

**ATTIVITA' FORMATIVO PROFESSIONALIZZANTI  
CORSO DI STUDI IN FISIOTERAPIA - UNIFE**

**PRIMO ANNO DI CORSO –anno accademico \_\_\_\_\_**

**Studente \_\_\_\_\_**

**Tutor \_\_\_\_\_**

**Sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**

**Firma Tutor per presa visione del report** \_\_\_\_\_

- In questo file sono raccolti gli strumenti di apprendimento che hanno lo scopo di guidare il raggiungimento degli obiettivi formativi e testimoniare i risultati che raggiungerete durante il tirocinio estivo.
- Sono organizzati per ambiti di competenza e collegati ai contratti di apprendimento.
- Le domande presenti negli schemi o gli elenchi puntati, rappresentano una possibile sequenza corretta di come presentare i dati relativi al paziente o come descrivere un intervento fisioterapico. *(Durante i prossimi anni dovrete essere in grado di fare queste operazioni senza guida.*
- Esistono due versioni del file:
  - una Word** scaricabile e compilabile direttamente sul proprio computer;
  - una in PDF** stampabile (anche sezioni singole se necessario) per chi di voi preferisce avere il cartaceo sottomano.

Le versioni compilate vanno ricaricate nella propria cartella personale una volta completate. La versione cartacea deve essere caricata in forma scannerizzata.

## PREVENZIONE (parametri vitali)

### • PRESSIONE ARTERIOSA

Dati rilevati <i>(descrivere i dati e gli esiti delle valutazioni)</i>
<input type="checkbox"/> Rilevazione n° 1 Data di rilevazione: _____ Postura: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro: _____ Localizzazione della rilevazione : <input type="checkbox"/> a.sup. destro <input type="checkbox"/> a.sup.sinistro <b>Valore pressioni sistolica (massima):</b> _____ <b>Valore pressione diastolica (minima):</b> _____  Note: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Rilevazione n° 2 Data di rilevazione: _____ Postura: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro: _____ Localizzazione della rilevazione : <input type="checkbox"/> a.sup. destro <input type="checkbox"/> a.sup.sinistro <b>Valore pressioni sistolica (massima):</b> _____ <b>Valore pressione diastolica (minima):</b> _____  Note: _____ _____ _____

### • FREQUENZA CARDIACA

Dati rilevati <i>(descrivere i dati e gli esiti delle valutazioni)</i>
<input type="checkbox"/> Rilevazione n° 1 Data di rilevazione: _____ Postura: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro: _____ Localizzazione della rilevazione del polso: <input type="checkbox"/> radiale <input type="checkbox"/> carotideo <input type="checkbox"/> altro: _____ <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <b>Frequenza rilevata : n° pulsazioni___/minuto</b>  Note: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Rilevazione n° 2 Data di rilevazione: _____ Postura: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro: _____ Localizzazione della rilevazione del polso: <input type="checkbox"/> radiale <input type="checkbox"/> carotideo <input type="checkbox"/> altro: _____ <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <b>Frequenza rilevata : n° pulsazioni___/minuto</b>  Note: _____ _____ _____

- **FREQUENZA RESPIRATORIA**

Dati rilevati	
<i>(descrivere i dati e gli esiti delle valutazioni)</i>	
<input type="checkbox"/> Rilevazione n° 1 Data di rilevazione: _____ Postura: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro: _____  Effettuata: <input type="checkbox"/> paziente a riposo <input type="checkbox"/> paziente dopo un'attività <b>Frequenza : n° atti respiratori ___/minuto</b>  Note: _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Rilevazione n° 2 Data di rilevazione: _____ Postura: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro: _____  Effettuata: <input type="checkbox"/> paziente a riposo <input type="checkbox"/> paziente dopo un'attività <b>Frequenza : n° atti respiratori ___/minuto</b>  Note: _____ _____ _____	

- **"FACIES" PAZIENTE (aspetto, colorito, sudorazione, calore)**

Dati rilevati	
<i>(descrivere i dati e gli esiti delle valutazioni)</i>	
<input type="checkbox"/> osservazione n° 1 Data di osservazione: _____ Postura: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro: _____ Effettuata: <input type="checkbox"/> paziente a riposo <input type="checkbox"/> paziente durante un'attività <input type="checkbox"/> paziente dopo un'attività  Colorito:           • nella norma • pallido • rubizzo • terreo • altro: _____ Sudorazione: • nella norma           • sudorazione calda           • sudorazione fredda  Note: _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> osservazione n° 2 Data di osservazione: _____ Postura: <input type="checkbox"/> supino <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> altro: _____ Effettuata: <input type="checkbox"/> paziente a riposo <input type="checkbox"/> paziente durante un'attività <input type="checkbox"/> paziente dopo un'attività  Colorito:           • nella norma • pallido • rubizzo • terreo • altro: _____ Sudorazione: • nella norma           • sudorazione calda           • sudorazione fredda  Note: _____ _____ _____	

## CURA E RIABILITAZIONE

- **DESCRIZIONE DELLA POSTURA** (descrizione di una postura mantenuta)

### Guida all'osservazione dei principali elementi

Alias<sup>1</sup> paziente.....

Tipologia di postura scelta: \_\_\_\_\_

Ispezione visiva:

1. emergono asimmetrie dei segmenti scheletrici, nel trofismo muscolare di un segmento, ipotrofie muscolari localizzate, gonfiore, zone cutanee arrossate,.....?
2. emergono deviazioni dal normale allineamento segmentario (considerando i tre piani del sistema di riferimento)?
3. Descrizione delle asimmetrie, deviazioni ed eventuali alterazioni morfologiche individuati con l'esame visivo considerando i punti di vista anteriore, posteriore, laterale e quando possibile, da sopra o sotto  
(utilizzare l'apposita griglia).
4. Analisi delle forze : interne attive o passive **ipoteticamente** impegnate nel mantenimento della postura in rapporto alle forze ambientali (forza di gravità); identificazione delle strutture maggiormente sottoposte a stress meccanico (anche come conseguenza delle eventuali asimmetrie o deviazioni dal normale allineamento individuate, e/o delle ipotetiche cause che ne potrebbero stare alla base).

<sup>1</sup> Per consentire il rispetto delle norme sulla privacy, non va riportato il nome del paziente, ma uno pseudonimo o un codice (NON le iniziali!)

DISTRETTO**	PUNTI DI VISTA			
	ANTERIORE	POSTERIORE	LATERALE	SOPRA/SOTTO
PIEDE/CAVIGLIA				
GAMBA/GINOCCHIO/COSCIA				
CINGOLO PELVICO (BACINO)				
TRONCO (TRATTO DORSO- LOMBARE)				
TRONCO (TRATTO CEVICALE- CAPO)				
CINGOLO SCAPOLARE				
BRACCIO/AVAMBRACCIO/MANO				

\*\*la sequenza con cui vengono elencati i distretti in questo schema NON è indicativa dell'ordine di osservazione, che può essere diverso a seconda della postura osservata.

- **DESCRIZIONE DEL CAMBIAMENTO DI POSIZIONE CORPOREA E /O DEL GESTO E/O DEL REACHING**  
(descrizione di un gesto)

Per l'arto superiore si consiglia di esaminare movimenti di reaching anteriore e ritorno

<b>Tipologia di gesto</b> (descrivere quale gesto è stato osservato)	
Alias <sup>2</sup> paziente.....	
<input type="checkbox"/>	Tipologia di gesto osservato: _____
5.	Posizione di <b>partenza</b> e di <b>arrivo</b> :
6.	Individuazione delle fasi temporali che compongono il gesto e il loro compito funzionale:
7.	Descrizione di quanto si osserva <b>sul piano sagittale, frontale e orizzontale</b> (vedi griglia):
8.	Descrizione della <b>CINEMATICA</b> (→ spostamento dei segmenti/movimenti articolari) (vedi griglia)
9.	Analisi delle forze interne attive o passive <b>ipoteticamente</b> impegnate nel gesto in rapporto alle forze ambientali (forza di gravità, gruppi muscolari ,tipo di contrazione) (vedi griglia)

---

<sup>2</sup> Per consentire il rispetto delle norme sulla privacy, non va riportato il nome del paziente, ma uno pseudonimo o un codice (NON le iniziali!)

Griglia per la descrizione

FASE	COMPITO	Descrizione MOVIMENTO sui diversi piani (cinematica)	Gruppi muscolari	Tipo di contrazione

- **DESCRIZIONE DELLA DEAMBULAZIONE-CAMMINO** (descrizione di una deambulazione)

Parametri generali	NOTE
<p>Alias<sup>3</sup> paziente.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Con ausili e/o assistenza di una o due persone:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Con ortesi:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lunghezza del passo:</p> <p><input type="checkbox"/> Larghezza del passo:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Simmetria spaziale:</b></p> <p>Angolo del passo</p> <p>Lunghezza del semipasso</p> <p>• <b>Simmetria temporale:</b>            Durata fase di oscillazione: DX    <input type="checkbox"/> &gt;    <input type="checkbox"/> =    <input type="checkbox"/> &lt;    SX</p> <p>Durata appoggio : DX    <input type="checkbox"/> &gt;    <input type="checkbox"/> =    <input type="checkbox"/> &lt;    SX</p> <p>Durata doppio appoggio: <input type="checkbox"/> &gt;    <input type="checkbox"/> =    <input type="checkbox"/> &lt;    del normale</p> <p><input type="checkbox"/> <b>La deambulazione appare sicura? (il paziente non sembra essere a rischio di caduta)</b>  <input type="checkbox"/> sì    <input type="checkbox"/> no    <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>La deambulazione appare sufficientemente veloce da consentirne un uso nella normale vita quotidiana?</b>  <input type="checkbox"/> sì    <input type="checkbox"/> no    <input type="checkbox"/> _____</p>	

<sup>3</sup> Per consentire il rispetto delle norme sulla privacy, non va riportato il nome del paziente, ma uno pseudonimo o un codice (NON le iniziali!)





- **VALUTAZIONE DEL ROM PASSIVO E/O ATTIVO** (Applicare il Test articolare, passivo ed attivo con goniometro universale)

(secondo i riferimenti bibliografici citati dal testo di Clarkson)

	NOTE
<p>Alias<sup>4</sup> paziente.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Setting: (ambiente, materiale necessario per la valutazione)</li> <li><input type="checkbox"/> Distretto corporeo:</li> <li><input type="checkbox"/> Postura paziente:</li> <li><input type="checkbox"/> Prima di iniziare: verificare le condizione del paziente (ispezione cute, palpazione...controindicazioni, attenzioni....)</li> <li><input type="checkbox"/> Al termine della valutazione: annotare eventuali compensi o necessità di adattamento della manovra</li> </ul>	

---

<sup>4</sup> Per consentire il rispetto delle norme sulla privacy, non va riportato il nome del paziente, ma uno pseudonimo o un codice (NON le iniziali!)



**MISURAZIONE DELLA FORZA MUSCOLARE (descrivere quale valutazione è stata proposta)**

Alias<sup>5</sup> paziente.....

- Setting:
  
- Distretto corporeo:
  
- Postura paziente:
  
- Prima di iniziare: verificare le condizioni del paziente (ispezione cute, palpazione...contro-indicazioni, attenzioni...)
  
- Al termine della valutazione: annotare eventuali compensi o necessità di adattamento della manovra

**Scala da 1 a 5 secondo MRC.**

Legenda

**Grado 5:** il muscolo si contrae normalmente contro-resistenza piena. (*Muscle contracts normally against full resistance*).

**Grado 4:** la forza del muscolo è ridotta ma il movimento può avvenire comunque contro-resistenza. (*Muscle strength is reduced but muscle contraction can still move joint against resistance*).

**Grado 3:** la forza del muscolo è ulteriormente ridotta tanto che il movimento può avvenire contro-gravità ma solo in assenza di contro-resistenza da parte dell'esaminatore. Per esempio, il gomito può essere mosso dalla completa estensione alla completa flessione partendo con l'arto superiore steso lungo il fianco. (*Muscle strength is further reduced such that the joint can be moved only against gravity with the examiner's resistance completely removed. As an example, the elbow can be moved from full extension to full flexion starting with the arm hanging down at the side*).

**Grado 2:** il movimento può avvenire solo se la forza di gravità viene rimossa. Per esempio, il gomito può flettersi completamente solo se il braccio è mantenuto sul piano orizzontale. (*Muscle can move only if the resistance of gravity is removed. As an example, the elbow can be fully flexed only if the arm is maintained in a horizontal plane*).

**Grado 1:** si osserva o si apprezza solo una traccia di movimento o un tremolio o si osservano fascicolazioni nel muscolo. (*Only a trace or flicker of movement is seen or felt in the muscle or fasciculations are observed in the muscle*).

**Grado 0:** non si osserva alcun movimento. (*No movement is observed*).

Indicare la modalità con cui si effettua il test:

- Clarkson
- Medical Research Council

---

<sup>5</sup> Per consentire il rispetto delle norme sulla privacy, non va riportato il nome del paziente, ma uno pseudonimo o un codice (NON le iniziali!)



- **ESERCIZIO PER IL ROM** (mantenimento dell'ampiezza di movimento articolare e muscolare)

<b>Tipologia di esercizio</b> <i>(descrivere quale esercizio è stato proposto)</i>	NOTE
<p>Alias<sup>6</sup> paziente.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tipologia di esercizio: _____</p> <hr/> <p><input type="radio"/> Setting:</p> <p><input type="radio"/> Distretto corporeo:</p> <p><input type="radio"/> Postura paziente:</p> <p><input type="radio"/> Tempi di applicazione:</p> <p><input type="radio"/> Numero di ripetizioni e/o serie:</p>	

<sup>6</sup> Per consentire il rispetto delle norme sulla privacy, non va riportato il nome del paziente, ma uno pseudonimo o un codice (NON le iniziali!)

• **ESERCIZIO PER L'AUMENTO DELLA ESTENSIBILITA' E DEL ROM ARTICOLARE E MUSCOLARE**

<b>Tipologia di esercizio</b> <i>(descrivere quale esercizio è stato proposto)</i>	NOTE
<p>Alias<sup>7</sup> paziente.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tipologia di esercizio: _____</p> <hr/> <p><input type="radio"/> Setting:</p> <p><input type="radio"/> Distretto corporeo:</p> <p><input type="radio"/> Postura paziente:</p> <p><input type="radio"/> Tempi di applicazione:</p> <p><input type="radio"/> Numero di ripetizioni e/o serie:</p>	

<sup>7</sup> Per consentire il rispetto delle norme sulla privacy, non va riportato il nome del paziente, ma uno pseudonimo o un codice (NON le iniziali!)

• **ESERCIZIO PER AUMENTO FORZA E RESISTENZA**

<b>Tipologia di esercizio</b> <i>(descrivere quale esercizio è stato proposto)</i>	NOTE
<p>Alias<sup>8</sup> paziente.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tipologia di esercizio: _____</p> <hr/> <p><input type="radio"/> Setting:</p> <p><input type="radio"/> Distretto corporeo:</p> <p><input type="radio"/> Postura paziente:</p> <p><input type="radio"/> Tempi di applicazione:</p> <p><input type="radio"/> Numero di ripetizioni e/o serie:</p>	

<sup>8</sup> Per consentire il rispetto delle norme sulla privacy, non va riportato il nome del paziente, ma uno pseudonimo o un codice (NON le iniziali!)

## COMUNICAZIONE E RELAZIONE

### RELAZIONE FISIOTERAPISTA PAZIENTE

descrizione della relazione tra il fisioterapista e il paziente : COSA OSSERVI DURANTE LA SEDUTA

- ❑ In che modo accoglie il paziente?
  
- ❑ In che modo lo mette a proprio agio?
  
- ❑ In che modo tutela la privacy del paziente?
  
- ❑ In che modo risponde agli eventuali “momenti di crisi” del paziente?
  
- ❑ In che modo modifica la seduta a seguito della comunicazione che ha col paziente?
  
- ❑ In che modo si congeda dal paziente?