perdere il sorriso che a mio avviso è la medicina migliore per andare sempre avanti, nonostante le infinite difficoltà. Affronto il mondo con spirito battagliero, da guerriero vero. Le varie vicissitudini mi hanno portato a piegarmi tantissime volte, senza fortunatamente riuscire a spezzarmi definitivamente. Ed in egual modo ho affrontato il mondo sanitario, non senza arrabbiature. Necessarie alle volte, per cercare di difendere quelli che ritenevo miei pieni diritti e che non sempre mi sono stati riconosciuti, ahimè.

Da quanti anni hai iniziato a fare fisioterapia? e Come è il tuo rapporto con la fisioterapia?

Arrivando ora a parlare di fisioterapia, devo dire che il mio rapporto con lei sarebbe sicuramente bellissimo, se soltanto mi si consentisse di svolgerla costantemente e adeguatamente, visto che da oltre un anno non la faccio. A tal proposito, vorrei anche aggiungere alcune mie considerazioni personali. lo sono ancora giovane e sono convinto che avrei ampi margini di crescita e miglioramento fisico, soltanto svolgendo adeguati trattamenti quotidiani di terapia, avendo al mio fianco una persona preparata che mi possa seguire passo dopo passo. E che soprattutto sappia fare il suo mestiere con passione e non tratti il paziente come un semplice numero. Perché se non si è dotati di passione in questo ambito mettendosi al servizio degli altri, forse a quel punto si è veramente sbagliata professione.

Sei stato ricoverato in centri di riabilitazione, come è stata la tua esperienza?

Sulla mia esperienza in un centro di riabilitazione, avvenuta in seguito al mio intervento alle gambe, non voglio fare polemiche e mi limito a dire che poteva sicuramente essere gestita in maniera migliore, rispetto a come è stato fatto da parte di tutte le persone coinvolte.

Come trovi la fisioterapia domiciliare?

Sulla fisioterapia domiciliare che io non avrei problemi a ripetere e che trovo migliore rispetto a quella ambulatoriale, perché si svolge in un luogo ben conosciuto come è la propria casa, dico che l'orario delle sedute dovrebbe essere deciso dal terapista e dal paziente insieme, in accordo tra loro. Ed una volta deciso deve essere sempre quello, perché non ci si può presentare a casa del paziente quando si vuole e senza neanche avvisarlo del proprio arrivo, cosa questa che mi è capitata spesso in passato. E poi ultima cosa: il terapista che prende in incarico il paziente deve essere sempre uno, sempre lo stesso. Dall'inizio e fino alla fine del percorso intrapreso. Non possono cambiare ogni settimana, arrivando ad essere trattati da 10 persone differenti. Non è possibile questo... così si stravolge tutto, ed il paziente invece ha bisogno di trovare una sua stabilità.

Cosa vorresti dalle istituzioni? Cosa chiedi?

Cosa vorrei dalle istituzioni? Che cominciassero a mettersi una mano sulla coscienza, perché la salute non è un gioco ma un bene primario da tutelare. Ed è inammissibile che ci siano ancora delle vergognose classificazioni. E' un diritto di tutti, stare bene. Sulla salute non si scherza, lì non devono esserci pazienti di serie A o B! Questo io chiedo, regole basilari di un paese civile.

E cosa dalle persone?

Alle persone mi sento di chiedere, una sola cosa: RISPETTO PER ME E PER LA MIA STORIA. Nient'altro!

E tu, Cosa puoi dare alle istituzioni e alle persone?

In conclusione, alle istituzioni e alle persone io potrei offrire un grande contributo umano, soprattutto se le stesse istituzioni iniziassero a vedere il disabile come una risorsa utile e non solo come una spesa improduttiva da tagliare, dando in questo modo pari opportunità per tutti!









PARCO DELLA GIOIA DI MISTER SORRISO:

UNO SPAZIO RICREATIVO PER BAMBINI ED I LORO GENITORI, ABBATTENDO LE BARRIERE ARCHITETTONICHE DONANDO UN SORRISO

Claudio Papa, Presidente Mister Sorriso Onlus



er un bambino non c'è niente di più divertente che andare al parco, trovarci altalene, scivoli, dondoli e tanti amici con cui giocare. Ma per molti di essi questo non è possibile. Immaginiamo un

bambino in carrozzina che non riesce a salire le scale dello scivolo, sedersi su di un'altalena, poter correre o semplicemente utilizzare in autonomia un gioco. Per lui il parco è solo una grande barriera architettonica.

La Convenzione sui diritti dell'infanzia dell'Unicef riconosce al bambino il suo diritto al gioco come elemento partecipativo alla vita culturale e artistica in condizioni di uguaglianza con mezzi appropriati di divertimento e di attività ricreative, artistiche e culturali.

Su questa linea di indirizzo, i volontari della gioia di Mister Sorriso di Taranto, un'associazione di volontariato ONLUS che svolge attività di clown-care-therapy in ospedale e non solo, hanno sposato a pieno e raggiunto questo importante obiettivo: bambini senza distinzione di abilità fisica e mentale devono giocare insieme su strutture innovative, con pannelli sensoriali, giochi di colori e percorsi tattili e su di essi deve esserestampato il loro più bel sorriso di gioia.

Nasce cosi nella periferia della città il parco inclusivo, una sorta di area dove sono installati giochi il più possibile accessibili e fruibili da parte di tutti i bambini senza distinzione di abilità.

Correre sotto gli occhi dei genitori in piena libertà, libertà di movimento con la propria carrozzina senza alcuna barriera. Saltare come grilli, nessun'esclusione dai giochi neanche per gli ipovedenti.

Correre lungo un percorso con l'ausilio di parallele in metallo. Questi sono i giochi che piacciono ai nasi rossi, perché il loro stile di vita è donare sorrisi, regalando emozioni. Un passo avanti verso quei bambini che possono giocare con



altri bambini, verso quei genitori con il piacere di incontrarsi mettendo in secondo piano la differenza.

Il progetto nato sulla base di queste idee è nata dagli incontri che i volontari della gioia hanno avuto con i bambini nei reparti pediatrici degli ospedali e non solo e dal confronto con i loro genitori.

Riscontrando la presenza di spazi verdi attrezzati per disabili solo in aree funzionali spesso con limitazioni di utilizzo (istituti per la riabilitazione motoria, scuole, aree private, ecc..), i volontari di Mister Sorriso in collaborazione con il Comune di Taranto hanno pensato bene di prendere un'area pre-esistente in città, già punto di ritrovo per bambini e famiglie e di corredarla di diversi giochi speciali, rendendola per l'appunto inclusiva.

Attraverso donazioni del 5 per mille e le donazioni volontarie di molti che credono nell'associazione sono state installatenuove strutture nell'area e ciascuna di loro ha funzioni diverse e obiettivi





diversi, in modo da andare incontro alle singole esigenze fisiche dei bambini, alle loro attitudini e alle eventuali paure.

Oltrealla "SPA dei Sensi" che stimola le capacità di coordinazione musicali visive e intellettive il bambino può utilizzare diverse tipologie di altalena: quella a culla, un gioco considerato prevalentemente solitario diventa una giostra interattiva, in cui è possibile giocare con i propri amici; quella a forma di orsacchiotto (per chi ha bisogno di un sostegno dorsale) e il cestello che permette il dondolio tenendo imbracato il bambino garantendo comunque la sicurezza oltre a quelle classiche per i bambini normodotati. All'interno di questa area sono presenti pannelli che generano suoni melodici e quelli tattici per gli ipovedenti, tunnel per sviluppare le capacità di orienting.

Con il "Ponte dell'allegria" si attiva un percorso pensato per il gioco inclusivo tra chi vuole correre con le proprie gambe e per chi è in carrozzina con rampe e discese, alternato da pannelli sensoriali e tattici lungo il tragitto.

Tra i vari giochi inclusivi troviamo anche le torri siamesi corredati di pedane basculanti che aiutano a stimolare le funzionalità dell'apparato vestibolare e due scivoli per la discesa al terreno, oltre al "Cubo magico", una struttura con arrampicate, pertiche, traverse e corde, indicata anche per bimbi iperattivi.

Infine, la giungla d'acciaio installata su un'area dedicata del parco, un percorso lungo più di 20 metri per imparare a camminare. È il secondo percorso in Italia dopo quello realizzato all'interno dell'area ex Orso Pippo di Bolzano. Il progetto realizzato a Taranto, è stato ideato per favorire l'ajuto alla deambulazione del bambino. Il percorso rivisitato dai volontari è strutturato su pavimentazione di gomma colata e ha solo corrimani elevati dal terreno ad un'altezza di circa 70/80cm con parallele metallicheche seguono un percorso ondulatorio su piano orizzontale. Il corrimano dell'ultimo tratto si interrompe e viene sostituito con pali dove sostenersi, pensato anche per gli ipovedenti. In ultimo per un momento di relax, esiste la "Casetta del libro" nella quale ogni bimbo può scegliere un libro/ fumetto, leggerlo, riporlo o scambiarlo con altri, in maniera libera e gratuita.



Ciascun gioco installato nell'area è corredato di pavimentazione in gomma per garantire, con morbidezza, la sicurezza del bambino in caso di caduta accidentale.

I benefici di questo parco sui bambini sono tanti. Il presidente dell'associazione Mister Sorriso Claudio Papa, clown Pingo Bellicapelli, ha già riscontrato nel primo mese le prime risposte da parte dei bambini che ormai non vogliono lasciare più il parco perché il divertimento li rende felici ma soprattutto la gioia dei loro genitori. Molti di loro sono felici ed emozionati di vedere l'espressione di libertà dei loro figli disabili, ed il sapere di non essere esclusi dalla società a causa di barriere fisiche e mentali li aiuta a godere di momenti di socializzazione all'aperto insieme ai propri figli e ai loro amici.

Per informazioni e/o richieste:
web: www.mistersorriso.it
mail: info@mistersorriso.it
cell: 3284536552







Un Benvenuto



NEO LAUREATI BARI

Bellacosa Antonia, Bruno Francesco, Caputo Marzia, Cesiro Gustavo, Chiffi Lorenzo, Cianci Pietro, Cutrignelli Angelica, D'Amore Francesco, Ferraro Carmela, Forte Mirella, Ippolito Antonella, Lenti Beatrice, Librici Filippo, Loizzo Francesco, Lopiano Walter, Flammini Mara, Manzoni Alessandro, Mariano Andrea, Palombella Doriana, Panaro M;arina, Sapia Gaetano, Scielzi Francesco, Simeone Cosimo, Soranna Francesco, Torelli Alina, Triggiani Claudia, Vicino Emanuele



NEO LAUREATI BRINDISI

Di Tillo Michele, Simone Marina, Valentino Anna Claudia, Colombo Pietro. Andresini Roberta, Bianco Alessandra, Celli Sabrina, Ciriani Serena, Derosa Raffaella, Dima Giada, Federico Sara, Franzone Enrica, Mascoli Stefano, Miceli Maria Antonietta, Modugno Giada, Rosafio Danilo, Ricco Isabella, Castro Giulia, Saponaro Gabriele Maria, Guarini Giulia, Rodia Luigi Maria, Sanghez De Luna Francesco, Scagliarini Viviana Rosaria, Cafforio Gianpiero, La Ferla Alessio, Russo Federica, Sardano Sara, Tommasi Laura, Tursi Davide





ai Neolaureati



NEO LAUREATI FOGGIA

Diego Versace, Antonio Marino, Michele Trotta, Leonardo Volpe, Bianca Schiavoni, Viviana Renna, Mario Daniele Lopizzo, Michela Acquaviva, Arianna Labellarte, Tina Milone, Mario Padovano, Stefano Ippolito, Matteo Pedicillo, Francesco Allamprese, Alessandro Cainazzo, Teresa Carucci e Angelo Moffa.



NEO LAUREATI TARANTO

Rondinone Bruna e Di Bisceglie Deborah





NEW PERSPECTIVE IN THE ASSESSMENT AND REHABILITATION OF THE SHOULDER COMPLEX - MAKE THE DIFFERENCE

XIV CONGRESSO NAZIONALE GTM "QUANDO FARE LA DIFFERENZA SIGNIFICA RITROVARSI"

Dott. Ft Andrea Tamborrino^a, Dott. Ft Mattia Bisconti^b, Dott. Ft Denis Pennella^c







I giorni 22 e 23 Ottobre 2016 si è svolto a Roma

il XIV Congresso del Gruppo di Terapia Manuale, gruppo d'interesse specialistico AIFI, intitolato "New perspectives in the assessment and rehabilitation of the shoulder complex – Make the difference".

La lente d'ingrandimento è stata, questa volta, puntata sul distretto spalla, seguendo la nuova rotta che il mondo della fisioterapia muscoloscheletrica sta tracciando: una virata dal modello pato-anatomico/biomedico verso il modello biopsico-sociale.

La prima giornata dell'evento, alla quale hanno preso parte 170 fisioterapisti, si è articolata in due sessioni: quella mattutina durante la quale i modelli teorico/pratici che indicano la via per il cambio di rotta summenzionato, sono stati esplosi presentando le più recenti fonti ed i dati presenti in letteratura, e quella pomeridiana, in cui è stato presentato l'approccio tecnico/riabilitativo per "fare la differenza". Momento politico di spicco, avvenuto durante la prima giornata del XIV Congresso Nazionale, è stato il rinnovo delle cariche del direttivo nazionale del GTM.

Valore aggiunto al percorso congressuale è stato dato dalla presenza della fondazione GIMBE nella persona del presidente, il prof. Nino Cartabellotta.

Il prof. Cartabellotta ha introdotto l'evento con una lezione magistrale sul tema dell'evidence based practice e di come l'EBP debba rappresentare la bussola che guida il professionista in ambito medico-sanitario verso l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione più appropriata per la persona assistita. Auspicio del presidente Cartabellotta, condiviso dalla platea tutta, è stato quello per cui la pratica clinica basata sulle prove di efficacia entri a far parte del core

competence di tutti i professionisti sanitari, compreso il fisioterapista, ovvero inserita nei percorsi formativi di base, non solo in quelli specialistici post-graduate.

Ad aprire la sezione politica dell'evento, il referente di ogni ufficio del GTM (Ufficio Relazioni col Pubblico, Ufficio Formazione, Tesoreria, Vicepresidenza, Presidenza), ha presentato il resoconto di pertinenza per le attività svolte nel triennio precedente.

Filippo Maselli, Firas Mourad, Fabrizio Brindisino, Fabio Cataldi, Michele Monti, Denis Pennella, Mattia Bisconti, Domenico Angilecchia e Andrea Tamborrino: sono i fisioterapisti che costituiscono il nuovo direttivo nazionale del Gruppo di Terapia Manuale.

La presidenza è stata affidata, con parere unanime del direttivo neoeletto, al dott. Filippo Maselli.

L'ufficio di Vicepresidenza è affidato al dott. Firas Mourad il quale sarò anche il delegato Italiano per i rapporti internazionali con IFOMPT.

I restanti uffici risultano così costituiti:

- Tesoreria dott. Michele Monti, dott. Fabio Cataldi
- Ufficio Formazione dott. Fabrizio Brindisino, dott. Domenico Angilecchia
- Ufficio relazioni con il pubblico dott. Denis Pennella, dott.Mattia Bisconti, dott. Andrea Tamborrino

Tutti i membri dell'esecutivo hanno conseguito il titolo di OMPT, specializzandosi in fisioterapia muscoloscheletrica.

La seconda giornata di congresso è stata completamente dedicata ai due *workshop* che hanno visto la partecipazione di oltre 100 fisioterapisti.

Il primo workshop ha focalizzato l'attenzione sull'utilizzo delle nuove metodiche nella gestione della spalla dolorosa: i docenti Mourad, Di Filippo, Sciacca e Patuzzo si sono occupati





della tecnica dry needling definita dall'APTA "un intervento qualificato che utilizza un ago filiforme per penetrare la cute e stimolare i sottostanti Trigger Point miofasciali, i muscoli ed il tessuto connettivo, con l'obiettivo di gestire il dolore neuro-muscolo-scheletrico e i disordini del movimento". I docenti Poser e Brindisino hanno introdotto la cosiddetta RUSI, tecnica che tramite ultrasonografia permette applicazioni per il professionista specializzato in fisioterapia muscoloscheletrica.

Il secondo workshop, che ha registrato la presenza di oltre settanta fisioterapisti, è stato dedicato a due temi frequenti e insidiosi nella pratica clinica, affrontati con approccio evidence based: la valutazione funzionale della spalla dolorosa, con i docenti Ristori e Monaldi, e la gestione della frozen shoulder, con i docenti Pennella e Tardocchi.

Come ogni anno, il congresso nazionale del GTM ha rappresentato un momento d'incontro confronto e crescita per il mondo della fisioterapia muscoloscheletrica italiana. Scienza e Coscienza, in un connubio inscindibile, sono faro per le responsabilità che ogni professionista ha nei confronti dei milioni di cittadini che richiedono l'intervento del fisioterapista.

Non solo analisi eziologica del fattore che ha generato una disabilità, ma presa in carico della persona, della sua vita sociale e partecipativa: le risposte terapeutiche e riabilitative non possono avvenire in un vuoto sociale. Diversamente, il successo riabilitativo e terapeutico avviene soltanto se i bisogni individuali sono riletti all'interno dell'ambiente entro cui la persona con disabilità interagisce.

Dall'Ufficio Relazioni col Pubblico del GTM...

Il GTM ha deciso di continuare ad adottare una politica interna organizzativa di tipo aziendale, con responsabili per ogni ufficio coadiuvati da colleghi del direttivo e collaboratori, al fine di "garantire" un servizio di alto livello, in linea con le alte richieste cui deve rispondere l'associazione e per essere sempre più vicini ai bisogni dei nostri Soci.

Per rispondere in modo sempre più efficiente ed efficace al cambiamento epocale che la nostra professione sta vivendo.



Da quest'anno abbiamo deciso di puntare alla crescita della nostra professione e al riconoscimento della nostra specializzazione attraverso una profonda politica di rivisitazione della "brand indentity" del GTM.

Ma siamo consapevoli che senza un forte spirito di condivisione e di appartenenza, la crescita della nostra professione sarà sempre più difficile e sempre più lenta rispetto a quella di altre professioni che, già da tempo, hanno puntato alla "comunione di intenti".

Noi siamo Professionisti Sanitari Specializzati in Fisioterapia Muscolo-Scheletrica: è questo che vuol dire OMPT (Orthopaedic Manipulative Physical Therapist); pertanto, quest'anno il nostro slogan sarà: "dai Valore alla Tua Crescita".

E' solo attraverso la presa di coscienza di dover crescere, sotto tutti i punti di vista, che possiamo aumentare il nostro *peso specifico* nel sistema sanitario nazionale, nella presa in carico della salute di tutti i Cittadini.

E' per questo che vi chiediamo il massimo supporto possibile, a cominciare dal "sentir" di dover far parte del GTM il Gruppo di Interesse Specialistico di Terapia Manuale Italiano, prima ancora di iscriversi!

"Cari colleghi, cari follower, cari soci,

il nuovo direttivo sta lavorando intensamente per offrire dall'anno prossimo molti più servizi, realizzare collaborazioni e partnership importanti, nuove convenzioni per offrire riduzioni ed agevolazioni su molteplici servizi e, cosa più importante, produrre tante iniziative che vedranno VOI come protagonisti principali..." (Filippo Maselli, prime parole da neo-Presidente)

Di seguito, infatti, alcuni dei progetti in cantiere





e delle tante le novità per il 2017:

- GTM Academy
- GTM Crowdfunding
- GTM CORE
- GTM Graduation day
- GTM Publication

....insieme a tante convenzioni e partnership che sono state già siglate o in procinto di essere concluse.

La Redazione tutta, insieme ad AIFI Puglia, porge le sue più sincere congratulazioni per l'importante incarico conferito al collega pugliese, con l'augurio di mantenere sempre viva la determinazione a raggiungere nuovi obiettivi.

Iniziamo a conoscere, quindi, il nuovo presidente del GTM Filippo Maselli, incontrandolo per una chiacchierata lucida, densa di entusiasmo e progettualità, in questa intervista rilasciata anche per la redazione di AIFI Nazionale.

(da Fisioterapisti AIFI)

• Guardando al tempo trascorso, a distanza di anni, come ricordi l'inizio della strada professionale ed accademica che ti ha portato, oggi, a diventare il nuovo Presidente del GTM?

I ricordi sono l'unica cosa che abbiamo del tempo trascorso, forse la più bella; guardare indietro ed analizzare il percorso fatto fino a questo momento non può che riempirmi di gioia. Ho avuto un cammino ricco di soddisfazioni e non posso che pensare a quanto ogni ricordo mi aiuti ad apprezzare il presente e ad affrontare il futuro, sempre con nuove energie. Il mio inizio, in questa che considero, tra tutte,

una delle più appassionanti professioni, è stato caratterizzato da tanto entusiasmo e voglia di riscatto. Ho iniziato nel dicembre del '99, a quasi 24 anni, tardi rispetto alla maggior parte degli altri ragazzi, perché partivo da una storia di vita completamente diversa, caratterizzata da eventi molti tristi... ma come scrive lo scrittore Ben Okri: "La nostra qualità più autentica è la capacità di creare, di superare, di sopportare, di trasformare, di amare e di essere più grandi della nostra sofferenza".

• Quali sono state le costanti nel tuo percorso accademico e clinico? Come è nato l'interesse verso l'impegno attivo nella nostra associazione? Quali consigli daresti ai colleghi che desiderano affiancare l'attività di ricerca e studio a quella clinica?

Sicuramente direi: tenacia, perseveranza, equilibrio, forte motivazione... ma la passione, forse, è la costante che racchiude in sé tutte le altre, l'unico vero collante che resiste alla forza del tempo. Sembra la risposta più semplice da dare, quasi banale, ma, in verità, è la più difficile per il peso di dover tenere sempre e costantemente viva in noi, la passione. Troppo spesso, nel nostro agire professionale utilizziamo il termine passione, come qualcosa di essenziale, senza a volte renderci conto che, come tutte le emozioni della nostra vita, non basta parlarne ed è necessario nutrirla, sfida più difficile, l'unica vera battaglia che combattiamo ogni giorno. Passione per il costante aggiornamento che la nostra professione richiede, passione per reagire alle ingiustizie che giornalmente sono perpetrate all'intero comparto Sanitario del nostro Paese, passione per le responsabilità che dobbiamo sostenere, passione per le persone







che ci sono vicine e alle quali giornalmente sottraiamo la nostra presenza, il nostro tempo e le nostre attenzioni ma, soprattutto, passione per i nostri pazienti, che affidano incondizionatamente e con grande speranza la loro salute nelle nostre MANI. Una celebre frase cita: "Fai quello che ami e non lavorerai un solo giorno della tua vita". Penso non serva aggiungere altro.

• Il Presidente del GTM è prima di tutto un fisioterapista. Quali sono gli aspetti dell'essere tale, ma anche fisioterapista specializzato in terapia manuale, che tornano utili nell'esercizio della tua carica di Presidente?

La professione del fisioterapista t'insegna a sapere, sapere essere, saper fare; si potrebbero scrivere fiumi di parole su quanto questi, e molteplici altri aspetti, ci tornino utili anche nella vita di tutti i giorni. Ma, uno degli aspetti più vantaggiosi che la formazione nell'ambito della specializzazione in Terapia Manuale mi ha insegnato, è sicuramente il METODO. Avere metodo è fondamentale, e non solo in quello che clinicamente facciamo ogni volta che ci troviamo di fronte ad un paziente, ovvero ragionamento clinico, presa di decisioni e rivalutazione, ma anche, in maniera più estensiva, a come ci comportiamo e come agiamo in ogni circostanza quotidiana, dove siamo sempre e comunque dei professionisti, dei fisioterapisti. D'altronde, il metodo è fondamentale per organizzare energie, risorse, persone, azioni e decisioni da prendere, risposte da dare... tutto questo, nella società esigente di oggi, molto spesso anche in brevissimo tempo.

• Come ti senti a rappresentare, a livello nazionale ed internazionale, un gruppo che conta oltre 200 soci ma che potrebbe e dovrebbe contarne verosimilmente oltre 1000, considerato il numero di fisioterapisti che hanno conseguito un Master universitario riconosciuto da IFOMPT?

Poter rappresentare un gruppo di persone è, di per sé, sempre un grande onore ed un gratificante riconoscimento. Essere Presidente del GTM, però, significa anche rappresentare una STORIA; una storia fatta di persone, di sacrifici, di conquiste professionali; significa essere la voce di tutti i colleghi che hanno creduto da



sempre nel GTM, di tutti i soci che ci sono stati, ci sono e ci saranno, sempre al nostro fianco. Un privilegio unico, ma anche una grande responsabilità alla quale cercherò costantemente di tener fede e di rispettare sempre. Come ho detto altre volte, l'autorevolezza di una professione passa attraverso la forza delle nostre realtà associative: spero quanto prima di poter contare su tutti i colleghi che oggi non sono iscritti ma che, e ne sono certo, non esiteranno a farlo, per dare il loro sostegno al GTM, alla professione, al percorso di studi e di specializzazione che con sacrificio è stato consequito.

 Quali reputi siano state le maggiori conquiste della nostra professione nel panorama nazionale che vorresti aiutare a consolidare?

Sono tante le conquiste che la nostra professione ha ottenuto in questi anni, grazie anche alle continue battaglie che con perseveranza la nostra Associazione Nazionale AIFI ha combattuto e vinto. L'istituzione di lauree Magistrali, la nascita di tanti percorsi professionalizzanti e specialistici di Master di primo e secondo livello, l'accesso ai Dottorati di Ricerca sia nazionali che internazionali, la nomina di professori universitari da parte di nostri colleghi. Tutte conquiste che ci hanno portato a calpestare con dignità e competenza luoghi accademici inaccessibili fino a pochi decenni fa. Nel mio piccolo cercherò di consolidare, incoraggiare, stimolare, divulgare e diffondere la cultura delle eccel-







lenze in terapia manuale e fisioterapia muscoloscheletrica, perché sono consapevole, e da sempre lo sostengo, che la nostra professione sia ricca di talenti che già stanno dando tanto e che continueranno a dare lustro alla fisioterapia italiana nel panorama scientifico internazionale. Il "l" Forum delle Giovani Eccellenze Italiane in Fisioterapia Muscoloscheletrica" organizzato nel 2015 in seno al XIII Congresso del GTM è stato un primo passo per l'affermazione di questa certezza.

Che genere di futuro prevedi per il nostro GIS? In che direzione vorresti guidarlo?

La fisioterapia Italiana sta vivendo un periodo di intenso fervore, costellato di successi su molteplici fronti, accademici, didattici, professionali, scientifici, clinici e la Terapia Manuale sta ricoprendo un ruolo primario in questo processo. In tal contesto, che poggia le sue fondamenta sul lavoro svolto dai miei lodevoli predecessori, Guido Frosi prima e Davide Albertoni poi, non posso che vedere un futuro eccezionale per il nostro GIS. Il nuovo direttivo, già dai primi giorni, sta lavorando duro, affinché il GTM diventi una realtà forte, consolidata e moderna, vicina ai suoi soci, con una progettualità ben delineata e sempre pronta ad essere un sostegno per tutte le realtà associative che si impegneranno a fare della fisioterapia specialistica "un luogo dove la vita professionale accada".

• GRAZIE FILIPPO. per concludere, c'è qualcuno che vorresti ringraziare?

I momenti dei ringraziamenti sono sempre difficili, perché vorresti ringraziare tutti e hai sempre paura di dimenticare qualcuno. Dal profondo ringrazio tutti i colleghi, fra i quali ci sono alcuni dei miei più cari amici, che mi hanno sostenuto e che mi sostengono, ringrazio tutti i pazienti che ho avuto l'onore e il privilegio di aiutare, ringrazio tutti i professori e colleghi che mi hanno insegnato quello che so, ringrazio tutti i miei amici, ringrazio Fabio e Denis che mi sopportano e mi supportano come due fratelli, ringrazio la mia famiglia, ringrazio mio padre, che purtroppo non è più al mio fianco, con la sua instancabile forza d'animo... ma soprattutto ringrazio Patrizia, la mia compagna, per la sua costante presenza in ognuna delle scelte della mia vita.

^a PT, BSc, OMPT, Direttivo Nazionale GTM

^b PT, BSc, OMPT, Direttivo Nazionale GTM

° PT, BSc, OMPT, Direttivo Nazionale GTM

FILIPPO MASELLI, 40 anni, pugliese, è il nuovo presidente del Gruppo di Terapia Manuale italiano-AIFI.

Fisioterapista, OMPT e Dottore Magistrale in Scienze della Riabilitazione, è anche, attualmente, PhD Student Neuroscienc, DINOGMI department, presso l'Università degli Studi di Genova.

Docente al Master di I Livello in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici – Università degli studi di Genova.







PILLOLE DI LETTERATURA

Dott. Ft Denis Pennella^a, Dott. Ft Filippo Maselli^b





Da più di 100 anni tutti i professionisti che si occupano di terapia manuale approcciano ai disturbi muscolo-scheletrici

degli arti con terapie multimodali che includono l'utilizzo dell'esercizio fisico, elettroterapie, calore, ghiaccio, nutrizione, consigli ed educazione, altri strumenti terapeutici ed infine, manipolazioni periferiche¹, così definite le manipolazioni ad alta velocità dirette alle estremità. Tuttavia queste ultime sono state descritte e, almeno in parte, studiate quasi esclusivamente in chiropratica, sin dagli albori di tal disciplina².

Da alcuni studi pubblicati è possibile ricavare, i criteri di elezione per l'utilizzo di tali manipolazioni periferiche nella gestione dei disturbi muscoloscheletrici degli arti. Infatti, secondo Bronfort et al.³ questo approccio sarebbe indicato in pazienti: a) che non possono o non dovrebbero subire un intervento chirurgico, b) o che non possono o non dovrebbero fare uso, a lungo termine, di farmaci antinfiammatori nonsteroidei (FANS), o ancora c) che non hanno riscontrato benefici dal solo esercizio.

Di fatto, non possiamo accettare queste indicazioni come "assolutamente vere", soprattutto alla luce della debolezza metodologica insita nella natura stessa della ricerca nel campo della terapia manuale, la quale soffre di una difficile capacità di standardizzazione di alcuni elementi come la nomenclatura delle terapie utilizzate o la metodologia di esecuzione delle stesse; ma soprattutto soffre degli approcci clinici utilizzati con i pazienti i quali sono sempre, o quasi, multimodali. Tutte difficoltà che contribuiscono a rendere "troppo" arduo il compito di indagare un singolo strumento terapeutico³, senza cadere in facili critiche metodologiche.

A proposito di terminologia, nell'analisi di alcune recenti revisioni sistematiche sull'argomento, il principale problema, riscontrato nella selezione dei lavori da includere, è stato proprio quello di specificare tutti i termini che identificassero

le "manipolazioni periferiche", mancando nel mondo accademico, uno standard in tal senso⁴.

In genere, comunque, definiamo la manipolazione, compresa quella periferica, come un movimento ad alta velocità e bassa ampiezza (High Velocity Low Amplitude Thrust) con o senza cavitazione (pop sound, per non sbilanciarsi rispetto alla sua stessa natura), per alcuni autori in un range articolare para-fisiologico⁴.

Ad ogni modo, nonostante la scarsa chiarezza correlata a quest'argomento, come è possibile desumere dalle considerazioni di cui sopra e dai risultati dei lavori scelti, sembra che l'attenzione da parte dei professionisti sanitari sia in forte crescita.

Una dimostrazione indiretta, in tal senso, è data da chiropratici, che citano spesso il lavoro di Finn et al.⁵ dal quale si evince che i Fisioterapisti siano, per la comunità dei cittadini, i professionisti che evidenziano maggiori competenze nel trattamento dei disturbi muscolo-scheletrici, anche attraverso l'utilizzo delle manipolazioni periferiche.

Eppure, la ricerca riguardo questo campo resta "datata", come intuiamo dai lavori presentati, e ad appannaggio spesso dei chiropratici; riflessioni che dovrebbero spingere la comunità dei fisioterapisti ad approfondire formazione e ricerca anche in tal senso. Soprattutto alla luce dei nuovi orientamenti della ricerca, la quale si è sensibilmente spostata verso le motivazioni alla base dell'efficacia di alcuni approcci, spinta soprattutto dalle grandi conquiste accademiche delle neuroscienze, perdendo di vista, inevitabilmente, la vocazione manuale della nostra stessa professione. Tutto ciò ci ha condotti ad un alto riconoscimento sociale, riconoscimento che crescerà ancora, e presto, ma solo attraverso la formazione continua e la crescita negli ambiti a cui siamo profondamente legati.

<u>J ManipulativePhysiol Ther.</u> 2013 Mar-Apr;36(3):143-201. doi: 10.1016/j. jmpt.2013.04.001. Epub 2013 May 20. **Manipulative and multimodal therapy for**







upper extremity and temporomandibular disorders: a systematic review

Brantingham JW1, Cassa TK, Bonnefin D, Pribicevic M, Robb A, Pollard H, Tong V, Korporaal C.

Lo scopo di questo studio è stato quello di effettuare una revisione sistematica sull'efficacia della terapia manuale e delle tecniche di manipolazione rispetto al dolore degli arti superiori e dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM).

La ricerca è stata condotta rispetto ai lavori pubblicati dal gennaio 1983 a marzo 2012.

Delle 764 citazioni selezionate, 129 studi sono stati considerati utili e/o pertinenti e dalla loro analisi si è evinto un livello di evidenza sufficiente (B) per l'utilizzo delle manipolazioni periferiche, unitamente all'esercizio o approcci multimodali, nel trattamento di epicondilalgia laterale di gomito, sindrome del tunnel carpale e disturbi dell'ATM, ma solo nel breve termine.

Secondo gli autori, quindi, le manipolazioni periferiche devono essere utilizzate per i disturbi muscolo scheletrici dell'arto superiore, insieme a tecniche di trattamento dei tessuti molli, all'esercizio e ad altri approcci multimodali.

<u>J ManipulativePhysiol Ther.</u> 2012 Feb;35(2):127-66. doi: 10.1016/j.jmpt.2012.01.001.

Manipulative therapy for lower extremity conditions: update of a literature review.

Brantingham JW1, Bonnefin D, Perle SM, Cassa TK, Globe G, Pribicevic M, Hicks M, Korporaal C.

Lo scopo di questo studio è quello di aggiornare una revisione sistematica del 2009 sulla terapia manipolativa (TM) sull'efficacia rispetto ai disturbi muscolo scheletrici degli arti inferiori.

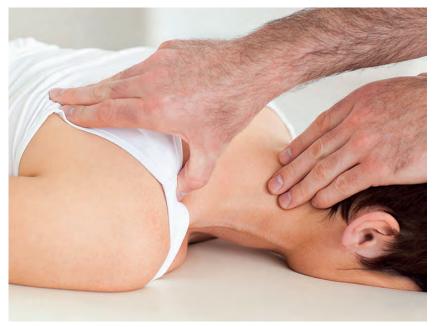
La ricerca è stata condotta su lavori pubblicati da marzo 2008 a maggio 2011. Gli studi clinici sono stati valutati rispetto alla qualità utilizzando un sistema di classificazione modificato, lo Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Oltre alle citazioni utilizzate della revisione sistematica del 2009, ulteriori 399 nuove citazioni sono stati valutati e 48 inclusi per la valutazione della qualità.

Per quanto riguarda la TM per i disturbi degli arti inferiori, si evince un livello di evidenza B (prove sufficienti) nel breve termine e un livello C (prove limitate) nel lungo termine, rispetto al trattamento dei comuni disordini osteo-degenerativi del ginocchio, ma anche per quanto riguarda sindro-







me femoro-rotulea e distorsione della caviglia. Si evidenzia, inoltre, un livello di evidenza B per il trattamento a breve termine della fascite plantare, ma C per il trattamento a breve termine della metatarsalgia, dell'alluce limitus/rigidus e per la perdita di propriocezione e di equilibrio a carico del piede e/o della caviglia. Infine, vi è un livello di evidenza I (prove insufficienti) per il trattamento dell'alluce valgo.

<u>J ManipulativePhysiol Ther.</u> 2011 Jun;34(5):314-46. doi: 10.1016/j.jmpt.2011.04.002.

Manipulative therapy for shoulder pain and disorders: expansion of a systematic review. Brantingham JW1, Cassa TK, Bonnefin D, Jensen M, Globe G, Hicks M, Korporaal C.

Lo scopo di questo studio è stato quello di condurre una revisione sistematica sull'efficacia della terapia manuale e manipolativa (MMT) rispetto alla sindrome dolorosa della spalla.

Gli articoli sono stati valutati utilizzando principalmente la scala Physiotherapy Evidence Database in combinazione con le linee guida e altri sistemi modificati, con l'assegnazione di punteggi A, B, C e I.

Un totale di 211 citazioni sono state recuperate, delle quali 35 sono state ritenuti utili per l'analisi qualitativa. Vi sono prove sufficienti (B) per il trattamento di una varietà di disturbi della spalla, quali tendinopatie della cuffia dei rotatori, capsulite adesiva e disordini dei tessuti molli, rispetto

all'efficacia della MMT a spalla, cingolo scapolare, e/o catena cinetica completa, se combinata a esercizio e/o terapia multimodale. Vi è evidenza limitata (C) e insufficiente (I) per il trattamento del dolore con MMT, rispettivamente nei disordini neurogeni e nei disturbi osteo-degenerativi della spalla.

Sperando di aver stimolato l'interesse verso un aspetto, a volte, trascurato nella nostra professione, vi diamo appuntamento alla prossima uscita, ricordandovi che potrete contattarci per approfondimenti o suggerimenti all'indirizzo mail redazione@aifipuglia.it.

Bibliografia

- Palmer B. Exposition of Old Moves Illustrated. Davenport (Iowa): Palmer School of Chiropractic; 1911.
- 2. Haldeman S, Chapman-Smith D, Petersen D, editors. Guidelines for chiropractic quality assurance and practice parameters. Paper presentedat: Proceedings of a consensus conference commissioned by the Congress of Chiropractic State Associations. Gaithersburg (MD): Mercy Conference Center; 1993. p. 103-77.
- 3. Bronfort G, Haas M, Evans R, Leiniger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. ChiroprOsteopath 2010;18:1-112.
- Mintken PE, DeRosa C, Little T, Smith B. AAOMPT clinical guidelines: a model for standardizing manipulation terminology in physical therapy practice. J Orthop Sports Phys Ther 2008;38:A1-6.
- 5. Finn AM, MacAirt J. A survey of the work practices of physiotherapists in the community. Ir J Med Sci 1994;163: 61-4.

^aDocente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Libero Professionista.

^bDocente Master in RDM Università degli Studi di Genova, PhDin Neurosciencestudent, Presidente Nazionale GTM.







MAL DI SCHIENA E SUE CORRELAZIONI CON I DISORDINI MUSCOLARI DEL PAVIMENTO PELVICO

¹Tardocchi R., ²Bisconti M., ³Maselli F.







I Low Back Pain (LBP) è una delle affezioni più comuni del sistema muscolo-

scheletrico che affligge la società contemporanea, coinvolgendo fino all'80% della popolazione con almeno un episodio di LBP nella vita. In letteratura emerge che, spesso tale problematica, è associata alle disfunzioni dei muscoli del pavimento pelvico (PFM - pelvicfloormuscles)¹

Il pavimento pelvico è un sistema di sospensione e di sostegno dei visceri pelvici. È costituito da tre strati: superiore con la fascia endopelvica, intermedio con il muscolo elevatore dell'ano, inferiore con il diaframma uro genitale.

Poiché i muscoli del pavimento pelvico costituiscono la base della cavità addominale, la loro funzione è strettamente correlata a quella degli altri muscoli che circondano tale cavità [principalmente trasverso dell'addome (TrA), multifido e diaframma]. Ogni funzione che coinvolge la modulazione della pressione intra-addominale (per esempio gli atti respiratori o il controllo della postura) deve essere coordinata all'azione coordinata dei PFM per due motivi principali: sia per garantire la continenza, sia per contribuire alle variazioni di pressione, in modo ottimale, nella cavità addominale. L'azione dei PFM, inoltre, contribuisce a mantenere il controllo delle articolazioni del cingolo pelvico¹.

L'attivazione di questi muscoli avviene secondo meccanismi di *feedforward*ⁱ ed in risposta a perturbazioni del tronco simili a quelle che coinvolgono altre strutture che garantiscono un efficace controllo motorio come la muscolatura addominale profonda ed il multifido del tratto lombare.

Una disfunzione dei PFM determina deficit nel meccanismo di <u>force closure</u>ⁱⁱ, con alterazione della capacità di trasferimento dei carichi e gestione del sintomo dolore in regione lombopelvica²



Spesso si correlano problematiche di incontinenza urinaria (UI – UnrinaryIncontinence) da sforzo.

L'UI, prima definita dall'<u>International Continence Society (ICS)(https://www.ics.org/)</u> come la perdita involontaria d'urina "per uretram"ⁱⁱⁱ in luoghi e tempi non appropriati oggettivamente dimostrabile, tale da costituire un problema igienico e sociale, vede l'ultima sua definizione nel 2002 come "qualsiasi perdita involontaria di urina". Si parla di incontinenza urinaria da sforzo (stress incontinence) in cui la fuga involontaria di urina si manifesta durante gli aumenti della pressione addominale, con lo sforzo o l'esercizio fisico, lo starnuto o la tosse³

La continenza urinaria è controllata dai muscoli tonici e fasici dei PFM e, la closurepressure del tratto urinario è considerata uno dei fattori principali nel controllo dell'urina durante uno sforzo, la tosse, soffiare il naso, cioè in attività che comportano un aumento della pressione interna addominale. In tali attività funzionali i PFM, insieme ai muscoli addominali, sono attivati per controllare la continenza. In altre parole, i PFM son necessari al fine di ostruire il tratto urinario ed anale prima che aumenti la pressione intra-addominale²

La funzione dei PFM, dei muscoli addominali e del diaframma risulta essere sinergica e coordinata in soggetti sani, ciò non si verifica però in soggetti che presentano patologie che coinvolgono la funzione della continenza, la funzione respiratoria (malattia ostruttiva cronica) e il





controllo spinale (lombalgia e dolore pelvico). Ciò è stato dimostrato da vari studi e può avere implicazioni a lungo termine sulla salute⁴

È stato osservato una variazione dell'attività posturale dei muscoli addominali e del pavimento pelvico in donne affette da incontinenza, come anche in pazienti con problematiche respiratorie o lombari, ed è quindi plausibile l'ipotesi che uno dei tre sistemi (continenza, controllo respiratorio e controllo lombo pelvico) possano aumentare il rischio di insorgenza di alterazioni negli altri sistemi⁴

Una recente analisi su un ampio numero di donne ha evidenziato che coloro le quali soffrono di lombalgia, hanno più frequentemente incontinenza o problemi respiratori⁵. Un'ulteriore analisi suggerisce che i sintomi dell'incontinenza sono spesso associati alla comparsa ex novo di lombalgia⁶. Recenti studi non ancora pubblicati suggeriscono che questa correlazione possa avvenire anche in senso opposto, ossia che in presenza di lombalgia o problemi respiratori ci sia un elevato rischio di sviluppare in futuro una forma di incontinenza⁶.

Sembra quindi logicamente deducibile che eseguire esercizi di reclutamento specifici e diretti ai PFM determini un miglioramento dell'intensità dell'UI, della forza e della resistenza dei PFM e della forza del TrA, perciò possono essere utilizzati come trattamento efficace per i pazienti con LBP aspecifico persistente e/o UI concomitante²

I casi in cui sono riscontrabili prove di efficacia per cui il LBP si dimostra correlato ad alterazione della funzionalità dei PFM sono il²:

- LBP correlato a gravidanza o in donne che abbiano partorito
- Dolore all'articolazione sacro-iliaca

Valutare e testare la funzionalità dei PFM, quindi, risulta essere importante nel management clinico per gli individui con LBP, e sarà allora ragionevole considerare il complesso dei PFM durante la prescrizione di esercizio terapeutico in pazienti con LBP¹.

L'approccio diagnostico terapeutico sarà di tipo multidisciplinare (Fisioterapista, Infermiere, Ostetrica, Neurologo, Psicologo, Urologo, Ginecologo, Proctologo, Fisiatra, Radiologo, Assistente Sociale, Pediatra e Geriatra ognuno nel rispetto della specificità dell'intervento), ed è costruito sulle conoscenze di base, sulla medicina e pratica clinica basate sulle evidenze e prove di efficacia.

Nello specifico la rieducazione perineale è finalizzata a:

- Migliorare la conoscenza e le prestazioni dell'attività muscolare volontaria e riflessa addomino-perineale e lombo-pelvicoperineale;
- Riattivare i meccanismi inibitori e facilitatori corticali sui centri neuro-vegetativi sacrali.

La presa di coscienza dell'esistenza e del reclutamento anche volontario tale muscolatura, oltre a garantire la continenza, permetterà un ripristino del controllo motorio lombo-pelvico, il riscontro di pattern di attivazione sinergica dei muscoli addominali profondi e dei PFM, dovrebbe essere un buon motivo per considerare la co-attivazione della muscolatura addominale profonda e dei PFM nei programmi riabilitativi dei pazienti affetti da LBP e incontinenza urinaria².

Sebbene vi sia una limitata evidenza dagli studi clinici che dimostri un vantaggio relativo all'utilizzo della coordinazione d'attivazione dei PFM e dei muscoli addominali nella cura dell'incontinenza, esistono sufficienti dati fisiologici per suggerire che questo aspetto debba essere considerato, soprattutto in pazienti con sintomi di difficile gestione. Inoltre la co-attivazione dei PFM e del trasverso dell'addome può fornire una strategia ulteriore per attivare i PFM nella prima fase del trattamento delle donne che abbiano difficoltà a eseguire esercizi specifici per questi muscoli⁴

Lo sviluppo del programma riabilitativo richiede un serio impegno sia da parte del fisioterapista che del paziente. È essenziale che sin dalle prime sedute si sviluppi un rapporto di fiducia tra professionista sanitario e paziente. L'utente deve essere cosciente dell'entità del suo problema e delle possibilità di recupero; inoltre è importante sottolineare come la sua collaborazione, in ambulatorio ma ancor di più a domicilio, sia indispensabile per la riuscita del trattamento⁸⁻⁹.

L'UI non è necessariamente un problema irreversibile ed irrisolvibile. Anche quando ci si trova





di fronte ad una incontinenza cronica, cioè che non può guarire, questo non significa che non la si può curare.

Obiettivo comune dello staff sanitario e della famiglia deve sempre essere quello di migliorare la qualità dell'assistenza, ridurre le disabilità, aumentare l'autonomia in funzione delle qualità della vita.

La riabilitazione del pavimento pelvico con un'accurata valutazione, un progetto e un programma riabilitativo personalizzato che rispetti un programma sequenziale ed un altrettanto individuale training domiciliare, rappresenta lo strumento attraverso cui raggiungere tale obiettivo⁹

Bibliografia

- Arab AM, Behbahani RB, Lorestani L, Azari A.Assessment of pelvicfloormusclefunction in women with and withoutlow back painusingtransabdominalultrasound, Man Ther. 2010 Jun;15(3):235-9.
- Ghaderi F, Mohammadi K, AmirSasan R, NikoKheslat S, Oskouei AE.Effects of StabilizationExercisesFocusing on PelvicFloorMuscles on Low Back Pain and UrinaryIncontinence in Women.Urology. 2016 Jul;93:50-4.
- 3. Linee Guida sull'incontinenza. Raccomandazioni ICI 2009. Fondazione italiana continenza.
- 4. Bortolami A. Riabilitazione del pavimento pelvico. Elsevier2009.
- Smith MD,Russell A, Hodges PW. Incontinence and breathingdisorders are associated with development of back pain. In the 1th World Congress on Pain. Sydney,Australia, 2005.



- 6. Smith MD, Russell A, Hodges PW. Disorders of breathing and continencehave a strongerassociation with back painthanobesity and physicalactivities. Aust J Physiother 52: 11-16, 2006.
- Smith MD,Russell A, Hodges PW.Incontinence, breathingdisorders and back pain: an inseparabletriad? In InternationalContinence Society, Cairo,Egypt, 2008.
- 8. Hampel Ch, Hohenfellner M, Abrams P et al. Guidelines on Incontinence. Adapted by the EAU Working Group "Incontinence", European Association of Urology From: Clinical Guidelines for the Management of Incontinence. Turoff JW, Abrams P, Artibani W et al. in: Incontinence: Abrams P, Khoury S, Wein A. (Eds) Health. Pubblications Ltd, Plymouth, 1999.
- 9. Tchou DCH, Adams C, Varner RE, et al.Pelvic-floormusculatureexercises in treatment of anatomicalurinary stress incontinence. PhysicalTherapy 1988. June, 68(5):652-5.
- ¹ PT BSc, OMPT, Assitente alla didattica Master TMAF Università Roma "Tor Vergata"
- ² PT BSc, OMPT, Direttivo Nazionale GTM
- ³ PT BSc, MSc, PhDstudent, Lecturer Master RDM Università di Genova, Presidente Nazionale del GTM

I – II meccanismo di <u>feedforward</u> riguarda il controllo neuromuscolare anticipatorio ed è responsabile dell'attività di preparazione del muscolo per l'esecuzione di uno specifico movimento. II – Per <u>force closure</u> si intende l'insieme delle forze che agiscono in regione lombo-pelvica al fine di garantire stabilità e supporto. Tale forza è generata da strutture le cui fibre sono dirette perpendicolarmente all'articolazione sacro-iliaca e lavorano agonisticamente alle richieste funzionali di carico. I muscoli, i legamenti e la fascia toracolombare collaborano per garantire una force closure ottimale. (Takasaki H, Iizawa T, Hall T, Nakamura T, Kaneko S. The influence of increasingsacroiliac joint force closure on the hip and lumbar spine extensormusclefiring pattern. Manual Therapy; 2009:14:5: 484-489).

III – Si intende la minzione volontaria ed involontaria per via naturale.

IIII – L'uretra è costituita da un complesso sistema di fibre striate e lisce che collaborano, insieme al sistema vascolare ed alle mucose, contribuiscono al mantenimento della pressione interna a riposo garantendo la continenza (Lee D 2011 Chapter 6 Pregnancy and itspotentialcomplications. In: Lee D 2011 The PelvicGirdle – An integration of clinical expertise and research, Elsevier pp131-133).





IL PIEDE: ORGANO DI SENSO E DI MOTO

Dott. Paolo Tombolini, Tecnico Ortopedico con Master in Posturologia Clinica, e Master in Osteopatia



evoluzione strutturale

Attraverso la scala evolutiva dell'uomo, il piede assume gradualmente forma, vestendo il significato di "struttura antigravitaria". Negli anfibi il piede rientra in

un sistema di movimento ad arti trasversali e permette la progressione a mezzo di rotazioni attorno alla direttrice retroavampiede. Nei rettili il piede ha maggior rilievo ed è al servizio di una condizione meccanica che apporta un miglior rendimento.

La manifestazione evolutiva di base è la comparsa della tuberosità calcaneare che può essere evidenziata nelle specie più evolute dei rettili. Nei mammiferi la struttura podalica diviene efficiente ai fini motori, si viene a definire la disposizione degli arti e la dinamica bipodale, episodica e d imperfetta nei primati preumani, diventa vera e acquisisce nell'uomo valore di meccanismo motorio specifico.

Il piede sulla base della disposizione retro avanpodalica diviene atto a irrigidirsi per costituire leva nel meccanismo di propulsione.

L'evoluzione scheletrica porta alla formazione di una struttura podaliche costituita da 26 ossa e 2 sesamoidi. I diversi autori la distinguono in tre sezioni in base alla loro localizzazione. La classificazione più semplice che viene effettuata in base alla struttura ossea è:

- retropiede (denominazione che designa il complesso osseo costituito da astragalo e calcagno)
- mesopiede (termine che va a indicare l'insieme di scafoide, cuboide, i tre cuneiformi)
- avampiede (rappresentato dai cinque metatarsali e dalle falangi)





Altri autori preferiscono invece distinguerla in :

- tarso (retropiede e mesopiede fatta eccezione per i cinque metattarsali)
- metatarso
- falangi

Ulteriore distinzione sviluppata sulla base della struttura ossea è:

- piede calcaneare (termine che indica la struttura ossea laterale del piede)
- piede astragalico (termine che indica la struttura ossea mediale del piede).

All'evoluzione scheletrica si associa quella muscolare: nell'uomo la mobilità podalica intesegmentaria propria dei primati pre-umani è quasi scomparsa, altresì, permane e si accentua la complessità della muscolatura podalica.

Questo dato è da evidenziare in quanto sottolinea come le formazioni muscolari assumano un ruolo fondamentale sia in rapporto alla funzione motoria che a quella sensitiva garantita dai fusi muscolari, poiché il piede è contemporaneamente organo di moto e di senso.

Nel progredire verso l'evoluzione massima, ossia quella umana, il piede ha gradualmente acquisito l'attitudine all'irrigidimento, condizione che trova il suo equivalente meccanico nell'avvolgimento retro-avanpodalico e che pone le basi per l'intervento del piede dei meccanismi di controllo delle forze ambientali, che si concludono con la risposta antigravitaria







LE PATOLOGIE DEL PIEDE NEL PODISTA

Le patologie più frequenti a carico del piede

Nella corsa la caviglia e il piede sono particolarmente esposti a patologie da sovraccarico. Da questo punto di vista, annoveriamo talalgie, metatarsalgie, fasciti plantari, tendiniti e distorsioni: situazioni invalidanti che costringono l'atleta a lunghi periodi di stop. Nello specifico, l'alterazione del piede non consente un normale avvolgimento e svolgimento del piede, con conseguente patologia da sovraccarico.

Le cause

I traumi del piede possono dipendere da fattori quali una condizione atletica scadente, terreni accidentati, squilibri muscolari, lassità legamentosa, deformità strutturali e alterazioni dell'appoggio piantare. A questi, si aggiungono le eventuali calzature inappropriate.

Le differenze tra piede pronato e supinato

Innanzitutto il piede alterna pronazione e su¬pinazione durante le fasi di passo e corsa. Un piede pronato o valgo incontra difficoltà nella fase di spinta, con limiti oggettivi nella velocità e nel salto. Il piede supinato o varo è predisposto al gesto atletico (corsa e salto) ma paga dazio con un eccesso di instabilità.

Punto di vista clinico e diagnostico

Occorre prima di tutto individuare il tipo e l'intensità di lesione. Una corretta diagnosi poggia inevitabilmente

su ecografia e approfondimenti tramite RX. Non va poi dimenticata l'utilità di esami di natura qualitativa e quantitativa. In questo senso, la baropodometria è indicata in fase pre e post trattamento, ma anche come prevenzione: permette, difatti, di individuare eventuali deficit di passo e quindi la possibilità di apportare correzioni.

Il trattamento

Nella maggioranza dei casi, le terapie somministrate sono conservative (terapia manuale, te¬rapia fisica, ecc.). Molti problemi possono essere risolti con l'ausilio di plantari personalizzati, in grado di ristabilire i rapporti articolari, eliminando la sintomatologia dolorosa. Ancora, l'uso di plantari migliora la performance sportiva. In pre¬senza di traumi particolarmente acuti, la terapia conservativa potrebbe non bastare, rendendo necessario un trattamento di tipo chirurgico.

Come deve comportarsi l'atleta nel momento in cui ravvisa segnali preoccupanti

È fondamentale prestare attenzione ai campanelli d'allarme, al fine di evitare l'abbandono dell'attività sportiva in genere. Quando il podista avverte dolore alle strutture tendinee e capsulo-legamentose del piede, fasciti plantari, metatarsalgie ed episodi discorsivi, deve rivolgersi prontamente a uno specialista in grado di indagare sulle possibili cause.







ESAMI CON RADIAZIONI X CHI HAI VISTO OGGI? UN TECNICO DI RADIOLOGIA

Dott. TSRM Antonio Alemanno, Presidente Collegio TSRM della Provincia di Foggia



tecnico di radiologia sulla Vostra bella rivista regionale, ci giunge mentre siamo impegnati in una campagna di divulgazione della nostra professione tra la popolazione.

Ringrazio, pertanto, il Dott. Eugenio D'Amato per la lodevole iniziativa di condivisione dei saperi tra le professioni sanitarie, con la speranza che in futuro i fisioterapisti e i tecnici di radiologia si possano incontrare non solo occasionalmente in ospedale ma anche sul territorio.

Il riferimento è ad un'assistenza domiciliare integrata sia dalla riabilitazione che dalla radiologia mobile, in quanto sempre più la Puglia si sta caratterizzando per la presenza della "radiologia domiciliare" in quasi ogni provincia.

A tal proposito, volendo oggi definire il tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM), possiamo dire che è un professionista impegnato in due grandi sfide:

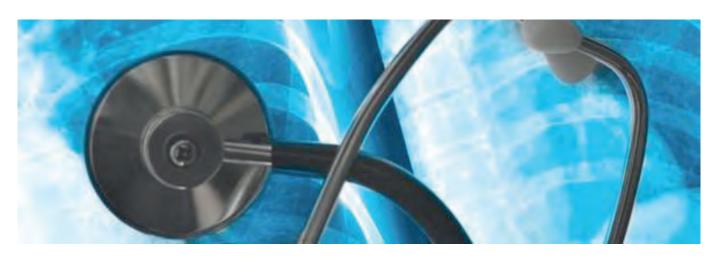
- la radioprotezione del paziente;
- il rapporto con la continua evoluzione tecnologica.

Pertanto, per il TSRM la rispettiva area di autonomia e responsabilità dichiarata dalle leggi n.42/1999 e n.251/2000, deve oggi coniugarsi con l'etica professionale iscritta nel codice deontologico, rappresentata dalla tutela della persona, soprattutto in relazione ai principi di protezione dai rischi derivanti dall'uso di radia-

zioni ionizzanti.

Solo dopo questa premessa, possiamo affermare che il tecnico di radiologia è il professionista abilitato a svolgere "via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, su prescrizione medica tutti gli interventi che richiedono l'uso di sorgenti di radiazioni ionizzanti, sia artificiali che naturali, di energie termiche, ultrasoniche, di risonanza magnetica nucleare" (D.M. 746/94), intendendo così come egli sia la figura di garanzia nell'esecuzione degli esami radiologici ma anche di altre indagini di "diagnostica per immagini" quali la mammografia, la densitometria, la tomografia computerizzata (TAC), la Risonanza Magnetica, le scintigrafie svolte in Medicina Nucleare e PET. Fino ad arrivare alla Radioterapia dove, oltre alle competenze tecniche, al TSRM è richiesta una grande umanità nell'essere costantemente vicino a pazienti oncologici.

Possiamo dire, quindi, che il profilo professionale del TSRM ha seguito il passo dello sviluppo
tecnologico in sanità. Dopo l'avvento di apparecchiature complesse come la TAC, la Risonanza
Magnetica, la Radioterapia e la PET, ora il futuro
è nella teleradiologia. Fa parte di questa metodica la "radiologia domiciliare", cioè la possibilità
di eseguire semplici radiografie direttamente a
casa del paziente o dove necessario (ambulatori
di periferia, residenze assistite) e inviarle a distanza in strutture nelle quali un medico radiologo le referterà comunicandone telematicamente
l'esito in tempo reale.







Un altro esempio virtuoso è quello della regione Basilicata, leader nazionale nello screening mammografico su mezzi mobili, appositamente allestiti nei singoli Comuni di residenza delle donne della popolazione oggetto di prevenzione secondaria. Anche qui, come nella radioterapia, il TSRM si spoglia delle vesti di "tecnologo" per giocare meglio il ruolo di facilitatore tra persona e macchina, con particolare riguardo agli aspetti comunicativi e relazionali.



Tutte rose e fiori per la professione del TSRM? No di certo. Soprattutto in Puglia, soffriamo un alto tasso di inoccupazione: ad un anno dalla laurea, trova lavoro solo un tecnico di radiologia su tre. Inoltre, secondo i dati dell'Osservatorio delle Professioni sanitarie, dieci anni fa sia i TSRM che i fisioterapisti avevano un'occupazione ad un anno dalla laurea del 93%. Nel 2014, per voi risulta dell'84% ma per noi tecnici di radiologia è crollata al 39%! Motivo per cui è importante lavorare insieme, e con la Regione, per una ottimale programmazione del fabbisogno formativo.

Infine, anche i TSRM sono in cerca di più autonomia dal medico radiologo. Di recente, il Collegio di Foggia è ricorso al Mediatore europeo per contrastare il recepimento di una Direttiva europea sulla radioprotezione (2013/59) che, solo in Italia, traduceva il termine "practitioner" come "medico specialista" anziché "professionista sanitario abilitato". Privando a monte il legislatore italiano di recepire la norma così come emanata dal Consiglio dell'Unione europea.

In tal senso, speriamo anche noi in una sentenza come quella che vi ha visto protagonisti l'anno scorso (Corte di Cassazione, sezione lavoro, n.5080 del 13 marzo 2015).







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



CONSULENZA



FORNITURA



FORMAZIONE



ASSISTENZA







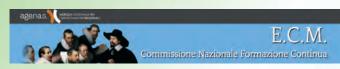
web: www.ecm-associazione.it

e-mail: ecmassociazione@gmail.com

mobile: 3939504842



Ecm Associazione



OFFERTA FORMATIVA 1º SEMESTRE 2017

 Valutazione e trattamento dell'emiplegico adulto e patologie affini (Bobath base)
 dott. Giovanni De Giorgi

dall'8 al 12 febbraio - dal 20 al 23 marzo - dal 22 al 25 maggio

- Pilates con piccoli attrezzi Roller Magic Circle Fit Ball applicato all'esercizio fisico Riabilitativo dott.ssa Floriana Fato
 11 12 18 marzo
- Valutazione e trattamento fisioterapico della spalla dolorosa secondo i principi della EBCP dott. Denis Pennella e dott.ssa Rosanna Tardocchi
 25 e 26 marzo
- Valutazione e trattamento fisioterapico della cervicalgia e radicolopatia secondo i principi della EBCP dott. F. Cataldi Dott Denis Pennella
 29 e 30 aprile
- Trattamento della deformità del rachide la Scoliosi, un approccio Evidence Based dott. Denis Pennella e dott. Filippo Maselli
 20 e 21 maggio
- Valutazione e trattamento fisioterapico della lombalgia
 secondo i principi della EBCP
 dott. Aldo Ciuro e dott. Filippo Maselli
 24 e 25 giugno