TOP PHYSIO®

QUALITY NETWORK

INNOVAZIONE ED ECCELLENZA IN FISIOTERAPIA

MAGAZINE
DI

FISIOTERAPIA
RIABILITAZIONE
MEDICINA DELLO SPORT

QUADRIMESTRALE
OTTOBRE 2019

CHIRURGIA PROTESICA DI ANCA

RAMO MALATTIA: UNA CENERENTOLA NEL PANORAMA ASSICURATIVO

EVITARE LE CADUTE NEGLI ANZIANI

TOP PHYSIO NETWORK

Magazine di fisioterapia, riabilitazione, medicina dello sport

Quadrimestrale Numero 7 - Ottobre 2019

Direttore responsabile
Bruno Turchetta

Direttore della comunicazione
Raimondo Astarita

Proprietà
Top Physio Network è una testata di
Top Physio s.r.l.
Via Francesco Saverio Nitti 11
00191 Roma (RM)
P. Iva 04474551001

Editore
Bericaeditrice s.r.l.
Piazza Campo Marzio, 12
36071 Arzignano (VI)
P. Iva 02633470246

Registrazione
Registrazione del Tribunale di Vicenza
n° 9 del 03-10-2018

Progetto editoriale
Coordinamento e produzione
Sandra Fratticci
Beatrice Lomaglio
Broking & Consulting srl
Via Parigi 11 - 00185 Roma (RM)
P. Iva 11858741009

Questo numero è stato chiuso in redazione con il contributo di
Andrea Acciarini
Giovanna Brancaleoni
Mariachiara Delicata
Claudio Genco
Alessia Mancinelli
Matteo Mancini
Giulio Montanari
Giuseppe Pallotta
Attilio Santucci
Matteo Turchetta
Alessandro Virgulti

Content curation
Matteo Turchetta

Coordinamento redazionale
Claudio Genco

Impaginazione e grafica
Hassel Comunicazione
www.hassel.it

Iconografia
Archivio Top Physio 2017

Stampa
Miligraf S.r.l.
Via degli Olmetti, 36
00060 Formello (RM)

Tiratura
12.000 copie

Carta certificata FSC, ricavata da fonti gestite in maniera responsabile

Contatti

Top Physio Network
www.topphysio.it
Tel. 389.191.80.81

Responsabile Network - Claudio Genco
E-mail genco@topphysio.it

Scrivici per avere informazioni sul network o per sottoporre il tuo materiale alla redazione.

INDICE

3 **IL PUNTO**
PROMOZIONE DEL BENESSERE

4 **WHAT'S UP**
RAMO MALATTIA: UNA CENERENTOLA NEL PANORAMA ASSICURATIVO

6 **PROSPETTIVE**
SANITÀ: 19,6 MILIONI DI ITALIANI COSTRETTI A PAGARE DI TASCA PROPRIA

8 **L'OPINIONE DELL'ESPERTO**
CHIRURGIA PROTESICA DI ANCA

12 **TOP FOCUS**
RIABILITAZIONE POST ARTROPROTESI D'ANCA

14 **DENTRO IL REPARTO**
ESERCIZI DI PROPRIOCEZIONE SU PEDANE POLIFUNZIONALI

18 **SFIDE POSSIBILI**
FIBROMIALGIA

21 **PRENDITENE CURA**
EVITARE LE CADUTE NEGLI ANZIANI

24 **IL CASO CLINICO DEL MESE**
EDEMA DELLA SPONGIOSA

26 **PRENDITENE CURA**
LA SACRO-ILIACA

SIAMO PRESENTI IN TUTTA ITALIA!

Le 300 strutture affiliate
a Top Physio Quality Network
coprono l'intero territorio nazionale

Per informazioni sul tuo centro di riferimento

visita il sito topphysio.it

call center nazionale
339.53.20.273

> Nella vita puoi ottenere tutto quello che vuoi se aiuti le altre persone ad ottenere quello che loro vogliono
>
> (Zig Ziglar)

PROMOZIONE DEL BENESSERE

INTERVENIRE SUI FATTORI DI RISCHIO È POSSIBILE

PREVENIRE
LE MALATTIE CRONICHE
È UNA PRIORITÀ
PER TOP PHYSIO

Gentili lettori,
alla base delle principali malattie croniche, oltre alla predisposizione genetica, sussistono fattori di rischio comuni e fortunatamente modificabili quali alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol e sedentarietà. Nel tempo questi possono esser causa dei cosiddetti fattori di rischio intermedi come l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Premesso ciò, contribuire in prima persona alla battaglia preventiva contro le malattie croniche è esplicita priorità di tutti i presidi affiliati al Circuito Top Physio Quality Network.

In un'ottica di riduzione dei fattori di rischio infatti, i Centri d'Eccellenza si trovano in posizione ideale per promuovere la salute e il benessere attraverso l'educazione, trasferendo alla popolazione l'importanza di una regolare attività fisica assistita dal fisioterapista, promuovendo una corretta nutrizione, infine gestendo il peso corporeo, lo stress ed eventuali vizi.

In questo modo il paziente, successivamente alla risoluzione della patologia primaria, motivo per il quale si è recato nel centro di fisioterapia, continuerà a lavorare sul suo stile di vita e sui suoi deficit funzionali, per prevenire infortuni nel caso di patologie acute o evitare recidive nel caso di patologie croniche.

Perché la salute, come sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non coincide con la semplice assenza di malattia, ma è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale che richiede un approccio alla cura che guardi alla persona nella sua totalità.

Buona lettura!

Il direttore
Bruno Turchetta

Vuoi ricevere gratuitamente la versione digitale di Top Physio Magazine?
Abbonati ora qui: www.topphysio.it/magazine-online-fisioterapia

RAMO MALATTIA: UNA CENERENTOLA NEL PANORAMA ASSICURATIVO

CON 2,9 MILIARDI DI PREMI RAPPRESENTA SOLO L'1,9% DEI 135 MILIARDI DI RACCOLTA TOTALE

DOTT. CLAUDIO GENCO

L'assemblea annuale di ANIA. Fonte: ANIA

Un mercato solido, che sconta tuttavia un profondo divario sul versante della tutela della salute. È la fotografia del panorama assicurativo italiano presentata a luglio in occasione dell'assemblea annuale dell'ANIA, Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, che ha celebrato quest'anno il 75° anniversario. L'evento ha visto la presenza di oltre 1200 partecipanti, con in prima fila il presidente della Repubblica Sergio Mattarella, il premier Giuseppe Conte e la presidente del Senato Maria Elisabetta Alberti Casellati.

Il mercato assicurativo italiano, secondo i dati diffusi dall'Associazione, è per dimensioni il 4° in Europa dopo Regno Unito, Francia e Germania, e l'8° nel mondo. Nel 2018 la raccolta premi complessiva è stata pari a 135 miliardi di euro (+3,2% rispetto al 2017), sommati ad ulteriori 18 miliardi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia. Complessivamente, gli utili netti conseguiti dal settore sono stati 4 miliardi di euro.

Imponente la mole degli investimenti degli assicuratori, che hanno superato gli 840 miliardi. Il 17% della ricchezza finanziaria totale delle famiglie italiane va infatti verso il risparmio assicurativo. La solidità dell'assicurazione italiana è attestata da indici di solvibilità di assoluta sicurezza: a fine 2018 il capitale disponibile era oltre due volte quello richiesto, a dimostrazione di come il settore sia in grado di far fronte a scenari avversi, anche molto severi.

L'industria assicurativa dà occupazione in via diretta e indiretta a circa 300 mila persone e sostiene parallelamente il debito pubblico, in quanto il 40% degli investimenti sono in titoli italiani, rappresentando il 15% dell'intero stock in circolazione.

In uno scenario decisamente florido il ramo malattia rimane la cenerentola del settore, rappresentando solo l'1,9% sul totale dei premi. Impietoso il confronto con le polizze vita, che da sole raccolgono il 44% dei premi, i fondi d'investimento

La presidente di ANIA, Maria Bianca Farina. Fonte: ANIA

(27%) e l'R.C. auto (9%).
La presidente di ANIA, Maria Bianca Farina, ha evidenziato come il mondo assicurativo sia in grado di fornire un contributo importante allo sviluppo del nostro Paese e al suo futuro benessere, soprattutto in termini di crescita, investimenti, stabilità, lavoro e coesione. In particolare, offrendo coperture contro i rischi cui sono esposte famiglie e imprese, il sistema assicurativo riduce le vulnerabilità, rafforza il percorso di crescita dell'economia e, integrando il ruolo del welfare pubblico, ne favorisce l'equilibrio economico e la funzione sociale. Effettuando una attenta valutazione dei rischi e incentivando la diffusione di strumenti di prevenzione, l'assicurazione diventa parte essenziale di un percorso di sviluppo sostenibile della società e garanzia di benessere per le future generazioni.
Tuttavia, la presidente Farina ha spiegato che permane nel nostro Paese un sensibile gap di protezione assicurativa, che lo rende più fragile e meno competitivo nello sviluppo. Ciò accade in particolare alla luce dei trend globali in atto, che acuiscono i bisogni di protezione, come l'invecchiamento della popolazione, i flussi migratori, le tensioni sociali, i fenomeni ambientali e climatici, le nuove frontiere tecnologiche. A fronte di ciò, si deve rendere più equa ed efficiente la spesa sanitaria privata, poiché la componente pagata di tasca propria dai cittadini incide enormemente sul totale: il 90% su 40 miliardi di euro, a differenza del 40% in Francia o del 55% in Germania. Per evitare di mettere il cittadino di fronte alla scelta tra pagare quando è in condizione di farlo o rinunciare alle cure nel momento in cui è più fragile, ANIA auspica un'integrazione del sistema pubblico non solo attraverso i fondi chiusi di categoria, ma anche tramite i fondi aperti e le polizze assicurative, con condizioni di accesso e gestione uguali per tutti. A tal proposito, un confronto tra ANIA e le istituzioni potrebbe consentire al Paese la rimozione dei fattori di debolezza attraverso misure legislative, regolamentari e fiscali adeguate e organiche, coinvolgendo imprese e sindacati.

PRIME 10 IMPRESE PER PREMI ASSICURATIVI NEL RAMO MALATTIA ITALIANO

Imprese in ordine decrescente	PREMI (migliaia di EURO)	VARIAZIONE 2018/2017 (%)	INCIDENZA SUL TOTALE (%)
TOTALE RAMO	**2.901.436**	**+7,3**	**100,00**
di cui Imprese Italiane ed extra-U.E.	2.762.550	+7,4	95,20
di cui Imprese U.E.	138.886	+4,6	4,80
di cui Imprese LPS	-	-	-
1 RBM ASSICURAZIONE SALUTE	514.714	+19,7	17,74
2 GENERALI ITALIA	481.052	+1,0	16,58
3 UNISALUTE	393.521	+10,2	13,56
4 ALLIANZ	235.126	+8,6	8,10
5 UNIPOLSAI ASSICURAZIONI	178.449	- 21,6	6,15
6 SOCIETÀ REALE MUTUA	93.462	+7,4	3,22
7 INTESA SANPAOLO ASSICURA	91.186	+3,9	3,14
8 AXA ASSICURAZIONI	86.083	+12,0	2,97
9 INCONTRA ASSICURAZIONI	71.837	+116,4	2,48
10 SOCIETÀ CATTOLICA	69.743	+6,5	2,40
			76,35

Fonte: ANIA, Premi del lavoro diretto italiano 2018

SANITÀ: 19,6 MILIONI DI ITALIANI COSTRETTI A PAGARE DI TASCA PROPRIA

UNO SU DUE RINUNCIA A PRENOTARE TRAMITE IL SERVIZIO PUBBLICO

DOTT. CLAUDIO GENCO

La sanità pubblica riesce sempre meno ad erogare prestazioni sanitarie in tempi adeguati: ad esempio, sono 128 i giorni di attesa per una visita endocrinologica, 114 per una diabetologica, 65 per una oncologica, 58 per una neurologica, 49 per una cardiologica. Cosa ancor più grave, il 35,8% degli italiani nel 2018 non è riuscito a prenotare, almeno una volta, una prestazione nel sistema pubblico, perché ha trovato le liste d'attesa chiuse. Questi i dati contenuti nel IX rapporto RBM Censis, realizzato su un campione nazionale di 10.000 cittadini maggiorenni e presentato a Roma il 13 giugno 2019, in occasione del Welfare Day 2019.

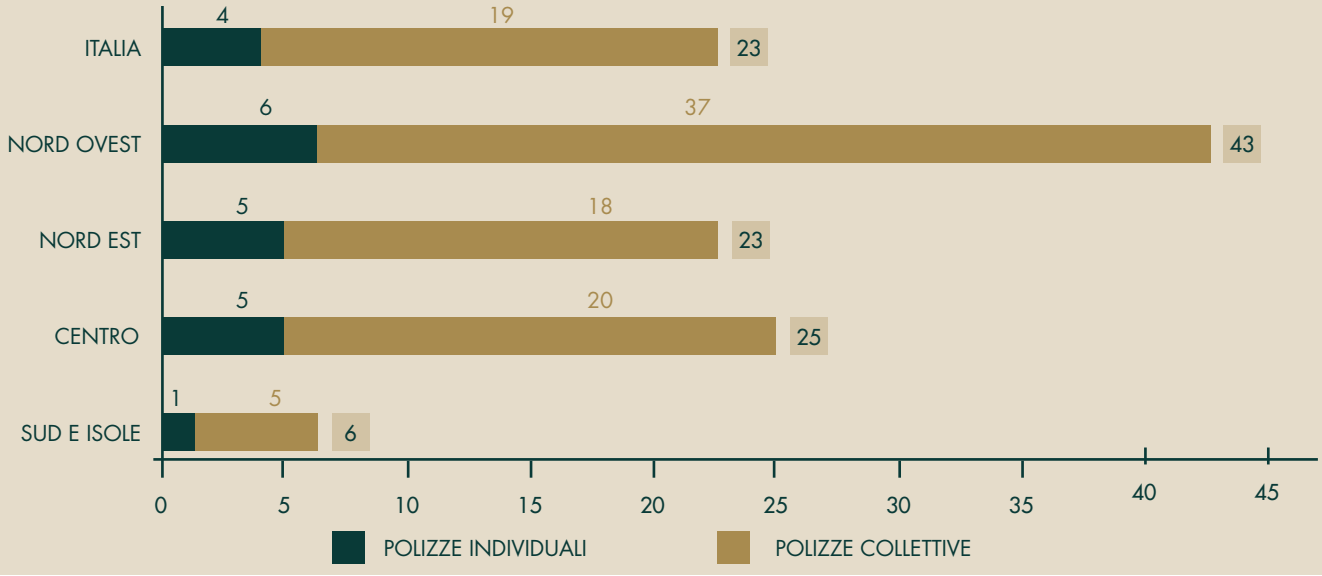
Come diretta conseguenza di questo scenario, il 44% della popolazione si rivolge direttamente al privato, anche per le cure che rientrano nei livelli essenziali di assistenza del SSN, incrementando in particolar modo la spesa "di tasca propria" (+9,9% dal 2017), rispetto alla spesa intermediata dalla sanità integrativa, che aumenta con trend più modesti (+0,5%).

Facendo alcuni esempi specifici, il 37,5% dei tentativi di prenotazione di una visita ortopedica tramite il Sistema Sanitario Nazionale finisce per transitare nella sanità a pagamento. Per quanto riguarda invece i tentativi di prenotazione di accertamenti diagnostici transitano nel privato il 30,1% delle ecografie, il 26,3% delle risonanze magnetiche e il 25,7% delle RX.

Complessivamente, sono 19,6 milioni gli italiani "forzati" verso la sanità a pagamento, cioè spinti almeno una volta l'anno a pagare di tasca propria prestazioni prescritte dal medico, mentre il 50% dei cittadini finisce con il rassegnarsi e non prova neanche più a prenotare una prestazione con l'SSN, mettendo mano al portafoglio e rivolgendosi direttamente al servizio privato. In soldoni, nel 2018 la spesa sanitaria privata media pro-capite ha superato i

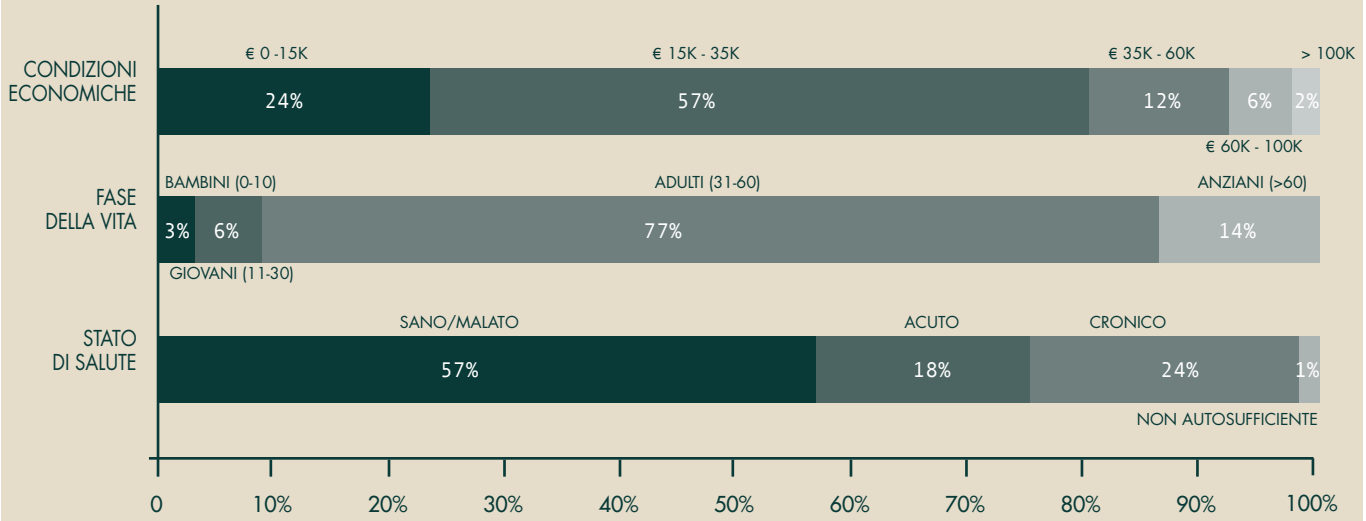
LA SANITÀ INTEGRATIVA - DIFFUSIONE E LIVELLI DI ADESIONE PER AREA GEOGRAFICA (PROIEZIONE 2019)

ASSICURATI OGNI 100 CITTADINI PER MACROAREA GEOGRAFICA — TOTALE ASSICURATI: 13,9 MLN



LA SANITÀ INTEGRATIVA - DIFFUSIONE E LIVELLI DI ADESIONE PER CONDIZIONI ECONOMICHE, ETÀ E STATO DI SALUTE (PROIEZIONE 2019)

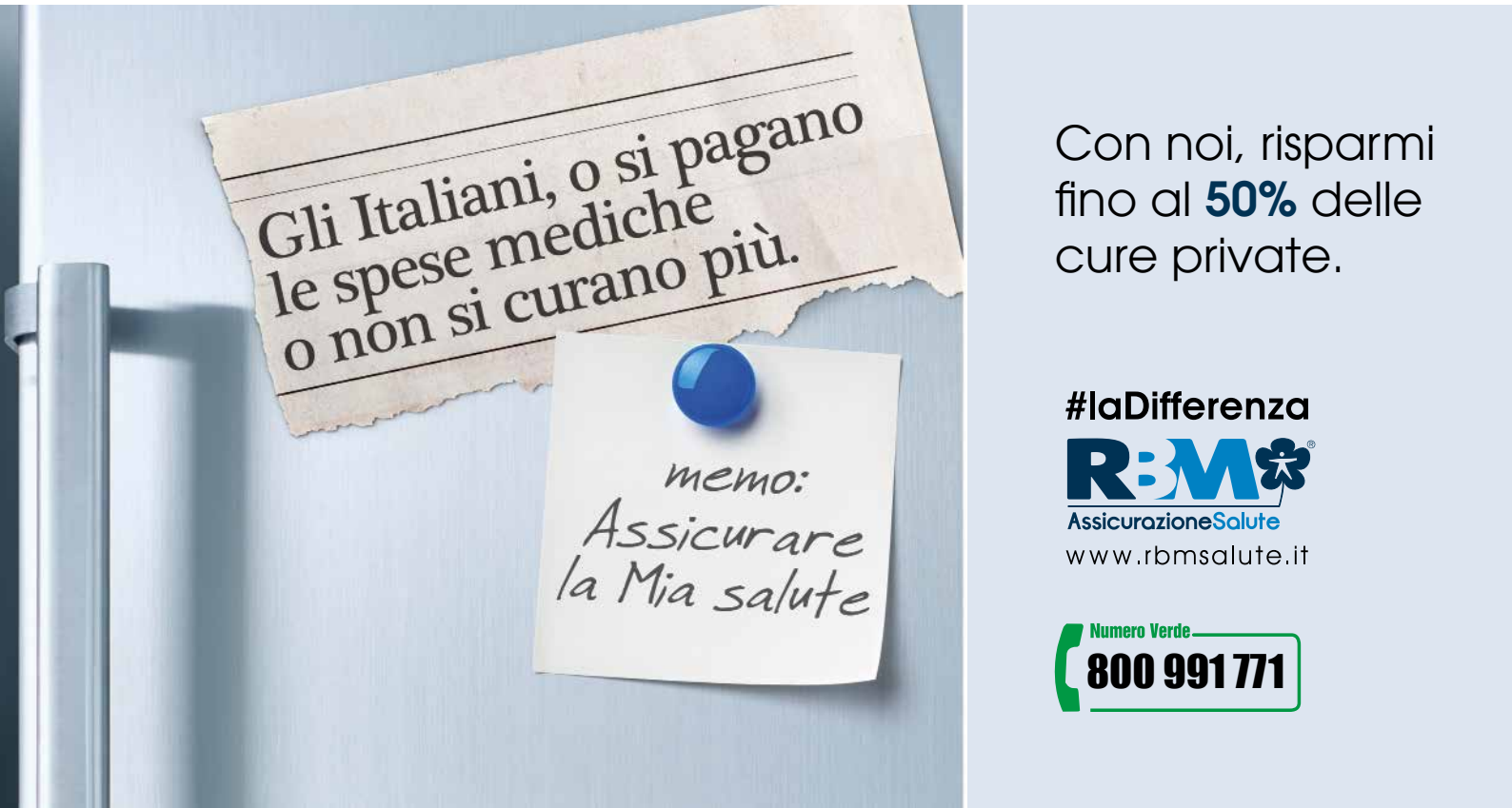
ASSICURATI OGNI 100 CITTADINI PER MACROAREA GEOGRAFICA — TOTALE ASSICURATI: 13,9 MLN



691 euro registrando un aumento del 12,3%, mentre la spesa privata aggregata ha subito un incremento del 7,2% raggiungendo i 37,3 miliardi, con stime per il 2019 pari a poco meno di 42 miliardi.

Secondo Marco Vecchietti, amministratore delegato di RBM Assicurazione Salute, la sanità integrativa, i fondi e le polizze sanitarie, rappresentando di fatto importanti tutele sociali aggiuntive, sono in grado di garantire un aiuto concreto ai cittadini e alle famiglie italiane di fronte al costante innalzamento dei bisogni di cura ed alla necessità di pagare una quota sempre maggiore delle prestazioni sanitarie di tasca propria.

Un sistema che nei numeri dimostra di funzionare piuttosto bene per chi lo ha già e che necessita da tempo di politiche di supporto da parte del Governo per diffondersi ulteriormente.



CHIRURGIA PROTESICA DI ANCA

SOLUZIONE AL DOLORE E ALLA RIGIDITÀ

TOP PHYSIO NETWORK TOP SPECIALIST

PROF. ATTILIO SANTUCCI
SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - DIAGNOSI E CHIRURGIA DELLA PROTESI D'ANCA

L'artroprotesi d'anca è un dispositivo artificiale che sostituisce le parti dell'anca irrimediabilmente compromesse. Viene impiantato nelle due ossa – femore da un lato e acetabolo dall'altro – formando così una neo-articolazione dell'anca, che consente nuovamente una regolare funzione di carico e di movimento.
Sia la protesi femorale che quella acetabolare sono costituite da una componente metallica che ha funzione di tenuta, come un impianto dentario. La protesi che viene inserita nel femore è a forma di fittone o stelo, invece quella che si incastra nell'acetabolo è a forma di emisfera o cupola. Ognuna di esse ha una seconda componente di ceramica, polietilene o metallo, che si inserisce sulla prima fungendo da "vera" articolazione artificiale e consentendo il movimento, proprio come la corona sull'impianto dentario.
Avendo come scopo quello di ricostruire al meglio la geometria articolare dell'anca, gli impianti vengono scelti in base alle caratteristiche del paziente. Le protesi utilizzate sono in titanio poroso che, grazie alle sue eccellenti caratteristiche di biocompatibilità, consente un'ottimale osteointegrazione dell'impianto. Per accelerare questo fondamentale processo, le componenti impiegate sono rivestite di idrossiapatite, una ceramica bioattiva con elevate capacità osteoinduttive e osteoconduttive.
Il disegno protesico viene scelto in base alla qualità dell'osso del paziente e alla via d'accesso utilizzata. Per garantire una maggior durata nel tempo degli impianti, in tutti i pazienti viene utilizzato un accoppiamento articolare in ceramica Delta, caratterizzato da ottime caratteristiche

tribologiche che ne garantiscono una elevatissima resistenza all'usura.

QUANDO È NECESSARIA UNA PROTESI DELL'ANCA

L'indicazione per la chirurgia viene data sulla base del dolore che avverte il paziente e della sua disabilità, non sull'età. Ci sono diversi motivi per cui il medico può raccomandare un intervento chirurgico di protesi di anca. Esso trova indicazione in diverse forme di artropatia cronica ad andamento evolutivo, sulla base della gravità clinica e radiografica. Le cause più frequenti che richiedono l'intervento di artroprotesi dell'anca sono l'artrosi, le fratture, o le conseguenze di fratture curate ma non guarite come l'artrosi post-traumatica. Cause meno frequenti sono la necrosi avascolare della testa femorale, le malattie reumatiche come artrite reumatoide o artriti siero-negative, infine l'artrosi secondaria a lussazione congenita dell'anca o epifisiolisi. Ad esclusione delle fratture, l'intervento chirurgico è comunque raccomandato nel caso in cui una delle suddette patologie si manifesti con grave dolore o rigidità che limita le attività quotidiane come camminare, guidare, vestirsi, alzarsi o sedersi.

COME FUNZIONA L'INTERVENTO DI PROTESI DELL'ANCA

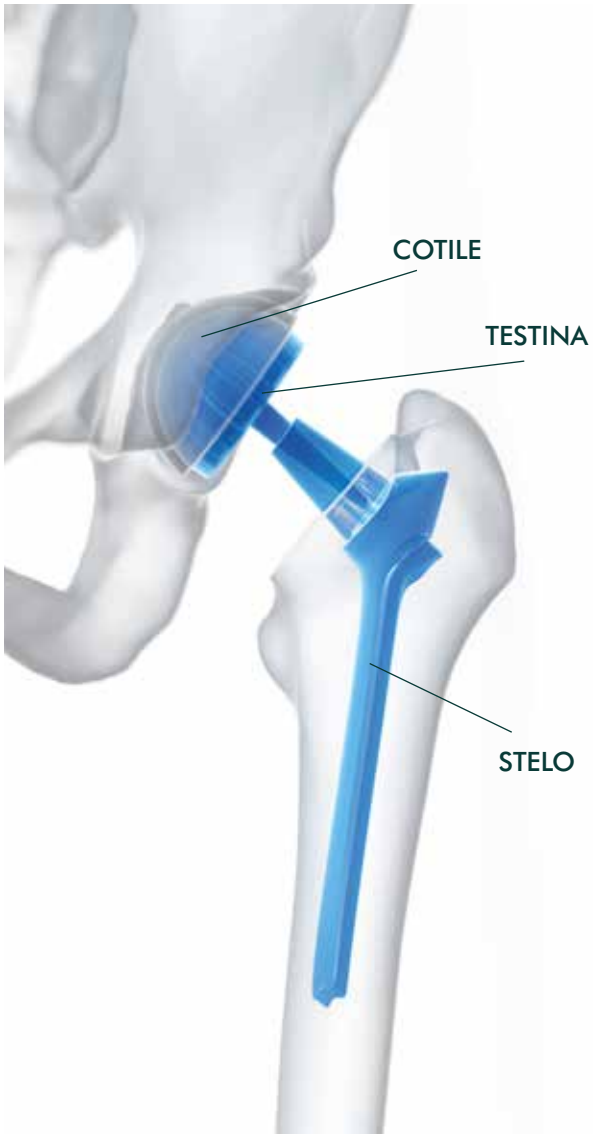
L'intervento di artroprotesi dell'anca consiste nella rimozione della parte malata e deformata del femore, cioè la testa e una parte del collo, e dell'acetabolo, la cavità dove si trova la testa femorale e dove avviene il movimento dell'anca. Le parti rimosse vengono sostituite con la protesi per il femore e quella per l'acetabolo, in modo da ripristinare una normale funzione di sostegno del corpo e di movimento.

La tenuta o stabilità della protesi dell'anca è inizialmente garantita dall'incastro meccanico delle due componenti nell'osso. Questo reagisce tappezzando con una neoformazione ossea la superficie della protesi, che viene così "accettata" o osteo-integrata. Questo processo richiede diversi mesi, durante i quali non è consigliabile sottoporre la protesi alle massime sollecitazioni. Nel caso in cui la scarsa qualità dell'osso non lo permetta, ci si avvale dell'utilizzo di cemento chirurgico.

I capi articolari vengono poi ricostituiti applicando un inserto all'interno della coppa acetabolare ed una testina sullo stelo femorale. I materiali utilizzati per queste componenti sono diversi: gli accoppiamenti utilizzati sono ceramica-ceramica, metallo-polietilene o ceramica-polietilene. La scelta varia a seconda dell'età e della richiesta funzionale del paziente. Al termine, i tessuti vengono accuratamente reinseriti al fine di rendere più stabile la protesi con minori rischi di lussazione e possibilità di iniziare a deambulare precocemente, a partire già dal giorno dopo l'intervento. A seconda dell'età e della corporatura del paziente viene scelto l'approccio chirurgico meno invasivo, per diminuire l'incidenza di eventuali complicanze o la necessità di trasfusioni. Il dolore post-operatorio, variabile da paziente a paziente, viene avvertito soprattutto nei primi 3-4 giorni.

NON ESISTONO LIMITAZIONI ASSOLUTE DI ETÀ O PESO PER LA CHIRURGIA DI PROTESI

PROTESI TOTALE



RIABILITAZIONE DOPO LA PROTESI D'ANCA: TEMPI E MODALITÀ DI RECUPERO

Un tempo, dopo l'intervento chirurgico di protesi dell'anca i pazienti erano costretti all'immobilità a letto, per diverse decine di giorni. Oggi invece, grazie alle attuali tecniche chirurgiche mini invasive e alle nuove protesi, essi possono riprendere a muoversi concludendo il ricovero dopo 6-8 giorni.

Successivamente è fondamentale eseguire un programma di riabilitazione finalizzato a ridurre i tempi di recupero e a migliorare i risultati. Esso consiste nel mettersi in piedi e camminare con il supporto di ausili specifici e dei fisioterapisti, come detto già a partire dal primo giorno dopo l'intervento, eseguendo esercizi finalizzati al recupero della forza muscolare e del movimento. Si fanno parallelamente delle applicazioni di terapia fisica con appositi strumenti per ridurre in tempi brevi il gonfiore e l'ematoma. Si passa quindi alla riabilitazione in palestra e, dopo la rimozione dei punti, a quella in piscina. Il paziente deve far uso delle stampelle, con opportuna cautela, per circa 4-6 settimane, durante le quali guarirà la ferita ed i tessuti torneranno alla normalità.

Fintanto che la deambulazione è ridotta vanno praticate delle iniezioni di anticoagulante (ad es. l'eparina) per evitare che si formino eventuali trombi nelle gambe.

Se il paziente si attiene con scrupolo agli esercizi di riabilitazione e non forza i tempi, il recupero totale e la ripresa delle normali attività avviene dopo 45-60 giorni. Tra le normali attività è inclusa anche la pratica di alcuni sport, quelli in cui non sono previsti movimenti bruschi e urti da contatto.

GRAZIE ALLE ATTUALI TECNICHE I PAZIENTI POSSONO CONCLUDERE IL RICOVERO DOPO 6-8 GIORNI

I MOVIMENTI E I GESTI DA EVITARE

Il periodo post-operatorio è delicato: per recuperare al meglio bisogna curare ogni dettaglio. In particolare, per i primi 45-60 giorni vanno evitati movimenti bruschi e posizioni estreme come flessioni dell'anca oltre i 90°, rotazioni, sedie troppo basse. Inoltre bisogna evitare di pressare la ferita, per esempio dormendo sul lato operato.

LA DURATA DI UNA PROTESI

Secondo le statistiche mondiali attuali più del 90% delle protesi d'anca durano tra i 20 e i 25 anni, tuttavia l'obiettivo è chiaramente che durino tutta la vita. Non esistono limitazioni assolute di età o peso per la chirurgia di protesi, ma un peso eccessivo può contribuire negativamente alla sua longevità. Nel caso una protesi fallisca per l'usura dovrà essere sostituita. L'intervento necessario, detto di revisione della protesi di anca, è sicuramente più complesso rispetto all'intervento di primo impianto.

La maggior parte dei pazienti che si sottopone a protesi totale dell'anca è di età compresa tra i 50 e gli 80 anni. Tuttavia, nei casi in cui le limitazioni funzionali fossero tali da abbassare sensibilmente la qualità della vita, l'intervento è stato eseguito con successo a tutte le età: dal giovane diciottenne con artrite giovanile, al novantenne con artrosi degenerativa.

Eccetto nel caso di frattura scomposta del collo femore l'intervento non è urgente. Ciò nonostante è sconsigliato sopportare dolore e disagi rimandandolo per molto tempo.

RISULTATI

La prima protesi d'anca è stata applicata negli anni '60. In questi anni, la tecnica è migliorata a vista d'occhio e i benefici di cui godono i pazienti sottoposti all'operazione sono sensazionali, finendo per considerare la protesi dell'anca "l'intervento del secolo". Nel mondo si impiantano un milione e mezzo di protesi d'anca ogni anno, con l'Italia ai primi posti in Europa.

Dopo la riabilitazione il paziente può tornare a condurre una vita normale, di ottima qualità: più del 90% delle persone sottoposte ad intervento di protesi d'anca ha verificato una notevole riduzione del dolore e un significativo miglioramento della capacità di eseguire attività comuni della vita quotidiana.

OMNIA

MULTIMETODICA PER FISIOTERAPIA

4 in UNO

OMNIA può essere utilizzato in un ambiente medico su un carrello appositamente realizzato per ottimizzare la sua gestione operativa e quella dei numerosi accessori di cui è dotata oppure essere trasportato al domicilio del paziente per mezzo di una comoda borsa

Tecarterapia - Elettroterapia - Ultrasuonoterapia - Laserterapia disponibili in un'unica apparecchiatura di ingombro e peso contenuti.

CE 1936

Elettromed s.r.l.: Via Fosso dell'Acqua Mariana, 87 - Roma - Tel. 0679845115 - www.elettromed.it

RIABILITAZIONE POST ARTROPROTESI D'ANCA

COME RECUPERARE AL 100%

DOTT.SSA MARIACHIARA DELICATA
MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA
IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

DOTT.SSA ALESSIA MANCINELLI
DOTTORE IN FISIOTERAPIA

Negli interventi chirurgici di impianto di artroprotesi d'anca si effettua la sostituzione dell'articolazione dell'anca, cioè quella esistente tra femore e bacino, con elementi meccanici artificiali. Nel caso si effettui una sostituzione completa, cioè si sostituiscano sia la componente del bacino che quella del femore, si parla di artroprotesi. Tuttavia, in alcuni casi particolari, ad esempio nelle fratture del collo del femore o nei pazienti più anziani o affetti da pluripatologie, si può scegliere di effettuare un intervento meno invasivo limitato alla sostituzione della sola componente femorale (endoprotesi).
Le principali patologie in cui è indicata la chirurgia protesica dell'anca sono l'artrosi dell'anca refrattaria alle terapie conservative (85%), l'osteonecrosi asettica della testa del femore (2%), la frattura del collo del femore (10%), alcune patologie congenite come la displasia congenita dell'anca (2%), le fasi avanzate di patologie reumatiche come l'artrite reumatoide (1%)[1].

Quando il medico fisiatra prende in carico un paziente dopo l'intervento di artroprotesi o endoprotesi d'anca è necessario innanzitutto informarsi su quale sia la patologia che ha portato all'indicazione chirurgica, quindi se il paziente è stato sottoposto ad intervento poiché affetto da coxartrosi o per frattura di femore. Nel primo caso il paziente è generalmente più giovane, spesso ha già seguito un percorso riabilitativo pre-intervento. Nel secondo caso è invece un paziente più anziano, ha subito il trauma della frattura, è impaurito ed

affetto da polipatologie.
La riabilitazione inizia generalmente nelle prime 24-48 ore postoperatorie, o comunque appena possibile e deve tener conto di vari fattori quali l'età del paziente, lo stato cognitivo, il grado di collaborazione e le condizioni mediche generali. Citando il recente articolo di Kenyon-Smith et al[2] la mobilizzazione precoce del paziente dopo intervento all'anca riduce i tempi di degenza e di conseguenza i tempi di recupero.
Nel centro Top Physio Balduina, centro medico di eccellenza FIFA situato presso la Casa di Cura Villa Stuart di Roma, i pazienti vengono visitati nella prima giornata postoperatoria dal medico fisiatra, che provvede a stilare il progetto e il programma riabilitativo. Posti dunque gli obiettivi e le

1 R. Pivec et al., HIP arthroplasty, in «Lancet», 2012, 380 (9855), pp. 1768-70.

2 T. Kenyon-Smith, E. Nguyen, T. Oberai, R. Jarsma, Early Mobilization Post–Hip Fracture Surgery, in «Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation» 2018, Volume 10, pp. 1-6.

3 M. Di Monaco, C. Castiglioni, Which type of exercise therapy is effective after hip arthroplasty? A systematic review of randomized controlled trials, in «Eur J Phys Rehabil Med», 2013, 49, pp. 893-907.

modalità con cui raggiungerli, il paziente inizia il percorso di riabilitazione con il fisioterapista.

Sebbene in letteratura non esista al momento evidenza sul tipo e sul timing di esecuzione degli esercizi[3], dopo un intervento di artroprotesi d'anca gli obiettivi della riabilitazione sono il recupero dell'articolarità, del tono muscolare, della propriocezione e della deambulazione, nonché il recupero delle autonomie nelle attività di vita quotidiana (AVQ) e il rientro all'attività sportiva e/o lavorativa.

Nella fase acuta (1°- 3° giorno postoperatorio)[4] al paziente vengono insegnati i passaggi posturali e i trasferimenti, la mobilità al letto con le relative precauzioni, le norme antilussazione, viene iniziata la verticalizzazione e la deambulazione iniziando per tratti brevi con ausilio del deambulatore e secondo il carico indicato. In aggiunta si dà inizio alla kinesiterapia passiva dell'arto inferiore e agli esercizi di rinforzo muscolare isometrici per quadricipite femorale, glutei e tricipite surale. Si inizia quindi l'addestramento alle attività di vita quotidiana.
Particolare importanza riveste l'informazione data al paziente circa le norme antilussazione, in quanto l'osservanza di queste precauzioni implica una partecipazione attiva del paziente e consente di prevenire una delle complicanze dell'intervento di impianto di artroprotesi d'anca, cioè la lussazione dell'artroprotesi d'anca, che consiste nella perdita dei rapporti articolari tra le due componenti e potrebbe necessitare di un nuovo intervento chirurgico.
In sostanza, nella maggioranza dei casi in cui l'accesso chirurgico è posterolaterale il paziente dovrà evitare alcuni movimenti. La flessione dell'anca non dovrà superare gli 80°: tale grado di flessione viene raggiunto anche sedendosi con il busto inclinato in avanti, per cui bisognerà istruire il paziente su come sedersi correttamente e di utilizzare un apposito presidio alzawater. È da evitare l'extrarotazione dell'anca, movimento che si verifica durante l'accavallamento delle gambe, che quindi sarà vietato. Inoltre va evitato il movimento di adduzione, cioè l'avvicinamento dell'arto operato a quello sano (che potrebbe avvenire riposando sul fianco non operato), posizionando un cuscino di adeguato spessore tra le due gambe.

In fase subacuta (3°- 7° giorno)[5] il paziente continua l'addestramento alla deambulazione e alle AVQ semplici. In questa fase il paziente inizia le sedute in palestra iniziando anche le elettrostimolazioni, la massoterapia e, ove possibile, anche la TECAR a livello della coscia. Inoltre vengono iniziati gli esercizi di rinforzo per gli abduttori e gli estensori dell'anca. Inizia prima possibile, in base alla clinica, il passaggio dal deambulatore ai bastoni canadesi.
In fase successiva (2a-3a settimana) viene iniziata la cyclette, gli esercizi isotonici e l'idrokinesiterapia.

In genere il paziente viene dimesso dopo la rimozione dei punti di sutura con prescrizione di ciclo di fisioterapia con frequenza di 5 volte a settimana, che può essere svolta sia a domicilio sia presso il centro di fisioterapia. Il paziente viene rivalutato in genere dopo circa dieci sedute e quindi dopo un mese. La guida dell'automobile viene generalmente concessa dopo 5 settimane dall'intervento.

Dopo il percorso di fisioterapia il paziente può essere riavviato all'attività sportiva con la supervisione del medico fisiatra e del preparatore atletico. Gli sport raccomandati dopo artroprotesi d'anca[6] sono il cammino, il nuoto e il ciclismo. Al contrario, il calcio, il basket e la corsa non sono consigliati. Il tennis, lo sci e l'equitazione sono consigliati solo se con esperienza precedente all'intervento.

4 S. Ferrari, P. Pilastrini, M. Testa, C. Vanti, Riabilitazione post chirurgica del paziente ortopedico, Elsevier, 2016; pp. 106-112.

5 Ibid.

6 A. Keren A, Y. Berkovich, M. Soudry, Sport activity after hip and knee arthroplasty. in «Harefuah», 2013 Nov, 152 (11), pp. 649-53, 688.

ESERCIZI DI PROPRIOCEZIONE SU PEDANE POLIFUNZIONALI

EQUILIBRIO, COORDINAZIONE ED ELASTICITÀ

ING. MATTEO MANCINI
RESPONSABILE TECNOLOGIE
E INNOVAZIONE TOP PHYSIO

COS'È LA PROPRIOCEZIONE

La propriocezione è la capacità di percepire e riconoscere la posizione del proprio corpo nello spazio e lo stato di contrazione dei propri muscoli, anche senza il supporto della vista. Derivante dal latino "proprius" (proprio) e dalla parola inglese "(re)ception" (ricezione), governa l'equilibrio, la stabilità e la coordinazione dei movimenti sottili.
Il piede è uno strumento complesso, un capolavoro di biomeccanica che attraverso ossa, legamenti, articolazioni, muscoli e pelle fa da tramite tra il suolo e il sistema nervoso centrale, permettendo al corpo di stare in posizione eretta, di coordinare la postura e di muoversi agevolmente, adattandosi al terreno percorso. È la regione del corpo in grado di fornire il maggior numero di informazioni propriocettive, derivanti dai recettori situati nella parte anteriore del tallone, sotto la testa dei metatarsi e sotto l'alluce e nei muscoli lombricali del piede.
È un meccanismo sofisticato che ha lo scopo di fornire al sistema nervoso centrale informazioni della massima precisione, in tempo reale, su diversi parametri legati al movimento del corpo:

- movimento biomeccanico (velocità, forza, direzione, accelerazione)
- parametri fisiologici, sullo stato e sui cambiamenti biologici che si verificano nei muscoli, nei tendini e nelle articolazioni, in conseguenza del movimento effettuato.

Le informazioni rilevate dai recettori sono elaborate all'interno di riflessi spinali volti al mantenimento della corretta postura e a contrastare la forza di gravità. La stimolazione del piede nudo attraverso diversi tipi di superfici e di esercizi permette di allenare questa sensibilità, sviluppando una migliore capacità di risposta del corpo agli stimoli esterni.

COME STIMOLARLA

In questo contesto si inseriscono perfettamente le pedane propriocettive polifunzionali, in grado di riprodurre una varietà di percorsi naturali accidentati rendendoli accessibili nella quotidianità come sabbia, sassi o pendenze. Questi inducono una continua instabilità durante l'esecuzione dei movimenti ed obbligano il corpo ad adattarsi costantemente per mantenere l'equilibrio, integrando le informazioni ricevute dai propriocettori.
Le pedane propriocettive rispondono a questa necessità anche grazie all'allenamento a piedi nudi.
Esistono pedane, come HumanTecar® MAT - brevetto esclusivo di Unibell - costituite da un insieme di superfici di dimensioni variabili, liberamente associabili fra loro per creare percorsi personalizzati e facilmente collocabili anche in spazi limitati, realizzati con materiali diversi che simulano diversi livelli di instabilità, come polietilene, poliuretano, materiali viscoelastici, composizioni di materiali studiati appositamente per questo tipo di tecnologia. Queste pedane permettono di simulare diverse condizioni di terreno naturale irregolare ed obbligano il corpo a recuperare costantemente la condizione di equilibrio nel corso dell'esercizio pro-

priocettivo, con conseguente recupero di tono e forza più rapido rispetto agli esercizi tradizionali.
Un ulteriore aspetto che caratterizza questo tipo di attività è l'assorbimento degli urti da parte del materiale che compone le pedane, che evita shock e sovraccarichi delle articolazioni e aumenta il dispendio energetico, rispetto ad eseguire gli stessi esercizi sul terreno.

CAMPI DI APPLICAZIONE

Questo tipo di attività stimola piacevolmente e in modo naturale la microcircolazione e i meccanocettori del piede, "risvegliando" l'attività dei recettori nervosi che si trovano nei muscoli, nei tendini e nelle articolazioni e che determinano la percezione della posizione del corpo nello spazio (propriocezione). Attraverso il piede, il corpo ritrova rapidamente la funzionalità, l'equilibrio e le condizioni per sfruttare tutte le proprie potenzialità.
Grazie alla possibilità di creare percorsi modulabili, versatili e personalizzabili, le pedane assecondano molteplici esigenze:

Età infantile

Durante lo sviluppo di un bambino, l'insieme di esperienze senso-motorie a cui è esposto fino ai 7 anni svolge un ruolo fondamentale: il sistema propriocettivo infatti si sviluppa fino a quest'età. Una scarsa attività fisica in questa fase può essere fonte di patologie. Un alterato sviluppo degli schemi motori ha forti ripercussioni su: tono muscolare, coordinazione, equilibrio e perfino su concentrazione e apprendimento.
Stimolare il sistema propriocettivo in età evolutiva permette di prevenire il futuro sviluppo di alterazioni motorie e posturali e di correggere precocemente patologie strutturali congenite.
Gli esercizi sulle pedane propriocettive sono visti dai bambini come un gioco, ma sin dalla prima lezione vengono appresi in autonomia schemi motori corretti, coordinazione ed equilibrio grazie ad un fisiologico processo di autocorrezione, con benefici immediati nella postura, coordinazione e rilassamento muscolare.

Età adulta

Le pedane permettono di mantenersi in forma grazie al maggiore dispendio energetico degli esercizi propriocettivi e alla sicurezza per le articolazioni, intensificano l'allenamento e riducono la fatica e il rischio di lesioni, permettono il perfezionamento del gesto atletico e una più celere riatletizzazione nel caso di sportivi professionisti o amatoriali reduci da una pausa forzata, sono quanto mai preziose in caso di trattamento di patologie flebolinfologiche, cali di forma e sovrappeso.

Terza età

L'attività propriocettiva a piedi nudi risulta particolarmente preziosa dove il passar del tempo abbia indebolito l'ap-

parato muscoloscheletrico. Le pedane sono ideali per migliorare l'equilibrio e la coordinazione, mantenendo così un corretto schema motorio nella deambulazione e riducendo il rischio di cadute. Inoltre permettono di acquisire maggior forza muscolare e una ritrovata flessibilità per un sensibile miglioramento della qualità della vita.

Le pedane polifunzionli possono essere utilizzate in diversi contesti a seconda dei diversi scopi:

Riabilitazione e riatletizzazione

Permettono di eseguire esercizi controllati, specifici per il rinforzo di muscoli e articolazioni in seguito a lesioni, fratture o semplici distorsioni. Inoltre permettono di ridurre enormemente il carico a livello articolare grazie all'assorbimento dell'energia cinetica, salvaguardando così le articolazioni e accelerando i tempi di guarigione.

Nella riabilitazione permettono quindi di eseguire uno straordinario lavoro propriocettivo senza esporsi al rischio di shock meccanici.

Nella riatletizzazione sono ideali per il recupero ottimale dell'attività del sistema nervoso centrale, base fondamentale per la ripresa sportiva.

Alcune patologie dove trovano grande applicazione sono:
- displasia dell'anca
- piede piatto
- varismo/valgismo del ginocchio
- problemi posturali quali scoliosi, lordosi, cifosi
- rachitismo
- dismorfismo
- obesità infantile.

Sport agonistici e amatoriali

Ideali per allenare in modo specifico la propriocettività, abbinandola al gesto atletico caratteristico dello sport. Sono molto indicate per:
- un'attività fisica intensa ma al riparo da traumi articolari
- migliorare l'equilibrio e mantenere il corretto schema motorio nella deambulazione
- sviluppare al massimo il controllo del gesto atletico
- accelerare il recupero in seguito ad un infortunio
- avere un miglior controllo della muscolatura durante l'attività sportiva e favorire la sollecitazione di gruppi muscolari interi, evitando le contrazioni isolate.

Sovrappeso e obesità

Per favorire un intenso consumo energetico, riducendo enormemente il carico a livello articolare grazie all'assorbimento dell'energia cinetica che semplifica l'attività motoria.

Problemi circolatori

Nel trattamento della patologia flebolinfologica, grazie all'intenso lavoro muscolare e allo stimolo propriocettivo che favorisce la circolazione di ritorno, con evidenti vantaggi per chi soffre di gambe pesanti, linfedema, cellulite e problemi di circolazione in genere.

HUMANTECAR® MAT

La forza dell'equilibrio. Innovative pedane propriocettive che stimolano il piede per allenare il corpo.

Made in Italy

Brevetto esclusivo di Unibell srl - **N. brevetto 13002399.7**
Prodotto altamente tecnologico fabbricato a mano in Italia.

HumanTecar® MAT è la risposta all'esigenza di recuperare rapidamente la piena funzionalità di muscoli e articolazioni, ma anche consentire al corpo di sfruttare appieno le proprie potenzialità, con uno stimolo del tutto naturale.

Si tratta di una tecnologia all'avanguardia per un allenamento da eseguire a piedi nudi. Crea vari livelli di instabilità grazie ad un insieme di superfici che simulano diversi terreni naturali: sabbia, sassi, superfici irregolari e inclinate. Questo tipo di attività stimola piacevolmente e in modo naturale i meccanocettori del piede, "risvegliando" la microcircolazione e l'attività dei propriocettori di muscoli, tendini e articolazioni, responsabili della percezione della posizione del corpo nello spazio (propriocezione).

È così che, attraverso il piede, il corpo ritrova rapidamente la capacità di sfruttare tutte le proprie potenzialità: migliora equilibrio, tono muscolare, forza, e coordinazione, in soggetti di ogni fascia d'età.

Le pedane HumanTecar® MAT offrono la possibilità di creare percorsi versatili e personalizzabili, rispondendo a molteplici esigenze in numerosi ambiti di applicazione.

AMBITI DI APPLICAZIONE

• **SPORT:** per un allenamento intenso ed efficace ma al riparo da traumi articolari, per migliorare l'equilibrio, il controllo della muscolatura, per coordinare l'esecuzione del gesto atletico e accelerare il recupero in seguito ad un infortunio;

• **RIABILITAZIONE:** per eseguire uno straordinario lavoro propriocettivo, senza il rischio di shock meccanici e riacquistare rapidamente il corretto schema motorio nella deambulazione;

• **TERZA ETÀ:** per migliorare equilibrio, tono degli arti inferiori ed evitare cadute;

• **BAMBINI:** per prevenire e trattare i disturbi legati alla coordinazione motoria;

• **DANZA:** per moltiplicare gli effetti dell'allenamento, perfezionare la tecnica e facilitarne l'apprendimento (Hiit Ballet® by Jose Perez);

• **RECUPERO DELLA FORMA:** per un allenamento con elevato dispendio energetico, in particolare in caso di obesità;

• **ANIMALI DI PICCOLA TAGLIA:** in percorsi di riabilitazione nel caso in cui un trauma abbia interessato e alterato i meccanismi propriocettivi.

CONTATTACI PER AVERE MAGGIORI INFORMAZIONI E SAPERE DOVE ACQUISTARLE.

humantecar.com
Tel. +39 039 991131
info@humantecar.com

FIBROMIALGIA

MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA CON LA FISIOTERAPIA

DOTT. ANDREA ACCIARINI
MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA
IN MEDICINA INTERNA
AMBULATORIO DI REUMATOLOGIA
CASA DI CURA VILLA STUART DI ROMA,
CENTRO MEDICO DI ECCELLENZA FIFA

La fibromialgia (FM) è una condizione frequente e diffusa in tutto il mondo: si tratta soprattutto di una sindrome dolorosa cronica che colpisce circa il 2% della popolazione mondiale ed è più comune fra le donne di età adulta (rapporto femmine-maschi di 3:1).

La causa è sconosciuta, tuttavia negli ultimi 15 anni i progressi nel settore delle tecnologie di neuroimmagine funzionale hanno evidenziato il ruolo della "sensibilizzazione centrale del dolore" quale principale processo patogenetico: il soggetto ha una maggiore sensibilità agli stimoli fisici e alla sensazione tattile, quindi avverte dolore a seguito di stimoli che normalmente non vengono percepiti dal sistema nervoso centrale come dolorosi o lo sono solo lievemente. Ad esempio, un pizzicotto leggero viene avvertito come un dolore intenso o lancinante.

La FM rimane una sindrome controversa e stimola un continuo dibattito scientifico: alcuni medici non ritengono di dover usare l'etichetta diagnostica di "fibromialgia" in quanto in disaccordo con il concetto stesso della condizione, altri hanno difficoltà a diagnosticare un paziente con dolore cronico diffuso come affetto da FM. Queste incertezze determinano un considerevole ritardo nella diagnosi che invece ridurrebbe l'ansia ed eviterebbe l'esecuzione di indagini diagnostiche superflue in molti pazienti.

Allo scopo di colmare queste lacune, negli ultimi anni sono state pubblicate alcune linee guida basate sulla migliore evidenza disponibile in letteratura per aiutare i medici a stilare la diagnosi corretta e decidere il trattamento.

Proviamo a sintetizzare questi dati.

DIAGNOSI

Le linee guida concordano sul fatto che la diagnosi di FM è clinica, non essendo disponibili esami del sangue, strumentali o istologici in grado di confermarla.

L'anamnesi deve includere una storia familiare e/o personale di dolore cronico (a carico di articolazioni, addome, testa), anche in età giovanile, generalmente associato ad un'alta tensione emotiva, astenia e facile affaticamento, ipersensibilità cutanea al tatto, presenza di vari sintomi somatici (gastrointestinali, uro-ginecologici, neurologici, ecc).

L'esame obiettivo evidenzia una dolorabilità generalizzata a carico di strutture muscolo-tendinee e articolari.

Ad integrazione della valutazione clinica, si può richiedere al paziente di compilare il Fibromyalgia Survey Questionnaire, uno strumento di screening per fibromialgia che può essere utilizzato dal medico per raccogliere informazioni sulla malattia.

Infine, vale la pena ricordare che molte malattie simulano una FM (soprattutto malattie reumatiche infiammatorie, endocrine, neurologiche, a volte neoplastiche) e che alcuni farmaci fra cui statine, bifosfonati e inibitori dell'aromatasi, sono gravati da eventi avversi che possono essere confusi con la FM.

Per un corretto inquadramento dei sintomi il medico può fare riferimento ai criteri diagnostici per FM, sottoposti a numerose revisioni dal 1990 ad oggi (Tab 1).

TERAPIA

Principi generali di trattamento

La gestione ottimale della FM richiede una diagnosi precoce e una pianificazione del trattamento condivisa col paziente, al quale è necessario spiegare che i sintomi sono

Tab 1. Sintesi dei criteri diagnostici per FM (2016, modificati su revisione dei criteri 2010-2011)

- dolore corporeo diffuso a carico di muscoli, tendini, articolazioni e tessuti connettivi, distribuito simmetricamente a carico di diversi distretti corporei quali arti superiori ed inferiori, tratto cervicodorsale, spalle, regione lombare
- sintomi somatici associati: astenia senza causa organica, faticabilità, disturbi del sonno (frequenti risvegli notturni, sonno non ristoratore, ecc.), disturbi dell'umore o altri sintomi somatici (addominali, uro-vaginali, ecc.)
- sintomi presenti da almeno 3 mesi
- assenza di altra malattia o condizione che potrebbe spiegare il dolore.

QUANTIFICAZIONE DEI SINTOMI E INTERPRETAZIONE FINALE

Il medico quantifica il dolore muscoloscheletrico con un indice (Widespread Pain Index, WPI) ricavato dal numero di aree corporee colpite (Number of Affected Areas, NAA punteggio 0-19); il paziente indica la severità dei sintomi (Symptom Severity Scale, SSS punteggio 0-12) inclusi cefalea, depressione e dolore crampiforme a carico dell'addome inferiore.
I criteri per la diagnosi di FM sono rispettati se WPI 4-6 + SSS ≥ 9 oppure se WPI ≥ 7 + SSS ≥ 5, entrambi associati a dolore generalizzato (che coinvolga almeno 4 su 5 regioni corporee di cui 4 quadranti e assiale, con esclusione di faccia e addome).
NOTA DA CONSIDERARE: In caso di incertezza diagnostica per la presenza di altra o altre malattie che giustifichino i sintomi e vista la possibile coesistenza della FM con altri disordini (infiammatori, psichiatrici, endocrini, ecc.) il medico può richiedere test laboratoristici o strumentali dopo aver visitato il singolo paziente.

"reali" in quanto legati alla "amplificazione" del dolore da parte del sistema nervoso centrale, ma che i muscoli dolenti non hanno anomalie strutturali o funzionali, non essendo colpiti da una malattia organica, come dimostrato dalla normalità degli esami laboratoristico/strumentali.
Tutto ciò, associato al chiarimento che la FM non comporta disabilità o riduzione dell'aspettativa di vita, riduce l'ansia che accompagna inevitabilmente molti pazienti con dolore cronico.

Obiettivi del trattamento

L'obiettivo del trattamento è migliorare la qualità della vita, moderando l'entità dei sintomi e mantenendo la funzionalità muscoloscheletrica, tenendo conto delle malattie concomitanti e delle preferenze del paziente.

Terapie non farmacologiche

Tutte le linee guida raccomandano una gestione terapeutica improntata principalmente sull'approccio non farmacologico: in tal senso, sono fortemente indicati l'allenamento aerobico (marcia, corsa, cyclette, esercizi ginnici guidati in palestra) ed esercizi di stretching e rinforzo muscolare a secco o in acqua, da iniziare gradualmente per evitare il peggioramento dei sintomi. Anche la balneoterapia e l'idrokinesiterapia (trattamenti ed esercizi in piscina riscaldata) si sono dimostrate efficaci.

Pratiche meditative (es. yoga, tai chi), agopuntura e terapie cognitive possono risultare utili in alcuni pazienti, sebbene il livello di evidenza di efficacia sia inferiore rispetto alla fisioterapia sopraindicata, poiché i dati in loro supporto sono meno significativi.

Terapia farmacologica

I trattamenti farmacologici devono essere prescritti solo se necessari, alla dose minima efficace, per un tempo possibilmente limitato e in combinazione con l'attività fisica.
I farmaci raccomandati dalle principali linee guida includono duloxetina e milnacipran (inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina), amitriptilina (antidepressivo triciclico), pregabalin (un antiepilettico), ciclobenzaprina (un miorilassante ad azione centrale). Purtroppo, solo una piccola percentuale di pazienti (10-25% in più rispetto al placebo) ottiene un efficace sollievo dal dolore con l'uso dei farmaci.
Infine, va ricordato che paracetamolo, farmaci antinfiammatori non steroidei, oppiacei e corticosteroidi, tradizionalmente usati nella gestione dei vari tipi di dolore cronico, sono risultati inefficaci nella FM e quindi non sono suggeriti.

In conclusione, la FM si può curare riducendo i sintomi e migliorando la qualità della vita. La fisioterapia ha un ruolo di primo piano nella gestione terapeutica della malattia. Laddove il medico decida di utilizzare farmaci, deve sempre valutarne il rapporto rischi/benefici.

Fisio Noleggio®
ELETTROMEDICALI, ATTREZZATURE SANITARIE e AUSILI

Numero Verde
800 353560
Completamente GRATUITO

ISO 9001
BUREAU VERITAS Certification

CONSEGNA A DOMICILIO IN TUTTA ITALIA ENTRO 48H

QUELLO CHE TI SERVE SUBITO A CASA TUA

NOLEGGIO DI APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE E AUSILI SANITARI IN TUTTA ITALIA

KINETEC GINOCCHIO
da 9 € a 28 €

KINETEC CAVIGLIA
18 €

KINETEC SPALLA
18 €

KINETEC GOMITO/POLSO
18 €

MAGNETOTERAPIA
8 €

IONOFORESI IPERIDROSI
6 €

POMPA VENOSA VENAFLOW
12 €

COMPEX/TENS
10 €

MATERASSO ANTIDECUBITO
10 €

ULTRASUONI PULSATI A BASSA INTENSITÀ OSTEOTRON 12 €

SCOPRI I NOSTRI NOLEGGI E LE NOSTRE OFFERTE PROMOZIONALI SU WWW.FISIONOLEGGIO.IT

TEL. 06.90400163 / 327 7643269 - INFO@FISIONOLEGGIO.IT

EVITARE LE CADUTE NEGLI ANZIANI

IL RUOLO DEL FISIOTERAPISTA

DOTT.SSA GIOVANNA BRANCALEONI
DOTTORE IN FISIOTERAPIA

Il fisioterapista è il professionista sanitario laureato in fisioterapia che elabora ed attua gli interventi diretti alla prevenzione, alla valutazione funzionale, alla cura, all'assistenza e alla riabilitazione delle patologie o disfunzioni nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali.

Questa definizione della professione delinea il fisioterapista come uno degli attori principali, insieme al medico, del percorso di trattamento di molte patologie e infortuni, ma anche come un personaggio di primo piano nella prevenzione di molte condizioni morbose e un promotore di salute.

In questo specifico articolo capiremo l'importanza della prevenzione primaria e secondaria delle cadute negli anziani.

Il ruolo della fisioterapia nella prevenzione delle cadute sta nella prevenzione primaria e in quella secondaria. La prevenzione primaria mira a prevenire la caduta, spiegando ai pazienti i possibili fattori di rischio, i comportamenti e gli allenamenti specifici. Questa consulenza comprende l'analisi della situazione abitativa, l'influsso delle medicine, gli occhiali e le protesi auricolari, l'alimentazione e l'attività fisica individuale. La prevenzione secondaria entra in gioco dopo che si è verificata una caduta e persegue l'obiettivo di evitarne un'altra.

La prevenzione delle cadute può essere offerta in terapie individuali e /o di gruppo. In qualità di specialisti per il movimento, i fisioterapisti sono predestinati a individuare i bisogni degli anziani e a indicare loro le consulenze o le attività più opportune. Oltre a ciò, per quanto riguarda i rischi di caduta rilevati, le indicazioni fornite ai medici e alle istituzioni di cure a domicilio rappresentano una componente essenziale al successo del lavoro interprofessionale. In questo modo i fisioterapisti contribuiscono notevolmente alla condivisione del sapere e alla riuscita dei processi di prevenzione.

Perché è importante la prevenzione delle cadute negli anziani?

Il camminare in età avanzata si può trasformare in una vera e propria sfida a causa dei processi biologici dell'invecchiamento. I requisiti alla base del movimento che determina la camminata necessitano di un allenamento fisico mirato per poter essere conservati con maggiore probabilità fino ad un'età avanzata. Spesso si verificano fratture, tra cui la più

Una possibile successione di progressione

temuta è la frattura del collo del femore.
Una prevenzione delle cadute efficace richiede contenuti di allenamento adeguati, un training regolare e costante, nonché un programma di esercizi il più possibile personalizzato.

I contenuti di allenamento comprendono: allenamento della forza, allenamento dell'equilibrio statico e dinamico, del controllo anticipatorio e dell'equilibrio reattivo, sistemi dell'equilibrio periferici, coordinazione, capacità cardiopolmonare.

Panoramica dei contenuti d'allenamento e dell'"equilibrio dinamico"

Sensorialità e base d'appoggio	Attività semplice	Cambiamento di direzione	Ritmizzazione	Attività multipla		
				motoria	cognitiva	motoria e cognitiva
Camminata normale, livello di difficoltà 1	Camminare (in avanti) con diverse posizioni dei piedi	Camminare con cambiamenti di direzione	Camminare a ritmi diversi	Cfr. equilibrio statico (La combinazione di una componente motoria e una cognitiva durante la camminata è un'attività tripla, se si aggiungono altre componenti si parla di attività multiple)		
Camminata stretta (il più stretta possibile), livello di difficoltà 2						
Camminata sovrapposta, livello di difficoltà 3						
Camminata tandem (il tallone si attacca alla punta del piede) livello di difficoltà 4						

Variazione (della sensorialità)
Sostegno: gli esercizi vengono svolti con l'aiuto di sedie, tavoli, pareti o di un partner
Base d'appoggio: la base su cui si svolgono gli esercizi viene variata
Attrezzi: nell'allenamento vengono inseriti attrezzi supplementari (come ad es. pesi)
Organi di senso: riduzione della vista o dell'udito
Velocità di movimento: cambiamento mirato della velocità di movimento
Nell'equilibrio statico e dinamico gli esercizi possono essere resi più difficili inserendo uno stimolo perturbante

Normative del carico per l'allenamento dell'"equilibrio statico"

Normative del carico	Equilibrio (statico)
Intensità	Definito dal livello di difficoltà
Svolgimento	Svolgere i movimenti in modo corretto, ovvero con un'elevata qualità tecnica
Quantità di esercizi	2-4 esercizi sull'equilibrio statico
Serie	4 serie da 20 secondi
Frequenza allenamento	2 volte/settimana nel gruppo + 1 volta/settimana individualmente a casa (alternando o integrando TE/TF)
Pausa	ca. 30 sec. Tra una serie e l'altra; 2 minuti tra gli esercizi

TE= training equilibrio
TF= training forza

Normative del carico per l'allenamento dell'"equilibrio dinamico"

Normative del carico	Equilibrio (dinamico)
Intensità	Definito da livello di difficoltà e da velocità del movimento
Svolgimento	Svolgere i movimenti in modo corretto, ovvero con un'elevata qualità tecnica
Quantità di esercizi	2-4 esercizi sull'equilibrio dinamico
Serie	4 serie da almeno 20 secondi fino a massimo 60 secondi
Frequenza di allenamento	2 volte/settimana nel gruppo + 1 volta/settimana individualmente a casa (alternando o integrando TE/TF)
Pausa	ca. 30 sec. tra una serie e l'altra; 2 minuti tra gli esercizi

TE= training equilibrio
TF= training forza

Simboli di progressione	
	Simboli di progressione generali
	Rallentamento/facilitazione del ritmo (velocità del movimento)
	Il ritmo può essere definito con la musica, battendo le mani, fischiando, suonando il tamburo, a voce, ecc.
	Nota bene: non sempre il rallentamento della velocità di movimento rappresenta una facilitazione!
	Aumento della velocità/del grado di difficoltà del ritmo (velocità di movimento)
	Il ritmo può essere definito con la musica, battendo le mani, fischiando, suonando il tamburo, a voce, ecc.
	La velocità di esecuzione del movimento si può variare in diverse fasi
	Facilitazioni
	Sedia come ausilio di appoggio (sostegno)
	Possibile ausilio nell'esecuzione di un esercizio
	Da collocare davanti, dietro, a destra e/o a sinistra o tutto intorno alla persona
	Attenzione: utilizzare sedie stabili!
	Ausilio di sostegno/appoggio alla parete
	Appoggiarsi o sostenersi con la schiena, gli avambracci o i palmi delle mani
	Aiuto del partner (sostegno)
	Un partner offre il sostegno nell'esecuzione dell'esercizio oppure adegua la resistenza alle condizioni della persona che si allena
	Grado di difficoltà superiore
	Stimoli perturbanti
	Ogni esercizio sull'equilibrio statico e dinamico può essere reso più difficile inserendo uno stimolo perturbante
	Stimolo perturbante leggero
	※ stimolo perturbante a livello dell'anca (frontale, laterale, dorsale)
	※ reazione con la strategia della caviglia "ankle strategy" (compensazione con la caviglia)
	1. Contatto improvviso breve, veloce (trazione/pressione) del partner
	2. Contatto stabilito lentamente con il partner
	3. Contatto breve o prolungato con il partner
	4. Rapida e improvvisa interruzione del contatto
	5. Interruzione lenta e cauta del contatto
	Simolo perturbanete moderato
	※ stimolo perturbante a livello dell'anca (frontale, laterale, dorsale)
	※ reazione con la strategia dell'anca "hip strategy" (compensazione nelle anche)
	Possibilità vedi sopra (1. - 5.).
	Stimolo perturbante forte
	※ stimolo perturbante a livello dell'anca (frontale, laterale, dorsale)
	※ reazione con la strategia del passo "step strategy" (compensazione con un passo)
	Possibilità vedi sopra (1. - 5.)
	Riduzione della vista o dell'udito (organi di senso)
	※ Per rendere più difficili i compiti si possono coprire uno o entrambi gli occhi (riduzione dell'informazione sensoriale visiva)
	※ Per rendere più difficili i compiti si possono coprire una o entrambe le orecchie (riduzione dell'informazione acustica o vestibolare)
	Movimenti supplementari delle braccia e/o delle gambe
	※ Braccia lungo il corpo, braccia tese verso l'alto, braccia incrociate sul petto, braccia poggiate sull'anca, posate sulle cosce, oppure che eseguono un movimento isolato, ad es. skipping, movimenti oscillatori
	※ Sollevare una gamba, disegnare un otto a partire dall'anca, muovere la caviglia, ecc.
	Riduzione della base d'appoggio
	※ Piedi paralleli tra loro, in semi-tandem, in tandem, oppure nell'affondo (asse longitudinale o trasversale)
	※ La posizione del passo o delle ginocchia può variare di lunghezza o di profondità
	Base d'appoggio instabile (suolo o altre basi d'appoggio)
	Base morbida, non piana
	Non appena la base è più morbida (ad es. erba, tappetino sintetico ecc.) e/o non pianeggiante (ad es. ribassata davanti/dietro/lateralmente), rispetto a un suolo antiscivolo, duro e piano, eseguire l'esercizio in modo controllato diventa più difficile.
	※ Sono possibili diverse combinazioni con varie basi per le mani, gli avambracci, i piedi, le gambe ecc.
	※ Si possono utilizzare i materiali più svariati, come ad es. il balance-disk dell'upi, piattaforme instabili, tappetini, pad, assi d'equilibrio, mini-trampolini ecc. Anche un asciugamano arrotolato può servire perfettamente allo scopo
	※ Sulla base d'appoggio, ossia sullo svolgimento dell'esercizio, incidono altresì le calzature (ad es. piedi scalzi, con calze antiscivolo, scarpe con gambale alto, basso, suola poco/molto profilata ecc.)
	Attrezzi supplementari
	L'impiego di attrezzi supplementari può rendere più difficile un esercizio
	※ Palle (di varie dimensioni, leggere, pesanti, morbide, ecc.), elastico per esercizi (ad esempio alla caviglia, al ginocchio, ai gomiti e ai polsi), fazzoletto, corda, bastone, ecc. da tenere/tirare/portare/bilanciare/sollevare per rendere più difficile il movimento con le mani, le ginocchia o le caviglie
	※ Impiego di pesi creati con bottiglie PET riempite, sacchetti, polsiere con pesi (polso/caviglia, torso) ecc. per rendere più difficile il movimento.
	Compito supplementare cognitivo
	In aggiunta al compito sul movimento viene posto un compito cognitivo da svolgere contemporaneamente
	※ Contare al contrario, con una determinata serie di numeri (ad esempio sottraendo sempre 7); recitare una poesia; leggere qualcosa; elencare animali; montagne; città; marche atuomobilistiche ecc. che iniziano con una determinata lettera

EDEMA DELLA SPONGIOSA

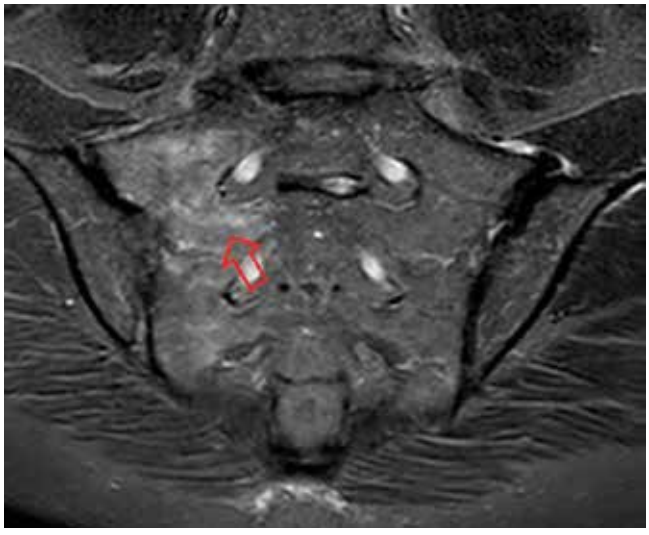
RISOLUZIONE CON TRATTAMENTO OSTEOTRON

DOTT. ALESSANDRO VIRGULTI, MEDICO FISIATRA

Età: 50 anni
Professione: muratore

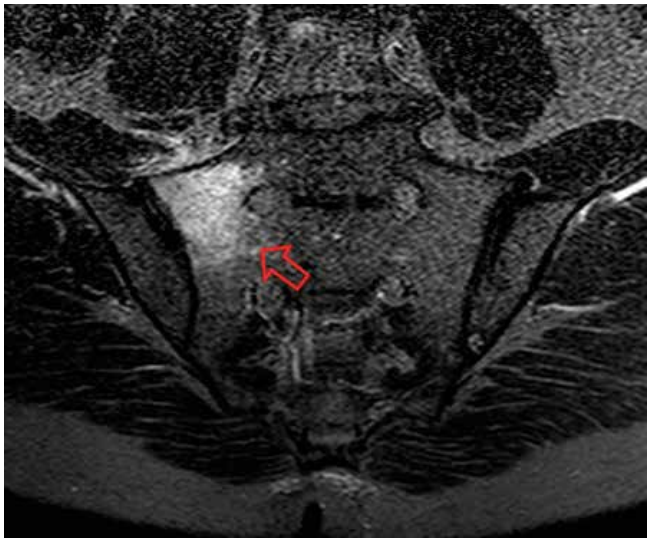
Il paziente si presentava con fortissimi dolori lombari e blocco lombare incorsi in cantiere dopo l'uso per più di due ore di un martello pneumatico. Alla digitopressione sull'articolazione sacro-iliaca di destra vi era forte dolorabilità che si irradiava al gluteo. Si eseguiva terapia con rilassante muscolare (pridinolo) e analgesico (ketolorac) e si prescriveva RMN lombo-sacrale.
L'esame RMN mostrava nelle sequenze T2 in soppressione del grasso edema iperintenso sul versante sacrale dell'articolazione sacro-iliaca e nelle sequenze T1 ipointensità nella stessa area, come per edema intraspongioso.
Insieme alla terapia medica si prescriveva terapia con ultrasuoni pulsati a bassa intensità (LIPUS) per 90 giorni 20 minuti al giorno ad un'intensità di 45 mW /cm e riposo dall'attività lavorativa fino a risoluzione dell'edema.
Trascorso il periodo del trattamento con LIPUS, il paziente veniva rivalutato con RMN lombo-sacrale, dove veniva dimostrata la risoluzione dell'edema intraspongioso nelle sequenze T1 e T2.

1 sequenza T1 prima del trattamento con ipointensità in T1 come per edema e fratture intraspongiose

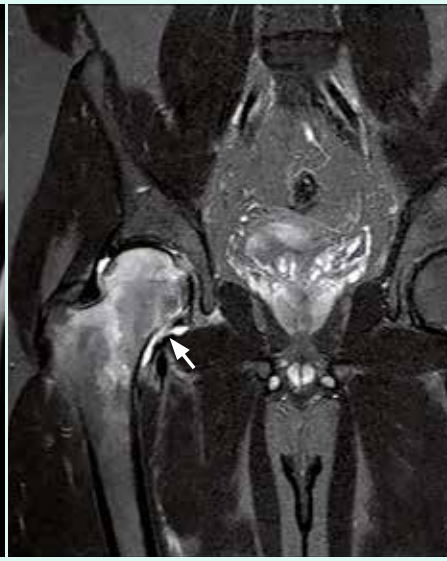


2 sequenza T1 dopo trattamento ritorno alla normalità

3 sequenza T2 in soppressione del grasso con edema iperintenso per fratture intraspongiose



4 sequenza T2 in soppressione del grasso dopo trattemento nettamente ridotto l'edema iperinteso



DEVI CURARE UN EDEMA DELL'OSSO SPONGIOSO? PUOI FARLO PRESTO E BENE

OSTEOTRON
La terapia a noleggio a casa tua

Osteotron accelera la guarigione dell'osso. È un **sistema sicuro e di facile utilizzo, basato su ultrasuoni a bassa intensità**. Può essere utilizzato stando comodamente a casa e non presenta controindicazioni. **Il trattamento è di 20 minuti al giorno.**

FDA APPROVED

È indicato in caso di:

- √ fratture fresche (accelera la guarigione)
- √ fratture trattate con gesso o tutori
- √ fratture trattate chirurgicamente con mezzi di sintesi
- √ consolidamento osseo ritardato o mancato
- √ pseudoartrosi
- √ fratture da stress
- √ algodistrofie
- √ edema dell'osso spongioso

86%
GUARIGIONE DELLE FRATTURE CON MANCATO CONSOLIDAMENTO

CONSEGNE A DOMICILIO IN TUTTA ITALIA IN 24H

FisioNoleggio®
Quando serve, finché serve.

Numero Verde
800 353 560
servizio gratuito
www.fisionoleggio.it

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

LA SACRO-ILIACA

QUESTA SCONOSCIUTA!

DOTT. MATTEO TURCHETTA
MEDICO CHIRURGO
FISIOTERAPIA-RIABILITAZIONE

L'articolazione sacro-iliaca è la più grande articolazione assiale del corpo umano, la cui superficie media si aggira intorno ai 17.5 cm. Vi è un'importante variabilità della stessa in termini di misura e forma, sia tra diversi individui che, tra la destra e la sinistra, nella stessa persona.
Le funzioni biomeccaniche principali dell'articolazione sacro-iliaca sono dare stabilità, trasmettere e dissipare le forze provenienti dal tronco dirette verso gli arti inferiori e nelle donne facilitare il parto.
Senza addentrarci ulteriormente nelle nozioni biomeccaniche ed anatomiche più tecniche, al lettore di questa rivista basti capire che tale articolazione si muove pochissimo e che quindi, in accordo con il principio di Lamarck in base al quale "la funzione crea l'organo", è pochissimo irrorata.

Esistono delle disfunzioni o delle patologie che colpiscono tale articolazione?

Sì, dalla più comune alla meno si tratta di:

- artralgia sacro-iliaca su base artrosica
- lesioni dell'apparato legamentoso posteriore
- spondilite anchilosante
- sindrome di Reiter
- artrite psoriasica
- artrite enteropatica
- morbo di Pott.

Soffermiamoci ora per un momento sulla più comune di tali condizioni, ovvero il fisiologico cambiamento correlato al trascorrere degli anni. Esso ha inizio dalla terza o quarta decade, quando si fanno evidenti delle irregolarità sulla superficie dell'articolazione sacro-iliaca, fino ad arrivare alla sesta decade, quando il suo movimento si fa via via sempre più limitato per via della capsula che diventa sempre più fibrosa ed infine anchilotica con erosioni e placche ubiquitarie sulla sua superficie.

Queste patologie sono cause di dolore lombare?

Sì. Sono causa di dolore lombare che si irradia al gluteo.

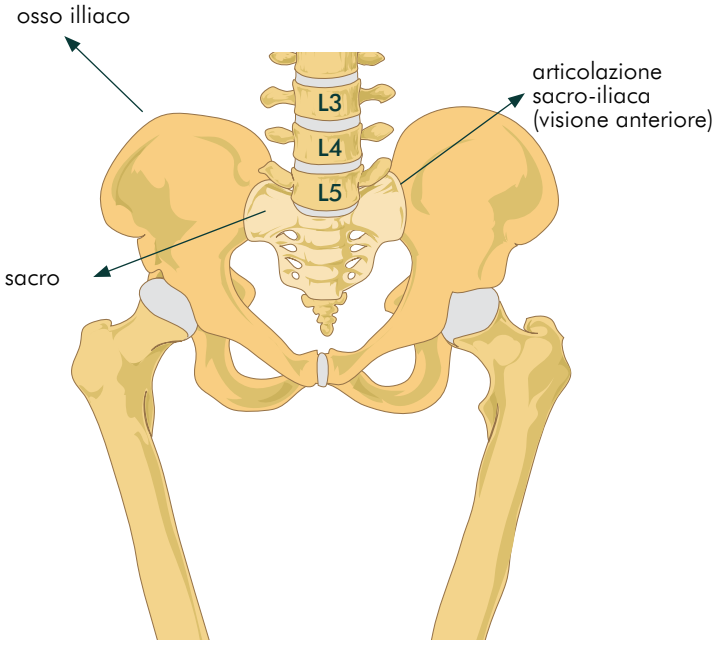
> IL 22,5% DELLE LOMBALGIE INSORGE NELLA SACRO-ILIACA

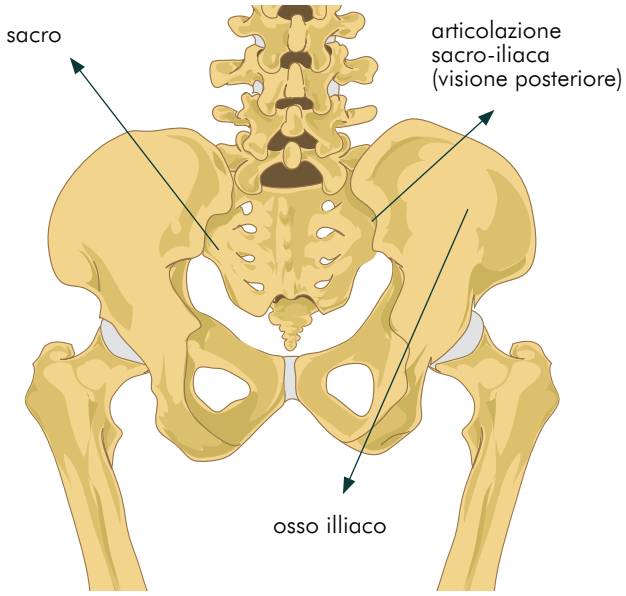
Quanto sono statisticamente significative?

Il 22,5 % delle lombalgie è causato da una disfunzione o patologia che interessa l'articolazione sacro-iliaca.

Ci sono dei fattori di rischio che possono favorire o rendere più precoci tali cambiamenti artrosici?

Sì. In primo luogo l'obesità, in secon-





do la sedentarietà, per terzo alcune attività fisiche, per ultimo interventi chirurgici maggiori alla colonna lombare che coinvolgono il sacro.

Tra le attività fisiche che possono far aumentare il rischio di artralgia sacro-iliaca la prima è la danza. Studi condotti di recente hanno dimostrato che le disfunzioni dell'articolazione sacro-iliaca rappresentano il 12% di tutti gli infortuni del danzatore.

L'ultimo fattore di rischio è dovuto alla compromissione del meccanismo di dissipazione delle forze provenienti dal tronco dirette verso gli arti inferiori, causata da un'artrodesi che coinvolga il disco L5-S1. In tali condizioni il primo segmento libero che le forze provenienti dal tronco incontrano è rappresentato dall'articolazione sacro-iliaca che naturalmente può andare incontro prima a sovraccarico funzionale e poi ad artrosi precoce.

Esistono dei trattamenti per il dolore causato dalla disfunzione meccanica dell'articolazione sacro-iliaca?

Sì. I principali trattamenti conservativi sono la terapia posturale e la TENS. Queste terapie sono da preferirsi in tutti quei soggetti che non desiderano procedere con terapie più invasive e nei quali il dolore è lieve-moderato. Per la restante parte dei pazienti i trattamenti invasivi più descritti in letteratura sono le infiltrazioni intra-articolari con steroidi e lidocaina, la denervazione con radiofrequenza e l'artrodesi.

L'autore di questo articolo ha un'esperienza con l'utilizzo dei trattamenti conservativi e con le infiltrazioni intra-articolari. Queste ultime hanno dato a lui e a molti altri autori risultati eccellenti nel trattamento del dolore.

I DUBBI SULLA CLASSIFICAZIONE

L'unicità e la particolarità della sua anatomia ha posto non pochi problemi nella classificazione dell'articolazione sacro-iliaca. Anche se disposta storicamente nel gruppo delle diartrosi (articolazioni sinoviali), studi anatomici più recenti hanno dimostrato che solamente il terzo anteriore dell'interfaccia tra il sacro e l'ileo è realmente coperto da una membrana sinoviale, mentre il resto dell'articolazione è formato da un intrico di legamenti, la cui funzione più ovvia sembrerebbe quella di limitare in tutti i piani dello spazio il movimento. Tali legamenti infatti sono più esili nella donna per permettere la sua mobilità necessaria al parto. L'articolazione sacro-iliaca è anche in connessione tramite i suoi legamenti con il muscolo grande gluteo, il muscolo piriforme ed il muscolo bicipite femorale, che possono influenzarne la mobilità.

INNERVAZIONE: SÌ O NO?

Anche l'innervazione è campo di intenso dibattito. La maggior parte degli anatomisti affermano genericamente che sia innervata dai rami laterali dorsali di L4-S3. Studi più profondi che tentano di suddividerla in anteriore e posteriore si trovano in disaccordo tra quelli che osservano la parte anteriore innervata dal nervo otturatore, il nervo gluteo superiore e il tronco lombosacrale, altri che invece suggeriscono sia innervata da L2-S2, altri ancora da L4-S2 e altri dai rami ventrali di L5-S2, fino a quelli che ritengono sia priva di innervazione.

TOP PHYSIO®
academy

Trasforma le tue conoscenze in competenze

PROGRAMMA CORSI PER L'ANNO 2019/2020

I corsi sono effettuati in collaborazione con la Casa di Cura Villa Stuart, centro medico di eccellenza FIFA e FIMS.
I corsi si rivolgono a laureati e laureandi in fisioterapia, scienze motorie e medici e sono propedeutici
a tutte le collaborazioni con i centri a marchio Top Physio Quality Network.
I percorsi formativi danno accesso a crediti ECM.

RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE ORTOPEDICO

IDROKINESITERAPIA NEI PAZIENTI CONSERVATIVI E POSTCHIRURGICI

LAUREATO IN SCIENZE MOTORIE IN AMBITO MEDICO-SANITARIO

GESTIONE DELLO SPORTIVO PROFESSIONISTA

VALUTAZIONE FUNZIONALE E LABORATORI DI ANALISI DEL MOVIMENTO

DIETOLOGIA E NUTRIZIONE

PROMOZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE ONLINE

GESTIONE E CONTROLLO DELL'AZIENDA SANITARIA

GESTIONE DEI CONTENZIOSI MEDICO-LEGALI

RESEARCH AND EDUCATION IN SPORTS REHABILITATION
TOP PHYSIO
SCIENCE IS MAGIC THAT WORKS

CASA DI CURA
VILLA STUART

TOP PHYSIO®
QUALITY NETWORK
INNOVAZIONE ED ECCELLENZA IN FISIOTERAPIA

academy@topphysio.it

CENTRALINO 389 1918081

TOP PHYSIO ACADEMY 348 0934863

www.topphysio.it

TOP PHYSIO®

QUALITY NETWORK

INNOVAZIONE ED ECCELLENZA IN FISIOTERAPIA

SIAMO PRESENTI IN TUTTA ITALIA

Medical Control 33 · FisioMed · F.K.T · AD MOTUM

C.R.M. · martini centro medico · STUDIO BORGOVICO · CTR · FisioSport Center fisioterapia · SALUS · BPQ

KINESIS SPORT · ATHANA · fisioKinetic+ · KINETIC sport cancer · FISICORP · FisioSan

zenith · IRO MEDICAL CENTER · Palestra Fisioterapica RICCARDI · WORKS · CANGRANDE · La Valle RIABILITAZIONE · Gruppo il Baluardo

Gruppo IRV · SPORTPIU' HEALTH & SPORT CLUBS · CENTRO GINOLFI · STEMA FISIOLAB · Guidonia Fisio Medicine Centro di fisioterapia e riabilitazione · vanico

STUDIO FISIOTERAPICO Sicheri - Di Martino · Centro Integra · CentroAtlante · isocinetic · Eugenio Gruppioni · SANVITO CENTRO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

CentroMedico Santagostino · CENTRO ZEN FISIOTERAPIA · MONTALLEGRO · KINESIS · SPINE CENTER

HASTAFISIO FISIOTERAPIA MEDICINA DELLO SPORT · CKF · cam · FISIOKSPORT AMBULATORIO DI FISIOTERAPIA · CENTRO PEGASO · BRAIN · VILLA STUART

FISIO ZONE dalla terapia alla soluzione · Sedita Centro Medico · RIATTIVA · MF MASSAFISIO · CERENA

CRAPARO STUDIO DI FISIOTERAPIA · FISIOS · MEDICAL CENTER CENTRO DI RIABILITAZIONE · TOP PHYSIO CLINICS ROMA · Ortopedia Traumatologia Fisiatria Dr. de Simone · Fisio Daria

Istituto Fisioterapico Finestra · exis · FISIOS · ROGA CENTRO ORTOPEDICO · STUDIO KINESIS · FKT POLIAMBULATORIO

ANMIC RIABILITAZIONE · KINESPORT · CORMEDICA POLIAMBULATORIO MEDICO DI FISIOTERAPIA · CTR · STUDIO FISIOTERAPICO DR. MARIO FENOGGIO · fisiokinetik

TOP PHYSIO®

QUALITY NETWORK

INNOVAZIONE ED ECCELLENZA IN FISIOTERAPIA

Per informazioni sul tuo centro di riferimento
visita il sito **www.topphysio.it** - call center **339.53.20.273**

Al Servizio Sanitario Nazionale

AGGIUNGIAMO

il Tuo Servizio Sanitario Personale.

Gli Italiani ogni anno pagano **570 euro** a testa per le cure private. **#laSoluzione? Assicurazione Sociale Sanità Integrativa**: la migliore protezione dalle cure private.

#laSoluzione

RBM AssicurazioneSalute

www.rbmsalute.it

Numero Verde

800 991 771