



fisioterapisti

Rivista ufficiale dell'Associazione Italiana Fisioterapisti

ANNO XVII - NOVEMBRE 2019
PERIODICO DI NOTIZIE E OPINIONI DEI FISIOTERAPISTI

numero **74**

60 ANNI DI A.I.F.I. VALORI, COERENZA, E PROSPETTIVE TRA PASSATO, PRESENTE E FUTURO

EDITORIALE

Emergenza COVID-19:
le prime iniziative A.I.F.I.

PROFESSIONE

Stress lavoro correlato,
burnout e difficoltà
comunicative e relazionali

EDUCARE ALLA SALUTE

La schiena va a scuola:
il progetto si allarga





Anno XVII numero 74 - novembre 2019
Periodico di notizie e opinioni dei Fisioterapisti

FISIOTERAPISTI

Rivista ufficiale dell'Associazione Italiana Fisioterapisti



FISIOTERAPISTI

Rivista dell'A.I.F.I.
Associazione Italiana Fisioterapisti
Anno XVII, n. 74
novembre 2019

Trimestrale
Registrato presso
il Tribunale Civile di Roma
num. 333/2003
in data 18/7/2003

Poste Italiane SpA
Spedizione in abbonamento postale
70% C/RM/04/2017

Direttore Responsabile

Mauro Tavarnelli

Comitato editoriale

Mauro Tavarnelli
Patrizia Galantini
Simone Cecchetto
Donato Lancellotti
Roberto Marcovich
Paola Pirocca
Francesco Ballardini
Andrea Piazza
Filippo Maselli
Gilberto Cherri
Loretta Carturan
Matteo Benedini
Susanna Mezzarobba

Responsabile Editoriale

Ludovico Baldessin

Redazione

Mercedes Bradaschia - m.bradaschia@lswr.it
tel 0039 (0)2 88184.514

Coordinamento stampa e produzione

Walter Castiglione - w.castiglione@lswr.it
Tel. 0039 (0)2 88184.222

Pubblicità

Stefano Busconi (Responsabile commerciale)
s.busconi@lswr.it

Traffico

Donatella Tardini (Responsabile) - d.tardini@lswr.it
Tel. 0039 (0)2 88184.292
Elena Rizzi - e.rizzi@lswr.it
Tel. 0039 (0)2 88184.227

Abbonamenti

Tel. 0039 (0)2 88184.317
Fax 0039 (0)2 88184.173
abbonamentiedra@lswr.it

Stampa

Grafica Veneta S.p.a. a Socio Unico - Trebaseleghe (PD)

© 2019

A.I.F.I. - Associazione Italiana Fisioterapisti
Via Pinerolo, 3 - 00182 Roma
tel. 0677201020 - Fax 067707736 - 0694810283
info@aifi.net

Pubblicato da EDRA SpA. Tutti i diritti riservati



EDRA S.P.A.

Via G. Spadolini, 7 - 20141 Milano - Italy
Tel. 0039 (0)2 88184.1 - Fax 0039 (0)2 88184.301
www.edizioniedra.it

NORME PER AUTORI E INSERZIONISTI

1) Chi redige e invia articoli lo fa gratuitamente. A.I.F.I. non elargisce alcun compenso per gli articoli ricevuti e nessun contributo spese viene richiesto all'Autore.

2) L'accettazione degli articoli è subordinata al giudizio della Redazione. I lavori inviati, anche se non pubblicati, non vengono restituiti.

3) I testi inviati per la pubblicazione devono essere inediti, creati con un programma di videoscrittura (possibilmente Word per Windows), salvati su floppy-disk o CD, in "Rich Text format".rtf, accompagnati da una stampa di buona qualità. Possono essere corredati da foto, tabelle, grafici (possibilmente anche in file a parte) purché

di buona qualità e accompagnati da didascalie di spiegazione o da riferimenti nel testo. Si raccomanda la loro precisa numerazione.

4) La direzione non si assume alcuna responsabilità per il contenuto delle inserzioni pubblicitarie.

5) Qualora nell'articolo l'Autore inserisca citazioni tratte da testi scientifici o di altro tipo, deve evidenziare il passo citato e segnalarne la fonte.

6) Se l'Autore desidera indicare, al termine del suo lavoro, la bibliografia eventualmente consultata, deve menzionare in ordine: autore, titolo del libro, pagine citate, anno di edizione.

7) La Redazione si riserva di chiedere all'Autore eventuali modifiche o chiarimenti del testo.

8) L'Autore o gli Autori dell'articolo devono specificare, allorché firmano il loro lavoro, la loro professione, l'Ente o Associazione presso cui lavorano, l'indirizzo.

9) Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Gli articoli e il materiale scientifico per la rivista vanno inviati a:
FISIOTERAPISTI
Via Pinerolo, 3 - 00182 Roma
Tel. 06 77201020 - Fax 06 7707736 - 06 94810283
e-mail: info@aifi.net

SUPSI

Riabilitazione

L'offerta formativa completa nell'area della riabilitazione e il descrittivo dei vari corsi in calendario è consultabile dal sito www.supsi.ch/go/riabilitazione.



Master of Advanced Studies

MAS Fisioterapia neuromuscoloscheletrica

Formazione completa in terapia manuale, un approccio integrato alla gestione del dolore cronico, approfondimento nell'ambito della metodologia della ricerca e un tirocinio. Il MAS si compone di 4 CAS:

- ♦ CAS Terapia manuale base*
- ♦ CAS Terapia manuale avanzato*
- ♦ CAS Fisioterapia muscoloscheletrica*
- ♦ CAS Pratica clinica avanzata e supervisione

* è possibile l'iscrizione al singolo CAS

Certificate of Advanced Studies

- ♦ CAS Angiologia
- ♦ CAS Fisioterapia sportiva
- ♦ CAS Neuroriabilitazione

Responsabile della Formazione continua SUPSI,
area riabilitazione: gianpiero.capra@supsi.ch.

Il CAS è il percorso di formazione continua Advanced Studies più breve proposto in Svizzera e consente di acquisire una specializzazione in un campo particolare svolgendo la formazione in parallelo all'attività professionale. Il personale sanitario italiano che frequenta e acquisisce l'intero CAS ha diritto alla sospensione dell'obbligo di ottenimento dei crediti ECM per tutto il periodo di formazione.

Corsi brevi

- ♦ **Disfunzioni della articolazione sacro iliaca e sindrome del piriforme**
Paula Clayton
- ♦ **Corso "Hands On" sulle carrozzine, i sistemi di postura e i cuscini antidecubito**
Nadia Crivelli, Guido Jufer e Gianantonio Spagnolin
- ♦ **Explain pain**
Irene Wicki
- ♦ **Dry needling e terapia manuale nel trattamento dei trigger point miofasciali**
Prof. Marco Barbero e Alessandro Schneebeli
- ♦ **La riabilitazione della spalla instabile**
Anju Jaggi
- ♦ **Trattamento riabilitativo delle tendinopatie dell'arto inferiore, dell'arto superiore e performance sportiva**
Luca Maestroni
- ♦ **Neuropatie da intrappolamento, trattamento neurodinamico**
Annina Schmid

Contatti

SUPSI, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale
Formazione continua – Sanità
Stabile Piazzetta, Via Violino 11, CH-6928 Manno
T +41 (0)58 666 64 51
deass.sanita.fc@supsi.ch, www.supsi.ch/deass

Advanced Studies+

La formazione continua universitaria

Sommario **di novembre**

6 **EDITORIALE**
I 60 anni di A.I.F.I. e le sfide
per il futuro

di Mauro Tavarnelli

11 **EDUCARE ALLA SALUTE**
La schiena va a scuola:
il progetto si allarga

a cura di A.I.F.I. Liguria

7 **ATTIVITÀ ASSOCIATIVA**
Siamo ciò che postiamo?

di Donato Lancellotti



8 **ATTIVITÀ ASSOCIATIVA**
Come vanno le iscrizioni?
Commenti e statistiche

di Donato Lancellotti



9 **ATTUALITÀ**
Le Bagliettiadi:
le Olimpiadi degli Anziani!

di Erika Chiavacci

13 **SPECIALE**
I 60 anni di A.I.F.I.
e le sfide per il futuro

a cura di A.I.F.I.

GIS

30 La Conchiglia

di Beatrice Amadeo, Eliana Bacigaluppi,
Valentina Lanzillotta, Valeria Pesenti



32 XVII Congresso Nazionale GTM
The management of the foot &
ankle complex - diagnosi
prognosi e trattamento

A cura del Direttivo Nazionale GTM 2020-2022

36 RICERCA
Stress lavoro correlato,
burnout e difficoltà comunicative
e relazionali nella professione
del fisioterapista

di Marco Bruschini, Alessandro Di Vito, Franco Burla



40 La stimolazione magnetica
funzionale ad alta intensità:
nuovi campi di applicazione

di Matteo Benedini



42 La conoscenza dei fisioterapisti
italiani rispetto alla International
Classification of Headache
Disorders 3rd edition beta version

di Irene Scotto

44 AGEVOLAZIONI
AI SOCI A.I.FI.



EMERGENZA COVID-19

Sul sito A.I.FI. trovate le notizie
in continuo aggiornamento sulla
situazione. Potete
consultare il sito al link
o inquadrando con
lo smartphone
il QRcode



<https://aifi.net/emergenza-covid-19-indicazioni-per-fisioterapisti-e-pazienti/>

I 60 anni di A.I.FI. e le sfide per il futuro

Carissime socie, Carissimi soci,
ci scusiamo con tutti voi se, per una serie di motivi tecnici che hanno rimandato l'uscita di questo numero, la rivista Fisioterapisti arriva soltanto ora nelle vostre mani.

Come avrete già intuito dalla copertina, questo è il numero dedicato alla celebrazione dei 60 anni di A.I.FI. e ripercorre le tappe più importanti della nostra Associazione, dagli esordi al raggiungimento di un importante obiettivo, l'istituzione dell'Albo dei fisioterapisti.

In queste pagine troverete le testimonianze di chi ha fatto la storia dell'A.I.FI. a cominciare da chi fondò l'A.I.T.R., l'Associazione Italiana Terapisti della Riabilitazione, madre dell'attuale Associazione, con il racconto delle prime battaglie per il riconoscimento della professione da parte del nascente Ministero della Salute che allora (era il 1958) si chiamava Ministero della Sanità.

Come è nata la figura professionale del fisioterapista? Come siamo arrivati alla Laurea ed ai master di specializzazione? Quali sono i prossimi obiettivi e cosa ci aspetta nel futuro? Illustri colleghi e pietre miliari della nostra Associazione testimoniano e ricordano le battaglie, le delusioni e le soddisfazioni, le speranze.

Vi consegno, quindi, una rivista che è anche un pezzo di storia della nostra Associazione e, se posso permettermi, della Professione.

E nel frattempo apro, insieme a tutti voi, un'altra pagina che, purtroppo, è più dolorosa: quella dei giorni che stiamo vivendo per il virus Covid-19.

Travolti, come il mondo intero, da questa emergenza, come Associazione Tecnico Scientifica stiamo cercando in tutti i modi di essere il punto di riferimento per tutti i colleghi che generosamente continuano ad essere in prima linea lavorando nelle strutture pubbliche e private, ma anche per i liberi professionisti che da soli hanno la responsabilità di decidere ciò che delle loro attività è im-

procrastinabile.

A tal fine, in base alle tematiche affrontate in collaborazione con altre associazioni di contesto quale ad esempio ArIR (Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria) e sempre in stretto rapporto con le Commissioni d'Albo dei Fisioterapisti,

stiamo producendo dei documenti in continuo aggiornamento, che invito tutti voi a consultare sul nostro sito al link o inquadrando il QRcode che trovate al fondo della pagina.

In questa pagina troverete tutti i documenti utili che mano a mano vengono redatti non solo da A.I.FI. ma anche dalla Federazione degli Ordini, dal Governo, dai Ministeri e da tutte le realtà coinvolte in questo difficile momento.

Proprio a fronte di questa emergenza, non possiamo assicurarvi che i prossimi numeri della nostra rivista non subiranno ulteriori ritardi, ma vi possiamo garantire che A.I.FI. continuerà ad essere presente sempre, con tutti i propri mezzi, per tutti voi colleghi e colleghe, e per i cittadini.

Come detto dal nostro Capo dello Stato: "Il momento che attraversiamo richiede coinvolgimento, condivisione, concordia, unità di intenti nell'impegno per sconfiggere il virus".



Il Presidente Nazionale A.I.FI.
Mauro Tavarnelli

Mauro Tavarnelli



<https://aifi.net/emergenza-covid-19-indicazioni-per-fisioterapisti-e-pazienti/>

Siamo ciò che postiamo?

Uno degli aspetti più importanti di questa società contemporanea è l'apparire: citando una frase di un noto rapper italiano "è più importante dividerlo che viverlo". Premesso che preferisco vivere in prima persona fatiche e gioie della vita, e di quella associativa *in primis*, non possiamo ignorare la valenza che hanno i social media.

Non vorrei cadere nel qualunquismo da geronte di soggiorno televisivo provocandovi con questa introduzione e voglio chiarire che uno degli aspetti che mi ha più colpito della vita associativa è la quantità di attività volontaria che esprimiamo a tutti i livelli; agiamo con la piena consapevolezza di operare con dedizione per l'interesse comune della professione.

Di fronte a tale consapevolezza, una delle sensazioni più sgradevoli e principale frustrazione verso gli interlocutori è sentirsi dire "ma cosa fa A.I.FI. per noi".

Spesso nei social si sente e si legge questa sorta di provocazione che dalla nostra elezione non ci ha lasciati un attimo e ci ha spinti, come Ufficio di Presidenza e Direzione nazionale, a trasformare un cruccio in opportunità.

Ricordo che a inizio mandato con l'amico Simone Cecchetto abbiamo pensato molto a come fare per divulgare le nostre iniziative associative; un'intuizione importante è stata quella di affidare una delega nazio-



nale ai sistemi di gestione e di comunicazione all'instancabile collega Claudia Pati che in questi due anni ha magistralmente coordinato i sistemi di divulgazione e innovazione informatica.

Nell'ultima Direzione nazionale abbiamo proposto un importante piano comunicativo e di investimento per affidare la nostra comunicazione a un social manager in modo da riuscire a divulgare istantaneamente le nostre attività ai colleghi e ai follower per meglio incidere nell'opinione pubblica.

Questo piano comunicativo mira a divulgare le iniziative, i bandi, i congressi scientifici, ma anche le più semplici riunioni nelle regioni e nel territo-

rio che rimane il primo punto di incontro tra la professione e gli altri interlocutori come le associazioni di cittadini, di persone assistite, di comunità scientifiche e di altri portatori di interessi.

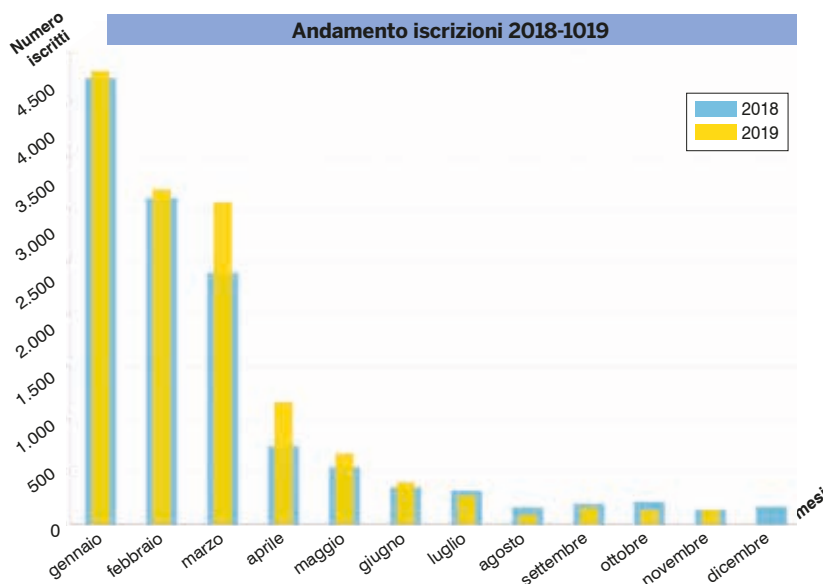
I canali A.I.FI. convoglieranno quindi le esperienze che settimanalmente viviamo grazie al lavoro di tutti quanti, in particolar modo dando evidenza agli appuntamenti scientifici e così possiamo dire, parafrasando quanto detto sopra, che questo impianto servirà a "dividerlo per meglio viverlo", per fare vedere alla collettività cosa sta facendo A.I.FI. per la professione, per la scienza della fisioterapia e per i cittadini.

Come vanno le iscrizioni?

Commenti e statistiche

Allora parliamoci chiaro, forse non sarebbe corretto esultare per il dato incontrovertibile di aver raggiunto i 10.000 iscritti entro il mese di marzo e 13.566 a novembre, poiché è chiaro ed evidente a tutti che la quota di iscrizione è stata dimezzata nel 2019. A nessun di noi piace compiacersi e millantare crediti, e neanche fustigarsi oltre il dovuto ma è inevitabile oltre che opportuno scorgere delle indicazioni che vengono dalle iscrizioni. Temevamo il collasso perché ci è chiaro l'impatto economico che è arrivato nell'anno della prima iscrizione all'Ordine ed abbiamo costruito un bilancio di previsione che nella ampiezza di variabili (*quando arrivano i decreti attuativi per la composizione delle commissioni di albo? Quando voteremo? quando perderemo la rappresentatività? Come si fa ad essere una ATS?*). Queste scelte sono state ripagate da una adesione associativa importante, che ci dice molte cose, alcune buone ed altre meno buone.

Partiamo dagli aspetti da migliorare: faticiamo con le iscrizioni degli studenti: essi sono ormai lo specchio di una collettività professionale che sfugge e fugge: fugge dalle regioni e da questo paese. Fugge dalla vita associativa, primo ed insostituibile elemento di rete e aggregazione. Questo dato è il più importante su cui lavorare. Ci è chiaro che gli studenti "vanno a mille" e cercano risposte a domande in tempo reale, come è facile osservare nei social; cercano scienza, certezze e opportunità. A.I.F.I. ATS dovrà necessariamente guardare a questo fenomeno.



Un altro dato invece positivo è la "frequenza di iscrizione": è evidente che i meccanismi facilitatori del rinnovo delle iscrizioni agevolano la re-iscrizione nei primi mesi dell'anno; è vero anche che proprio nel periodo dell'assalto emendativo della Legge di stabilità abbiamo avuto testimonianza, richieste, invio di e-mail e messaggi nei vari canali che ci fanno capire ancora una volta quanto importante sia per la comunità professionale il riferimento di A.I.F.I.

Altro dato: l'incremento degli iscritti ai GIS: quest'anno abbiamo previsto la possibilità per tutti i GIS di procedere con le iscrizioni dalla piattaforma A.I.F.I. Solo il GTM (Gruppo di Terapia Manuale) per una strutturazione interna genera le iscrizioni fuori dalla piattaforma A.I.F.I. anche se nella procedura A.I.F.I. abbiamo rimandato ai link propri facilitando tale iscrizione.

Di seguito i numeri degli iscritti a novembre 2019:

- Ordinari: 13.186
- Studenti: 380

- GIS Neuroscienze: 1.243
- GIS Pediatrico: 343
- GIS Geriatrico: 216
- GIS TFTR - Terapie Fisiche e Tecnologie Riabilitative: 64
- GIS Sport: 276
- GIS GTM - Gruppo terapia Manuale: 413

Le analisi, quelle vere e fatte bene, sono oggetto di lavoro approfondito per l'Ufficio di Presidenza e DN, e questo articolo vuole essere solo un semplice richiamo e condivisione con tutti. La collega Claudia Pati, per delega e competenza ai sistemi gestionali ci guiderà in un'approfondita analisi, ma già da mesi nella nuova veste di ATS stiamo attuando una trasformazione che deve tenere conto di questi aspetti. Nella difficoltà, nella bufera e nella complessa fase di vita associativa che ci vede impegnati come non mai su più fronti, abbiamo colto il sostegno di tutti i soci che continuano a credere in A.I.F.I. di tanta fiducia vi ringraziamo, e rilanciamo ancora: nuove sfide e nuovi traguardi. *Avanti tutta.*

Le Bagliettiadi: le Olimpiadi degli Anziani!

Sabato primo giugno presso l'Istituto Pio La-scito Nino Baglietto di Cogoleto si è tenuta la seconda edizione delle "Bagliettiadi", una vera e propria Olimpiade riservata agli ospiti della struttura che ha visto la partecipazione di una "selezione" di atlete e atleti provenienti da altre due RSA, Casa S.S. Concezione e Residenza Domiziana di Genova, appartenenti al Gruppo Gheron di Voghera.

Il pomeriggio ha regalato momenti di gioia ed emozione sia per gli ospiti che per gli spettatori, confermando la bontà del progetto che coinvolge tutte le figure professionali che operano all'interno delle strutture. Ideato dalle fisioterapiste Anna Allegro e Nadia Sperandio, responsabili del progetto per la Fondazione Baglietto, nasce dall'esigenza di offrire agli ospiti un qualcosa di innovativo in ambito fisioterapico che li stimoli a 360°.

Il progetto è stato portato avanti da un gruppo di fisioterapiste, socie attive per l'Associazione Ita-

liana Fisioterapisti della Regione Liguria nonché rappresentanti del Gruppo di Interesse Specialistico in ambito Geriatrico, che lavorano quotidianamente a contatto con le persone anziane. Insieme ad Anna e Nadia, le fisioterapiste Erika Chiavacci, segretario regionale dell'Aifi Liguria, Gaia Ampolo e Cristina Tavella, dimostrano la loro professionalità e passione non solo all'interno delle proprie RSA, ma condividono progetti ed iniziative per coinvolgere non solo i loro pazienti ma tutte le persone che ruotano attorno a loro, tra cui i familiari e tutto il personale. L'operatore diventa accompagnatore e sostenitore di vita, diventando punto di riferimento e di aiuto nella quotidianità. Grazie a questo progetto si è creato tra le fisioterapiste un gruppo di lavoro unito e coeso nella realizzazione e nella buona riuscita di tutta la giornata. Inoltre da questa idea è nata la proposta di aprire il progetto anche ad altri colleghi cercando di dare massima diffusione all'evento anche grazie alla partecipazione



di Aifi e del Gruppo Gis di interesse geriatrico. Dalla realizzazione di “coreografie”, esercizi “tradizionali” che messi in sequenza diano un senso di ritmo e di armonia, al compimento di gesti motori sincronizzati con melodie musicali arrivando all'utilizzo di attrezzi sportivi quali palloni, canestri e bocce.

Qui l'idea di sintetizzare il lavoro svolto in un momento di dimostrazione davanti ad un pubblico e contestualizzandolo in un tema “sportivo e agonistico”, senza esulare dal compito fisioterapico. La seconda edizione delle “Bagliettiadi” ha visto allargarsi notevolmente il numero di risorse umane coinvolte, grazie alla partecipazione delle Residenze Domiziana e Santissima Concezione, ampliando la possibilità di confronto tra le diverse realtà e figure professionali facendo emergere la volontà degli operatori di superare il pensiero comune nei confronti delle residenze, troppo spesso associato come “punto di arrivo” e non di partenza.

La giornata è stata aperta con i saluti da parte della Direttrice Cristina Cornacchione della struttura ospitante e dalla Presidente Antonella Polino della Fondazione Baglietto, sostenuti dalla Vice Sindaco di Cogoleto Marina Costa e dalla presenza del Segretario Regionale di Aifi Liguria, la Dott.ssa Erika Chiavacci.

La cerimonia di apertura con tanto di tedoforo, coreografie e musica, ha visto la sfilata degli atleti accompagnati dai propri “coach” dopo di che, si è dato il via alle gare del triangolare di pallavolo, sotto l'attento arbitraggio dalle ragazze del Cogoleto Volley coadiuvate dal VAR, che ha visto segnare una vittoria per ciascuna delle rappresentative.

Ed infine, la gara di corsa sviluppata su 20mt piani che ha visto l'atleta della Residenza Domizia-



na vincere con minimo distacco sulle altre due atlete in gara.

La cerimonia di premiazione ha visto tutti i partecipanti ricevere una coppa (realizzata dagli stessi ospiti) con tanto di fuochi d'artificio e inno nazionale.

Tutto il progetto è stato realizzato e sostenuto non solo da questo gruppo di fisioterapiste ma anche con la collaborazione degli animatori Francesco, Chiara e Doriana, che con la loro energia e il loro entusiasmo hanno coinvolto gli anziani e tutto il pubblico presente.

Per il prossimo futuro si pensa già alla rivincita e chissà che non sia proprio un'occasione di ulteriore incontro e collaborazione per tutti.



La schiena va a scuola: il progetto si allarga



Il progetto A.I.FI. “La schiena va a scuola” ha preso ormai campo in molte regioni italiane e da quest’anno anche in Liguria si è concretizzato con buoni risultati. È stato patrocinato da Alisa (azienda sanitaria ligure), in accordo con l’ufficio scolastico regionale, introdotto nella piattaforma sulla prevenzione in tema di salute e inviato alle scuole di tutta la Liguria.

Il progetto è stato proposto a tutti gli iscritti A.I.FI. Liguria, oltre che agli iscritti al GIS Ft Pediatrica, 16 sono stati i colleghi che hanno aderito.

12 le scuole coinvolte, per un totale di 20 classi, circa 400 alunni sulle 4 province liguri.

Un referente per ogni provincia con un obiettivo comune: raggiungere gli studenti sul territorio regionale, dove i fisioterapisti hanno promosso interventi orientati all’educazione e alla promozione della salute da sviluppare in ambito scolastico.

Al primo incontro in classe è stato proposto un questionario da far compilare ai genitori dei ragazzi, alla domanda se i loro figli si sono mai lamentati del mal di schiena, c’è una percentuale alla pari per



le risposte “no, mai” e “sì, qualche volta” del 46%, solo l’8% hanno risposto “sì, spesso”.

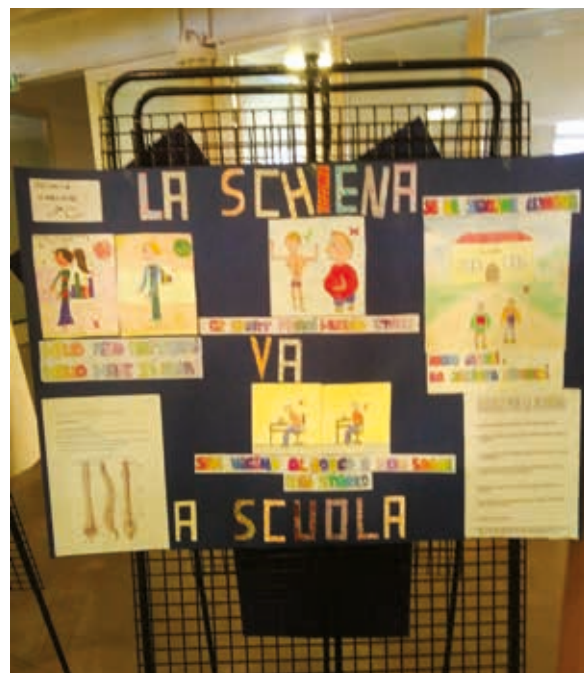
I maggiori responsabili del dolore alla schiena sono stati attribuiti allo “zaino troppo pesante” (46%) e allo “stare seduto male” (24%).

Durante il secondo incontro i ragazzi hanno compilato in classe un altro questionario, alla domanda se “hai modificato parte delle tue abitudini dopo le informazioni ricevute”, la maggior parte ha risposto positivamente, affermando di aver corretto la posizione nello stare seduto, di saper disporre meglio i libri nello zaino e di incentivare il movimento durante la giornata.

La criticità emersa riguarda la domanda relativa all’esecuzione degli esercizi proposti in classe nei cambi d’ora: tra “mai, qualche volta” e “spesso” la maggior parte ha risposto “qualche volta”, affermando che sono stati gli stessi alunni a fare la proposta ai professori.

Da qui è emersa la possibilità, per la prossima edizione, di informare preventivamente gli insegnanti interessati attraverso una tavola rotonda, da preferire ad una lezione frontale, con lo scopo di confrontarci sull’argomento.

L’incontro finale si è svolto alla biblioteca De Amicis, sita al Porto Antico di Genova, dove sono stati esposti i 20 poster che i ragazzi hanno realizzato. A seguire il responsabile scientifico della biblioteca ha letto alcuni passi letterari e poesie con il tema la “schiena”, tutto si è concluso con la premiazione dei poster: magliette colorate con il logo di super-fisio, di A.I.F.I., GIS Ft Pediatrica e



dello sponsor Ergo-casa. Il progetto è piaciuto, e abbiamo deciso di riorganizzarlo, cercando di coinvolgere altri colleghi. Tante scuole, infatti, lo scorso anno ne sono rimaste fuori perché hanno aderito ad iniziative già in atto. L’intenzione è quella di confrontarci per modificare alcuni aspetti emersi dalla nostra prima esperienza, si sa che dopo aver lavorato sul campo, mettendosi in gioco, si possono migliorare le proposte.



I 60 anni di A.I.F.I. e le sfide per il futuro



Uno sguardo al passato e uno al futuro

Dagli albori della fisioterapia alle nuove sfide per la professione del futuro. L'A.I.FI., Associazione italiana fisioterapisti, compie 60 anni, e per l'occasione ha ripercorso le tappe che l'hanno portata a rappresentare la categoria, a tutelare professionisti e cittadini (in particolare con la campagna antiabusivismo), a proiettarsi verso i nuovi bisogni di salute della popolazione e a contribuire alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Cambiando oltretutto 'pelle' a seguito della Legge 24 del 2017 (Legge Gelli), per cui è stata riconosciuta Associazione tecnico-scientifica, e della Legge 3 del 2018 sul Riordino delle professioni sanitarie che porterà a breve alla costituzione dell'Albo della professione e successivamente potrebbe portare alla nascita di un Ordine dei fisioterapisti. "Siamo ancora qui dall'8 giugno del 1959 e ci saremo negli anni a venire - spiega il presidente di A.I.FI. Mauro Tavarnelli, in occasione del compleanno dell'Associazione -. Ripartiamo dalla consapevolezza di avere radici fortissime, per cui continuiamo a essere grati ai nostri fondatori, che hanno lavorato quando questa professione era sconosciuta al mondo". La storia di A.I.FI. "sarà terreno fertile e motore propulsivo per la costruzione dell'Ordine professionale e anche per la definitiva trasformazione da Associazione maggiormente rappresentativa della categoria ad Associazione tecnico-scientifica". In quest'ottica "manterremo il nostro ruolo primario nello sviluppo del settore scientifico e culturale - rimarca Tavarnelli - continuando a essere utili e a disposizione per contribuire allo sviluppo di linee guida". Ma c'è un'altra sfida per il futuro. Legata ai cambiamenti delle esigenze di salute dei cittadini, che devono essere sempre al centro dell'azione non solo per una risposta ai problemi ma anche con interventi di prevenzione. "Dobbiamo fare la nostra parte per la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale in un'epoca di grandi trasformazioni", continua il presidente. La parola d'ordine è innovazione. "Come, ad esempio, il fisioterapista di comunità e la presenza della nostra figura nelle Case della Salute che alcune Regioni stanno adottando come modelli atti ad avvicinare le cure alla cittadinanza, soprattutto considerando l'invecchiamento della popolazione e la conseguente necessità di gestire le polipatologie legate alla

cronicità. "Quando diciamo che sarebbe importante avere una presa in carico diretta del paziente da parte del fisioterapista, non è per togliere lavoro a qualcun altro ma per snellire il processo. Ovviamente parliamo di situazioni di disabilità lieve o transitoria che però rappresentano la gran parte delle problematiche quotidiane, ad esempio nel caso del mal di schiena".

L'importanza di A.I.FI. per l'assistenza al cittadino è testimoniata dalle voci di chi con le persone lavora fianco a fianco. "I vostri 60 anni sono molto importanti - sottolinea il presidente della Federazione italiana per il superamento dell'handicap (Fish), Vincenzo Falabella -. Sono stati anni di lotte, obiettivi e sfide vinte grazie a tutti voi, che avete saputo costruire ponti e non muri. Per i prossimi 60 anni vorrei lanciare una sfida: dobbiamo lavorare a un manifesto sul vero valore della riabilitazione, un valore aggiunto che non possiamo paragonare a una scienza e alla sola e semplice sanità ma come un ambito in cui la persona è al centro dal punto di vista biopsicosociale".

Della stessa opinione Anna Rita Cosso, vicepresidente nazionale di Cittadinanzattiva. "Credo nella tutela dei diritti dei cittadini e la storia di A.I.FI. mi ha profondamente emozionato perché anche noi crediamo nella crescita del Ssn di qualità. Inoltre, mi piace molto la lotta dell'Associazione per affermare la dignità della professione, e dopo tanti anni di difesa del Ssn e di attività del Tribunale del Malato continuiamo a dire che non si possono tagliare i fondi per il settore sanitario ma bisogna lottare anche per la prevenzione".

Particolarmente sentite le parole di Antonio Bortone, attuale presidente del CONAPS ma con un passato ricco di azioni e traguardi raggiunti con l'associazione. "Nel celebrare i 60 anni A.I.FI. ha dato valore a quello che è il nostro ingrediente segreto, la storia. Serve ai giovani per l'impegno nel futuro ma anche a noi 'anziani' per capire e ricordarci di quello che siamo, ma la forza deve essere quella di guardare sempre avanti malgrado gli inciampi".

L'Ordine, l'Associazione tecnico-scientifica, il contributo al Servizio sanitario nazionale: "Il futuro comincia da qui- conclude il presidente Tavarnelli- Oggi prendiamoci i nostri meriti e continuiamo a mettere per il domani lo stesso impegno di questi 60 anni".

di Francesco Busso e Cosimo Bruno

Gli albori della professione

“**N**el 1956 ho fatto il corso di fisioterapia dell’ospedale Maggiore di Milano. Era uno dei primissimi corsi di fisioterapia che si faceva in Italia”. A raccontare è Francesco Busso, fisioterapista, protagonista e testimone di quelli che possiamo considerare gli albori della professione nel nostro Paese.

Milano, dunque, ma anche Roma. “Nei due anni successivi ci sono stati diversi incontri con i fisioterapisti che si erano formati alla scuola di Roma, della clinica neurologica guidata dal professor Gozzano - racconta Busso - Tutti insieme hanno iniziato una serie di trattative e discussioni per creare un’associazione, partendo dal fatto che i fisioterapisti romani avevano uno statuto certificato da un notaio in cui veniva stabilita una certa organizzazione”. Busso ricorda che alla fine “con un certo travaglio”, dall’unione tra le due realtà “è nata finalmente l’AITR, l’Associazione italiana terapisti della riabilitazione. Un termine, quest’ultimo, usato per cercare di staccarci da tante figure di tipo diverso che trattavano comunque nel campo della fisioterapia, come i massaggiatori e i massofisioterapisti”. In questo modo è stato possibile circoscrivere la figura del fisioterapista a coloro che seguivano dei corsi più seri e più importanti, in altre scuole che sono poi nate come a Bologna e Genova, per esempio”.

Possiamo dunque dire che la fisioterapia nasce “nel 1957, anche se è vero che esistevano dei cultori precedenti - sottolinea Busso - Addirittura qualcuno dice che a Milano già nel 1953 era stato iniziato un certo corso per preparare le infermiere professionali e dare poi il via ad altri corsi successivi”. Via via ci sono state altre riunioni nelle varie città italiane per “migliorare l’organizzazione”, ma soprattutto per “cercare di ottenere il famoso riconoscimento giuridico dalla categoria”. Quella che Busso definisce “una lunghissima e difficilissima battaglia instaurata prima con l’ACIS, poi con il ministero della Salute appena creato”, con l’obiettivo di ottenere questo riconoscimento giuridico per una figura di livello uguale in tutta l’Italia”. In seguito sono arrivati anche i contatti con le organizzazioni internazionali perché, continua Busso, “intanto in Francia era da almeno quarant’anni che esistevano i fisioterapisti come in altri Paesi, ed esisteva la Confederazione mondiale. E per accedere

alla confederazione io e altri colleghi di Milano e Roma abbiamo partecipato al grande congresso di Parigi del 1959, dove ci hanno dato delle indicazioni per entrare a farne parte”.

Busso spiega in prima persona le trasformazioni di cui è stato testimone: “Ho vissuto la storia dalla fisioterapia, ho visto i cambiamenti continui sia in senso migliorativo sia che per la profondità degli studi, sia in termini di impegno da parte di molti giovani. Questo perché con lentezza, ma anche con una certa continuità, sono state formate delle leggi che hanno permesso di raggiungere vari traguardi, arrivando all’uniformità delle scuole regionali fino alla laurea. Un grandissimo risultato, fino a quello degli ultimi tempi, ovvero l’Ordine, possibile grazie al lavoro di tanti, tanti giovani molto intelligenti e molto bravi”.

Infine, l’ultimo pensiero che provoca la commozione di Busso. “Quando parlo della fisioterapia mi commuovo. Ho sempre messo una grandissima passione in quello che ho fatto, cercando di fare del mio meglio per curare i malati”.

Anche Cosimo Bruno ha fatto la storia della fisioterapia in Italia, partendo dalla Liguria. “L’organizzazione regionale che ho portato avanti io è servita a cambiare l’AITR nazionale, dando un coordinamento e una organizzazione logistica che prima non esisteva, grazie anche all’esperienza mutuata da altri Paesi come l’Inghilterra”. Poi il 1987, l’anno del convegno regionale della Liguria, e la suddivisione dei fisioterapisti in vari gruppi ciascuno con una propria battaglia: il percorso di laurea, il riconoscimento giuridico, l’unificazione della categoria. “Abbiamo cercato di cambiare i rapporti di forza della vecchia dirigenza grazie al congresso, nominando come presidente Vincenzo Avallone”. Dal passato al futuro. A Bruno preme sottolineare il passaggio di A.I.F.I. da Associazione maggiormente rappresentativa ad Associazione tecnico-scientifica: “Secondo me bisogna cercare di prevedere che a livello internazionale non vadano persi quei contatti e la rappresentatività avute finora. Adesso sarà l’Ordine a pagare le quote degli organismi internazionali? Chi andrà agli incontri internazionali o andranno altre figure? Tutto questo secondo me va messo nero su bianco nelle trattative anche a livello col Governo per capire come sarà l’organizzazione”.

Lo sviluppo della formazione

La fase che possiamo definire pionieristica va dal 1959 fino al 1980, ed era sostanzialmente basata su esperienze mutate dall'estero per quanto riguarda la preparazione e la formazione, temperate dall'emergenza di certi bisogni specifici che si andavano creando nel nostro sistema sanitario. La seconda fase, dagli anni Ottanta fino agli anni 2000, è stata quella della crescita consistente, della trasformazione, del consolidamento dei percorsi predisposti fino a quel momento e del tentativo di omogeneizzarli a livello nazionale fino ad arrivare, con la definizione del profilo professionale del 1994, a un inquadramento preciso della figura professionale anche nei percorsi universitari e accademici che porteranno alla nascita del diploma universitario e in seguito del percorso di laurea triennale, ancora attuale". La definizione è di Sandro Cortini, espressa in occasione dei 60 anni di A.I.F.I.

In ambito universitario, la prospettiva è quella di "un'evoluzione del percorso di studi verso una proposta di laurea a ciclo unico, quinquennale che però, secondo il mio modesto parere, necessiterebbe di una revisione completa di tutto il sistema formativo delle professioni sanitarie". La questione, ricorda Cortini, contrapponeva in quegli anni "diverse anime all'interno del Consiglio direttivo nazionale: chi, con visione più idealista, intendeva perseguire il progetto della laurea a ciclo unico come unico percorso possibile; chi, invece, in modo più pragmatico, voleva percorrere un cammino fatto di conquiste a piccoli passi. Ecco, il profilo professionale è stato proprio una di queste conquiste, il primo passo che ci ha consentito nei venticinque anni successivi di raggiungere quei livelli di autonomia e responsabilità professionale che ora sono riconosciuti da tutti". Cortini sottolinea il suo grande impegno profuso nello "scrivere quelle parole, scegliere i termini giusti per il profilo professionale: una fonte di grande passione e di grande preoccupazione" dovute alla "responsabilità di essere, in qualità di responsabile dell'Ufficio centrale formazione, la persona chiamata a contrattare ogni singola parola di quel testo, per descrivere nella maniera più completa quello che la nostra professione stava diventando".

In sintesi, "eravamo terapisti della riabilitazione e stavamo diventando fisioterapisti".

Tre sono i temi su cui sono state combattute "le battaglie più dure". Il primo tema, ricorda Cortini, è stato quello relativo "all'identificazione di un professionista autonomo, quindi, un professionista che non doveva agire solo nell'ambito di un'equipe ma che poteva essere chiamato a esprimersi individualmente, sia dal punto di vista clinico che da quello della ricerca e della consulenza". La seconda "grande battaglia" è stata relativa alla "prescrizione da parte del medico: c'era chi riteneva che dovesse farlo solo un medico specialista di settore, e c'era chi riteneva - e noi fra questi ovviamente - che il fisioterapista dovesse dialogare e collaborare con tutti i medici, specialisti e non. E che, quindi, non potesse essere ridotto o rinchiuso nel ruolo di semplice esecutore delle prescrizioni del medico fisiatra". La terza "battaglia" fu quella relativa alle "terapie manuali, in particolare al ruolo della manipolazione e alla possibilità da parte del fisioterapista di effettuare questo tipo di tecnica". Secondo Cortini "il profilo professionale emanato alla fine non è stato sicuramente quello perfetto, però ha cominciato a disegnare le caratteristiche di una professione che poi si è sviluppata negli anni successivi".

Venticinque anni sono trascorsi da quella conquista e vedere tanti colleghi e dottori di ricerca, professori universitari specializzarsi in modo sempre più articolato, "mi fa dire che tutti quegli sforzi non sono andati perduti". Nel 1992 sono nati i primi diplomi universitari ma è stato necessario aspettare il 1994 per sancire che era necessario avere il diploma universitario con una formazione unificata. Questo perché "dobbiamo ricordarci che fino a quell'anno la nostra formazione era parcellizzata tra regioni, università e organismi privati: per fare un esempio, in quegli anni abbiamo censito circa 106 scuole di ogni origine e caratteristica, che rilasciavano il titolo di terapeuta della riabilitazione, che a livello internazionale però non trovava un corrispettivo". Nel 1996 quella che Cortini definisce una grande rivoluzione. "Vengono chiuse quasi tutte le scuole regionali, vengono trasformate tutte



■ Sandro Cortini in videoconferenza

le scuole universitarie che si chiamavano 'a fini speciali' (ovvero erano un'emanazione diretta di ogni singolo ateneo e non avevano un vero e proprio ordinamento uguale), e viene istituito il diploma universitario". Ma la formazione "non dava alcuno sbocco. Bisogna arrivare agli anni 2000 per assistere a una trasformazione ancora più significativa". Viene raggiunto l'obiettivo di avere una laurea triennale.

In questo periodo di trasformazioni "l'Associazione italiana fisioterapisti ha avuto un ruolo determinante, senza cui non avremmo potuto raggiungere alcun risultato. Certamente - continua Cortini - restano ancora molte cose da fare e ne siamo tutti ormai consapevoli: prima di tutto la revisione del documento fondamentale 'La formazione del fisioterapista', che ormai ha più di 10 anni. Poi arrivare a una laurea che abbia una possibilità di elaborazione e approfondimento maggiore": quindi che non si fermi ai tre anni ma vada avanti nella considerazione che "la triennale non sia più adeguata alle necessità e ai campi in cui il fisioterapista deve operare". C'è bisogno dunque della "specializzazione, che oggi si può ottenere attraverso alcuni master a patto che

abbiano caratteristiche più stringenti, più specifiche e soprattutto riescano effettivamente a formare più che a dare un titolo".

L'obiettivo per il futuro, come lo vede Cortini, sarà quello di "costituire una classe di dirigenti ma anche di docenti, e quando dico docenti penso effettivamente a professori universitari a tutti gli effetti, come accade nella maggior parte del mondo". Cortini cita poi l'esempio di Trento, dove nel 1997 è partito per la prima volta il corso di formazione universitario, allora definito diploma, grazie alla sinergia di università, azienda sanitaria, Provincia autonoma di Trento e altri organismi. Oggi possiamo verificare come sono cambiati i professionisti e la loro capacità di trasmettere nuove abilità, più adeguate ai nostri bisogni. La formazione è cambiata in meglio e attualmente il corso di laurea in Fisioterapia è il più ambito di tutte le lauree sanitarie, comprese Medicina e Odontoiatria, e abbiamo il rapporto domanda-offerta più alto". E in tutto questo A.I.F.I., attraverso la sua azione politica, "è stata il trampolino verso il miglioramento. Senza l'Associazione - conclude - non saremmo stati niente".

Il profilo professionale del 1994

“**H**o trascorso la mia intera storia professionale in questa associazione in cui ho sempre creduto, perché è l'unica che ha puntato su questa professione, sia da un punto di vista culturale che da un punto di vista del ruolo nel Servizio sanitario nazionale”. Vincenzo Manigrasso, iscritto dal 1986 a quella che allora si chiamava Associazione nazionale terapisti della Riabilitazione, è stato l'anello di congiunzione tra l'AITR, di cui è stato l'ultimo presidente, e l'A.I.FI., di cui ne è stato il primo. È lui a ripercorrere i passi della storia recente dell'Associazione italiana fisioterapisti, a cominciare dal “primo fondamentale traguardo che abbiamo raggiunto insieme, nel 1994: il profilo professionale del fisioterapista, una norma fondamentale del nostro ordinamento giuridico che ci pone in maniera chiara come una professione autonoma e responsabile. Noi siamo coloro che si occupano del recupero della funzione motoria e della riabilitazione, siamo in

grado di decidere il meglio per il nostro paziente e di proporre le migliori soluzioni terapeutiche, di valutarne i risultati e rispondere ovviamente delle nostre azioni. Sostanzialmente, abbiamo dato l'avvio all'affermazione della professione in quanto tale”.

Anche per Antonio Cartisano si tratta di un anno “fondamentale e straordinario” per la professione, “perché ha dato nuove prospettive. Abbiamo lavorato molto in quell'epoca insieme ad alcuni colleghi, portando avanti studi e ricerche, ottenendo anche la collaborazione di tecnici del ministero e di parlamentari, utile alla costruzione del profilo professionale, e delineando competenze molto aperte a nuovi fronti, con la possibilità di avere ulteriori obiettivi da raggiungere anche oggi, e arrivare a un quadro ancora più completo per la salute dei cittadini”. Cartisano spiega che “il profilo professionale è molto ampio. Oggi ci sono molte richieste anche da parte delle specia-





■ Vincenzo Avallone in videoconferenza

lità mediche per avere al loro fianco professioni come la nostra, con numerose specializzazioni in un campo dove la specializzazione stessa è l'inizio di un ulteriore percorso: clinico, di ricerca e formativo in ambito universitario". Sono state proprio le università, infatti, "ad avere avuto un ruolo di parte in causa per importare conoscenze e competenze da altri Paesi, con cui riusciamo a stare al passo".

Per quanto riguarda le leggi 42 del 1999 e 43 del 2006, "in cui c'era già stato il tentativo poi sfumato di arrivare all'Ordine, hanno portato un buon contributo normativo di sostegno e di riconoscimento alla nostra professione, attribuendole più concretezza e autorevolezza. Ci sono tuttavia ancora tanti obiettivi da raggiungere per esercitare molte competenze ancora in discussione nel nostro Paese, con la condivisione e la buona partecipazione di specialisti di alto livello". Finora, conclude Cartisano, "ho avuto la fortuna di avere a che fare con professionisti bravi, con competenze anche formative, giuridiche, economiche, comunicative e di segreteria: quando una squadra fa un lavoro così forte e così speciale, anche il presidente riesce a fare un lavoro qualificato, con la tenacia di persone che hanno la capacità di intendersi e razionalizzare gli sforzi e tirarne fuori un potenziale notevole come quello che si è visto in questi anni".

Un'altra figura importante in questo periodo è stata quella di Vincenzo Avallone, per il quale il profilo professionale "è stato frutto di un lavoro

coordinato e continuato tra i vari direttivi, e sarebbe stato impossibile senza il lavoro di tutti. Per esempio, durante il mio mandato è stata istituita una commissione che ha lavorato su questo e sulla regolamentazione giuridica, dando un'ossatura nazionale a questa organizzazione". Va sottolineato che si tratta di un profilo "dal contenuto elevatissimo, da studiare: gli stessi universitari soltanto quando se lo ritrovano davanti comprendono quanto sia immensa la complessità della figura del fisioterapista". Detto questo, "non possiamo fermarci al passato ma dobbiamo sempre guardare al futuro, partendo da un presente importante". In particolare, l'auspicio di Avallone è quello di "non perdere la possibilità e lo slancio di trasformazione per gli anni a venire: abbiamo costruito macchine importantissime che però vengono poco utilizzate. Mi riferisco, nello specifico, alla possibilità data ai giovani di diventare docenti universitari, dirigenti e ricercatori. Che poi sono rimasti bloccati con un 3+2 in cui i primi 3 anni sono anche professionalizzanti. Questo fattore molte volte frena nell'andare avanti. Abbiamo lavorato per ottenere certe cose, però non basta: ora bisogna stimolare tutti trasformando il 3+2, fallimentare per tutte le professioni e in particolare per il fisioterapista. D'altra parte, le professioni più forti lo hanno capito subito eliminando questa sciagura. È necessario - conclude Avallone - avere un percorso di laurea lunga per usufruire davvero di tutto quello che abbiamo creato finora".

Lo sviluppo normativo delle professioni sanitarie

“Nel 1998 ho avuto l'onore di essere eletto segretario nazionale della AITR e subito abbiamo iniziato a lavorare su quella che poi è diventata una legge fondamentale, perché ha cambiato il paradigma giuridico della nostra professione e di tutte le professioni oggi sanitarie: la Legge 42 del 1999”. I ricordi sono di Antonio Bortone, oggi presidente CONAPS, che in occasione dei 60 anni di A.I.FI. ripercorre le tappe più importanti che hanno portato alla definizione del fisioterapista.

Bortone spiega che è stata una “legge sofferta, combattuta, in realtà nata monca”. Il motivo? “All'articolo 1 la norma prevedeva l'istituzione degli ordini professionali ma il Governo, supportato dalle organizzazioni sindacali, si mise di traverso e si dichiarò non favorevole alla creazione e all'istituzione dei nostri ordini professionali”. Questa battuta d'arresto fu vissuta male: “Parliamo di un articolo sottratto, 'scippato' da

una legge quadro che avrebbe dato pienezza e completezza a una rivoluzione culturale in ambito professionale e quindi con una impronta prettamente storica”. In quel periodo, ricorda ancora Bortone, i sentimenti all'approvazione della legge “furono contrapposti: da un lato festeggiavamo la perdita della ausiliarità e quindi la conquista della dignità professionale, che significa autonomia e responsabilità diretta; ma dall'altro ci sentivamo letteralmente ‘scippati’”. Per l'attuale presidente CONAPS, tuttavia, “non c'è stato tempo di soffermarsi sugli allori né tantomeno compiangere gli insuccessi, perché immediatamente abbiamo lavorato tutti insieme per confezionare un'altra legge, molto importante e rivoluzionaria dal punto di vista organizzativo, ovvero la 251 del 2000”.

Si tratta di una norma che di fatto “possiamo considerare un compromesso politico tra categorie differenti, tra le professioni sanitarie e quelle mediche: non ha portato soltanto la dimensione della dirigenza, e soprattutto l'accesso da parte delle professioni sanitarie alla dirigenza in ambito sanitario, ma ha portato anche una conferma del valore paradigmatico del codice deontologico dell'ordinamento didattico e delle procedure di valutazione come imprescindibili per una attività e un comportamento professionale direttamente responsabile”.

Bortone riassume tutto questo “come la legge che ha completato un percorso riformistico introdotto e avviato con la Legge 42 del 1999: se non ci fosse stata la Legge 43 del 2006, con la Legge 4 del 2013 e il riconoscimento delle competenze delle associazioni non riconosciute, saremmo stati inglobati in un minestrone amorfo di tutti gli esercenti le libere professioni senza avere alcuna tutela. Invece, essendo professioni già regolamentate, abbiamo potuto nel 2013 obbligare il Governo e l'allora ministro della Salute, Renato Balduzzi, a porre una specifica tutela delle competenze delle professioni già regolamentate e noi eravamo all'interno di quel perimetro protetto”. Insomma, conclude Bortone, “è stata una lotta importante ma è stata fatta con grande impegno fisico, abnegazione e soprattutto con grande entusiasmo”.



■ Antonio Bortone, presidente CONAPS

a cura dell'agenzia DIRE, Ufficio Stampa A.I.FI.

Trevi 2002: da AITR ad A.I.FI.

“**A** Giulianova nell'ottobre del 2001 sono stato eletto presidente dell'Associazione italiana terapisti della riabilitazione. Insieme alla mia elezione, il Congresso decise di riconvocare entro un massimo di 6 mesi un nuovo congresso fondativo che raccogliesse i significativi cambiamenti dal punto di vista giuridico per la nostra figura professionale, a iniziare dal cambiamento del nome: da terapeuta della riabilitazione a fisioterapista”. Sono le parole di Vincenzo Manigrasso, che in occasione dei 60 anni di A.I.FI. ripercorre la storia dell'Associazione e i suoi cambiamenti principali.

“La definizione di fisioterapista – aggiunge - chiaramente ci identificava già a livello internazionale all'interno anche della WCPT, di cui facevamo già parte e che ha appunto all'interno della propria denominazione il termine fisioterapista. A Trevi, nel giugno del 2002, fondammo l'Associazione italiana fisioterapisti rifondando al tempo stesso anche lo statuto e mettendo alla base del nuovo i concetti che avevamo affermato con il profilo professionale nel 1994: ovvero l'autonomia, la responsabilità e la titolarità”. Concetti che fanno del fisioterapista “un professionista autonomo nel prendere le decisioni, responsabile nel rispondere, davanti al paziente e davanti alle proprie responsabilità deontologiche e ed etiche, del proprio operato. Oltretutto il percorso universitario e la disciplina che andavamo definendo rendevano al fisioterapista l'onore e l'onere di poter assolvere in prima persona, e senza intermediazioni, la funzione di terapeuta per il recupero delle funzioni della motricità”.

Il Congresso di Trevi fu “molto, molto importante perché ha dato l'avvio a questa nuova associazione che negli anni è stata riconosciuta come l'unica rappresentativa dei fisioterapisti da parte del ministero della Salute. È l'Associazione – prosegue Manigrasso - che ci ha portato recentemente alla conquista di leggi molto importanti, a seguire un percorso di sviluppo professionale e di riconoscimento da parte dello Stato, che oggi ha condotto alla promulgazione della legge istitutiva dell'Ordine professionale. Questa è solamente una delle conquiste fondamentali che abbiamo raggiunto in questi anni, perché con



Vincenzo Manigrasso



A.I.FI. abbiamo portato definitivamente la formazione dei fisioterapisti in ambito universitario, abbiamo aderito ai nuovi percorsi formativi con la laurea triennale e specialistica, abbiamo successivamente affermato la possibilità da parte dei fisioterapisti di dirigere servizi e di collocarsi nel ruolo di dirigenti delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione. Penso che questo sia stato un passaggio fondamentale – conclude Manigrasso -. A.I.FI. compie 60 anni, e questa è un'ottima occasione per dire che abbiamo fatto molte cose, che molte altre ne faremo e pensiamo che i nostri giovani colleghi laureati potranno in futuro sviluppare ancora di più, e ancora meglio, la nostra professione”.

La formazione della dirigenza

Quando è sorta l'esigenza di inserire dei dirigenti per coprire i ruoli richiesti dalla Legge 251 del 2000, "è nato anche il problema di individuare persone preparate da collocare nei servizi sanitari". Una questione che si è posta per "i fisioterapisti, impegnati nel tentativo di dare coerenza alla richiesta che avevamo avanzato per poter gestire autonomamente il nostro con-

testo professionale e farci trovare pronti come dirigenti". A ricordare le tappe fondamentali per arrivare alla formazione dei fisioterapisti dirigenti, in occasione dei 60 anni di A.I.FI., è Andrea Sanquerin.

"Oltre a dare le risposte corrette e adeguate non solo alle esigenze e ai bisogni dei pazienti, abbiamo dovuto tenere conto delle esigenze di razionalizzazione dei servizi. E questo è stato un primo elemento di criticità da affrontare: non è stato facile essere preparati contemporaneamente a individuare soluzioni organizzative necessarie per i cambiamenti che si erano verificati, ma anche essere preparati a individuare in che modo la competenza professionale poteva essere l'elemento forte per introdurre un cambiamento nell'organizzazione dei servizi".

Nel corso degli anni è diventato "fondamentale il rapporto tra la funzione di dirigente, la formazione di base e quella dedicata ai quadri dirigenti: spesso ci siamo trovati nella situazione di dover in qualche modo ricominciare un percorso di formazione dei professionisti entrati in servizio, in modo da dare coerenza alle competenze del professionista con i bisogni della popolazione a cui dovevamo rispondere. E questo è diventato particolarmente evidente negli ultimi anni, in seguito al cambiamento più significativo del contesto epidemiologico in cui ci si trovava a lavorare: dovevamo superare un approccio di tipo prestazionale, che tuttora viene chiesto ma che negli anni scorsi era lo standard della richiesta, e passare a una capacità di presa in carico del paziente che presupponeva una disponibilità di competenze di tipo relazionali non sempre presente quando facevamo la selezione del personale".

In sostanza, spiega Sanquerin, "bisogno formativo e risposta della formazione universitaria sembravano due mondi che procedevano su strade parallele e non convergevano verso un punto importante e che in qualche modo è stato recuperato con la formazione permanente: ovvero essere molto legati nei percorsi di formazione al bisogno della popolazione. Ne è un esempio l'evoluzione nel senso della domanda prevalentemente dovuta a bisogni di cronicità".



■ Andrea Sanquerin in videoconferenza

a cura dell'agenzia DIRE, Ufficio Stampa A.I.FI.

Sviluppo e ruolo del sistema universitario

Le prime esperienze di formazione in fisioterapia “sappiamo che si sviluppava in maniera differente, sede per sede e con modelli diversi. Ha avuto senza dubbio un grande valore perché ci ha permesso di diventare quello che siamo oggi, però aveva anche degli estremi punti critici, delle debolezze significative”. Paolo Pillastrini espone il punto sullo sviluppo e sul ruolo del sistema universitario, in occasione delle celebrazioni del sessantesimo compleanno di A.I.FI.

“All’epoca, per esempio, le materie insegnate erano pratiche, cioè non c’era la metodologia, non c’era la teoria - che era appannaggio esclusivo di altre figure professionali, prevalentemente della classe medica - e mancavano del tutto i ricercatori e anche i docenti, così come non c’erano società scientifiche. Altrettanto si può dire dei ruoli di coordinamento didattico-organizzativo, che non erano disciplinati da una normativa, o che non erano riconosciuti come poi in seguito è successo. Per ultimo, ma non meno importante, il ruolo di presidente o direttore dei corsi non era mai affidato a un fisioterapista ma sempre a una figura differente”. Per Pillastrini si tratta di una situazione “figlia di una cultura e di un’epoca in cui le nostre professioni erano ritenute ancillari, para-mediche, e non invece delle professioni sanitarie come per fortuna è accaduto in seguito”. A partire dagli anni Duemila si sono verificati cambiamenti importanti. “Oggi i titolari degli insegnamenti professionalizzanti sono quasi sempre fisioterapisti. Come va sottolineata la nascita dei primi professori fisioterapisti nel mondo universitario. È vero, siamo ancora molto pochi, ma le premesse ci sono tutte. Ci sono colleghi che hanno intrapreso la carriera universitaria e stanno piano piano raggiungendo l’obiettivo, che sarà uno strumento potentissimo per lo sviluppo della nostra disciplina del mondo scientifico riconosciuto. Ancora, i ruoli del coordinatore non sono più lasciati così alla libera iniziativa di ciascuna sede, ma sono stati riconosciuti e sono stati in larga misura anche accolti dalle normative che li hanno disciplinati. E anche se non siamo pienamente soddisfatti dei risultati ottenuti, ciò non ha nulla a che vedere con quanto è accaduto nel passato. Sono ancora piccole esperienze, non è

una esplosione che ha abbracciato tutto il territorio nazionale e non è una presenza costante che si ripete. In tutte le sedi accademiche nazionali, però certamente la strada è tracciata”.

Capitolo società scientifiche. “È un’altra delle iniziative che la nostra professione e la nostra associazione professionale hanno messo in campo. È nata la SIFIR, seguita poi dalla SIF, che rappresentano in modo molto autorevole e prestigioso lo sviluppo scientifico della disciplina in Italia, che ormai ha anche un riconoscimento internazionale grazie alla presenza di riviste che in Italia si pubblicano e che hanno una visibilità”. Pillastrini coglie l’occasione del compleanno di A.I.FI. “per lasciare un messaggio a tutte le persone che hanno passione e alle quali interessa che lo sviluppo della disciplina possa affermarsi a 360 gradi: ora la strada c’è, siamo qui e abbiamo autorevolezza e riconoscimenti. Si tratta di percorrerla, soprattutto da parte dei giovani”, perché “non può esistere una professione che non abbia nella formazione e nella ricerca i motori fondamentali per la propria crescita e la propria affermazione”. Ne consegue l’importanza rivestita dal dottorato di ricerca, “il percorso formativo di più alto livello previsto dall’ordinamento universitario italiano. Basti pensare che, più o meno nel periodo dal 2007 al 2011, in Italia soltanto 4 persone avevano conseguito il dottorato di ricerca. E dal 2011 al 2019 sono all’incirca 80 i dottorati di ricerca conseguiti e quelli in corso di svolgimento”. È un discorso “che si collega in modo molto stretto, con il discorso di A.I.FI. come Associazione tecnico-scientifica, proprio perché la figura e la finalità che andrà ad acquisire l’Associazione non può che risentire, in maniera positiva, proprio di questo incremento culturale”.



■ Paolo Pillastrini

La voce di chi lavora all'estero

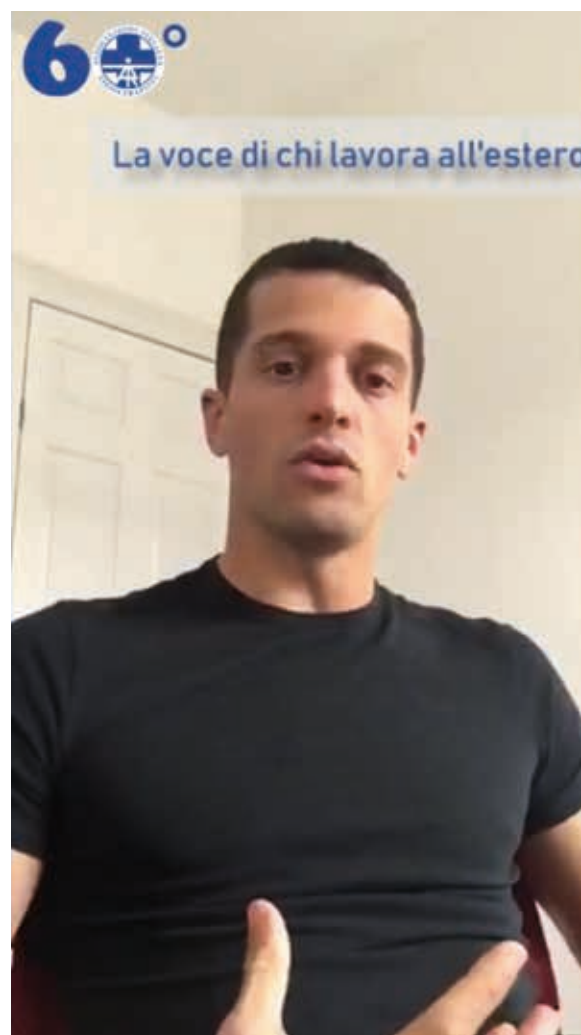
Agostino Faletta è un fisioterapista che qualche anno fa ha deciso di espatriare in Inghilterra, e ora mette in evidenza le principali differenze tra il sistema italiano e quello inglese.

“Lavoro come advanced practitioner in Pronto soccorso e quindi mi occupo di pazienti che si presentano con patologie muscolo-scheletriche, ortopediche e traumatologiche”, spiega in occasione dei 60 anni di A.I.FI. “Essendo un practitioner sono autonomo nelle mie scelte e non ho bisogno di un medico che mi dia una diagnosi o mi dica cosa fare, quando farlo, come farlo. Sono io che, in completa autonomia dopo la mia valutazione formulo una diagnosi, a questo punto medica, e quindi con tutte le possibili ripercussioni del caso”. In pratica è lui stesso a decidere “il trattamento del paziente, se questi può essere mandato a casa in sicurezza, oppure se devo trattenerlo in ospedale. Ovviamente per una diagnosi mi avvalgo principalmente del mio ragionamento clinico, ma se questo non basta ho anche l'aiuto e l'opportunità di richiedere esami strumentali come lastre, risonanze magnetiche, esami del sangue, ecografie”. Per quanto riguarda il trattamento nel dettaglio, “può variare tantissimo: può andare dai semplici consigli sul rimanere attivi, passando per qualche esercizio che il paziente poi dovrà fare a casa, fino a fornire trattamenti più invasivi come iniezioni o riduzioni di fratture.

Tutto questo è stato possibile nel corso degli anni, spiega Faletta, “grazie sicuramente a corsi specifici, al contatto diretto con quello che è il Pronto soccorso. Ho sicuramente avuto il supporto di quello che viene definito 'Multidisciplinary team': ci sono medici intorno a me che si fidano di quello che faccio e con i quali ho sviluppato tecniche più avanzate”. Ma l'aspetto principale da mettere in evidenza è che “tutto il sistema inglese in cui lavoro permette a me e agli altri fisioterapisti inglesi, di poter fare queste cose: c'è una struttura intorno a livello sociale, culturale, di organizzazione dello Stato e organizzativo della struttura, e anche un substrato al livello legale”. Un traguardo raggiunto “dopo anni e anni di battaglie, anche legali, fatti dalla Chartered Society of Physiotherapy, ovvero l'A.I.FI. inglese, in unio-

ne con quello che è l'albo dei fisioterapisti inglesi e delle professioni sanitarie”.

Pensando alla situazione italiana, Faletta si augura che “in futuro se non tutte, almeno parte delle cose che posso fare in Inghilterra, si potranno fare anche in Italia. Ovviamente c'è un gap generazionale e culturale da colmare, basti pensare al fatto che la Chartered Society of Physiotherapy è stata fondata nel 1900 mentre l'A.I.FI. nel 1959”. Dunque “servono tempo, studio e impegno”, conclude Faletta.



a cura dell'agenzia DIRE, Ufficio Stampa A.I.FI.

Un **obiettivo raggiunto**: l'Ordine TSRM PSTRP e l'Albo dei fisioterapisti



■ Alessandro Beux in videoconferenza

“**A** 15 mesi dall’inizio delle iscrizioni ai relativi Albi dei circa 190mila professionisti previsti, se ne sono registrati 150mila, quindi l’80%: una percentuale che ci dà grandissima soddisfazione, ma nei prossimi mesi confidiamo di arrivare al totale della popolazione stimata”. I numeri sulle iscrizioni vengono esposti e commentati da Alessandro Beux, presidente della Federazione nazionale degli Ordini TSRM PSTRP, in occasione delle celebrazioni per i 60 anni di A.I.FI.

“Cosa manca in questo momento? Due decreti attuativi dell’architettura istituzionale: quello che definirà la composizione delle commissioni d’Albo, una per ognuna delle 19 professioni sanitarie, e quello che definirà la composizione del Consiglio direttivo che sarà l’organismo di vertice dei singoli Ordini”.

Per quanto riguarda le sfide per il futuro, Beux sottolinea che la “principale sarà quella di omo-

geneizzare, all’interno di un’unica famiglia professionale, quelle che al momento sono 19 famiglie professionali differenti, arrivando a far sì che le differenze caratterizzanti diventino motivi di ricchezza e non di incomprensione e qualche volta anche contrapposizione, come abbiamo registrato”. Ovviamente esistono degli “elementi di criticità, dovuti proprio all’obbligo per queste ‘famiglie’ di convergere in una unica istituzione. Confidiamo che lo stare insieme, in questo momento forzato ma non per tutti - perché alcune persone aspettavano da decenni di poter stare insieme agli altri professionisti - favorisca la reciproca conoscenza e quindi l’aumento del dialogo e delle sinergie professionali, la convergenza delle competenze e dei valori, per arrivare poi nel lungo periodo a creare, quell’ordine omogeneo che già qualche anno fa - conclude Beux - era nella testa di qualcuno che vedeva più lungo e in modo un po’ più sensibile rispetto agli altri”.

Competenze **specialistiche**



SUSANNA MEZZAROBBA, presidente GIS Neuroscienze

Il progressivo aumento di credibilità che la Fisioterapia sta acquisendo nel panorama scientifico è il frutto del percorso continuo di ricerca e di formazione che da sempre caratterizza la nostra Professione e la nostra Disciplina. Un percorso formativo che in questi ultimi decenni si è fatto ancor più cogente considerando che anche i Sistemi Sanitari, in continua evoluzione, stanno richiedendo interventi terapeutici che siano economicamente convenienti, ma anche di alta qualità. L'ambito della Neuro-riabilitazione con patologie ad alto impatto sociale a medio e lungo termine ne è un importante esempio. Il GIS A.I.FI. Neuroscienze sei anni fa ha raccolto la sfida. Le Neuroscienze ci

stanno fornendo le conoscenze specialistiche per costruire approcci di cura ancor più efficaci e appropriati, facendo assumere allo specifico della Neuro-riabilitazione un ruolo importante nel migliorare la qualità di vita della persona. La nuova A.I.FI. ATS ci impegna ancor più nel percorso intrapreso nella formazione e nella ricerca, come abbiamo sempre atteso e desiderato:

- Per una scienza e ricerca non autoreferenziale, ma sempre aperta al continuo dialogo tra più interlocutori, orientata a rispondere alle esigenze di sviluppo del sistema sanitario e prima di tutto ai bisogni di salute del cittadino.
- Per una formazione nell'ambito Neuro-riabilitativo che, grazie alla rete di realtà diverse nazionali e internazionali già create dal GIS, possa in un futuro ormai prossimo sostenere l'attivazione di formazioni post base più strutturate in ambito universitario su questi contenuti avanzati.
- Per il dialogo continuo con altre discipline nel mondo accademico e professionale, condizione indispensabile a garantire il progresso del sapere fisioterapico.

Al nuovo direttivo che verrà eletto il prossimo autunno dall'assemblea dei Soci (che si terrà in occasione del Convegno scientifico del 15 e 16 novembre p.v.) l'importante compito di sostenere e condividere, nel nuovo scenario dell'A.I.FI. ATS, il percorso sin qui fatto dal GIS Neuroscienze a garanzia di ulteriori e ancor più efficaci strategie per affrontare le sfide proposte dai nuovi scenari del sistema salute.



**MATTEO BENEDINI,
presidente del GIS Terapie fisiche e tecnologie riabilitative**

“Per il futuro ci aspettiamo di incrementare la conoscenza e lo studio di tutte le metodologie attraverso gruppi di lavoro e tavoli scientifici. Inoltre ci aspettiamo di arrivare alla definizione di buone pratiche che ci possano condurre a un utilizzo più specifico e più mirato delle terapie e delle tecnologie in questione. Infatti, come il farmaco e come l'esercizio fisico devono essere somministrati con una certa posologia, anche nel campo delle nostre terapie fisiche e delle tecnologie abbiamo bisogno di una dosimetria corretta e specifica per ogni paziente. Questo ci può portare, e ci auguriamo che ci porterà, a un trattamento più specifico di ogni singola patologia e anche a un approccio più integrato e olistico nei confronti del paziente”.

ANDREA PIAZZE, presidente del GIS Sport

“Il GIS Sport sta già facendo da tempo ricerca scientifica e sta portando ad A.I.FI. i frutti della ricerca scientifica in ambito sportivo, con collaborazioni con faculty internazionali e congressi internazionali. Il passaggio di A.I.FI. ad Associazione tecnico-scientifica ci vedrà partecipi e a capo del movimento dei fisioterapisti sportivi. Il GIS Sport fa sia attività sul campo che attività di ricerca, e le 250 iscrizioni si ampliaranno col passaggio a una nuova frontiera della fisioterapia. In ambito sportivo, la ricerca sta diventando, grazie alle sempre maggiori performance degli atleti, sempre più importante: noi saremo presenti e siamo supportati da A.I.FI. in questo momento epocale della nostra professione”.



a cura di A.I.F.I.



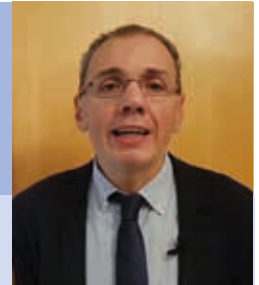
**LORETTA CARTURAN,
presidente GIS Ft Pediatrico**

Il GIS è presente da 22 anni all'interno dell'Associazione ed è nato dalla volontà di un gruppo di colleghi che avevano capito l'importanza di salvaguardare, raccogliere, approfondire e diffondere la cultura della fisioterapia in ambito pe-

diatrico. In questi anni abbiamo fatto moltissime cose e credo sia giusto ricordare le più importanti, sviluppate grazie alle past-president che mi hanno preceduto, in particolare Adrienne Davidson, Mariangela Marchettini e Gabriella Carpanese.

In primis, apro nel 2006 il primo master di fisioterapia pediatrica presso l'Università di Firenze, all'interno dell'ospedale Mayer, e subito dopo entrando come membri dell'IOPTP, l'organizzazione internazionale dei fisioterapisti pediatrici, all'interno della WCPT. Da allora in poi, molti colleghi si sono formati, specializzati in questo ambito e continuano a farlo. In questi ultimi due anni il master è cresciuto da 12 mesi a 22 mesi, passando a un'attribuzione di 120 crediti formativi invece che 60. È un master molto importante, che è cresciuto e si è sviluppato tanto quanto il bisogno di fare cultura fisioterapica in ambito pediatrico. Il GIS ha saputo poi anche cogliere le istanze di moltissimi colleghi, anche non fisioterapisti, come quelle dei pediatri con i quali noi collaboriamo da sempre. Con l'ACP, l'Associazione culturale pediatri, infatti, abbiamo realizzato un protocollo di intesa firmato e condiviso nel 2018.

**GILBERTO
CHERRI,
presidente GIS
Fisioterapia
geriatrica**



“Il GIS in Fisioterapia geriatrica, nella nuova Associazione tecnico-scientifica, avrà un ruolo fondamentale che sarà quello di associare lo sviluppo scientifico e culturale, professionale, assieme a quelle che sono la pratica, i valori etici e culturali”.

**FILIPPO MASELLI,
Presidente del GTM - Gruppo di Terapia Manuale**



“Il prossimo novembre terremo il XVII Congresso Nazionale, un congresso elettivo durante il quale si decideranno il futuro e in particolare il prossimo direttivo che porterà il GTM in questa nuova evoluzione che la legislazione italiana ha portato per la nostra professione con l'avvio dell'Associazione Tecnico-Scientifica. Il GTM convoglierà le energie per seguire tutti i fisioterapisti che si occupano di Terapia Manuale e Fisioterapia Muscoloscheletrica, attraverso l'offerta di servizi, come il monitoraggio internazionale dei master che, ad oggi, seguono gli standard formativi di IFOMPT, l'International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists. Questi standard fanno sì che i master, aderenti ai dettami accademici, siano tra i più alti a livello mondiale per avere delle competenze e delle caratteristiche professionali specialistiche. Questo servirà, nel prossimo futuro, a dare una risposta senza eguali, in termini di impatto sociale e di salute del cittadino. Infatti, come afferma Global Burden of Disease, i disturbi muscoloscheletrici (DMS) sono, dopo i disturbi del comportamento e i disturbi mentali, quelli più importanti in termini di impatto sulla salute globale e sulla condizione economica di un popolo, sia esso appartenente ai cosiddetti “Paesi Sviluppati” o “in via di sviluppo”. Per questo, il fisioterapista specializzato in Terapia Manuale, sarà fulcro fondamentale nel management di tutti i pazienti affetti da DMS; dalla valutazione atta ad individuare se quel paziente potrà o meno essere di nostra competenza o se sarà opportuno inviarlo ad altro professionista sanitario medico; ma anche a poter prevenire le recidive, che sono il problema più importante in termini di contenimento della spesa sanitaria inerente i DMS; si pensi ad esempio ai giorni di assenza che le persone affette da mal di schiena hanno durante la loro vita lavorativa. Per questo il GTM è pronto ad accogliere la sfida dell'Associazione Tecnico-Scientifica, a continuare a seguire i fisioterapisti specializzati in terapia manuale, per continuare a fare educazione, informazione e formazione e a essere a fianco di tutti i fisioterapisti che si vorranno avvicinare alla terapia manuale e alla Fisioterapia Muscoloscheletrica”.

Auguri ad A.I.FI.

Vincenzo Falabella, presidente Fish, riconosce: “Tanto è stato fatto in questi lunghi sessant’anni e tante nuove sfide aspettano A.I.FI., ma anche coloro che insieme all’Associazione hanno costruito questo presente e vorranno a costruire un futuro migliore per i cittadini di questo Paese”. John Xerry De Caro, membro WCPT: “Vorrei fare ad A.I.FI. le congratulazioni per il sessantesimo anniversario e auguro a tutti loro il meglio per il futuro”.

Si unisce alle congratulazioni anche Anna Rita Cosso, vicepresidente Cittadinanzattiva: “Il messaggio di auguri è di continuare in questa strada che verso il superamento delle forme tradizionali della riabilitazione, verso una riabilitazione di comunità che coinvolga le persone e il loro stile di vita, mirando a una forma attiva e a un coinvolgimento attivo dei singoli cittadini. Questo è l’augurio per loro, ma è anche l’augurio che faccio a noi stessi come organizzazione di attivismo civico e di difesa dei diritti dei malati per poter fare insieme questo cammino. Certamente dobbiamo chiedere servizi più accessibili, una riabilitazione più immediata, ma dobbiamo anche evitare che le persone si ammalino e quindi dobbiamo lavorare insieme per corretti stili di vita”.

Partecipa delle celebrazioni anche il relatore della Legge 24/2017, Federico Gelli: “Sono innanzitutto sessant’anni portati molto bene, perché il dinamismo e la vostra presenza nel dibattito a livello nazionale e sul ruolo delle figure professionali che operano in sanità è sempre stato in primo piano e di grande qualità. Sono felice di essere con voi a festeggiare questo importante compleanno. Il secondo auspicio è che la vostra attività possa permettervi di raggiungere l’obiettivo importante del riconoscimento dell’iscrizione a un ordine autonomo, l’Ordine dei fisioterapisti, che sarebbe un altro salto di qualità che fra l’altro avevamo in qualche modo introdotto o auspicato nel DL sulle professioni sanitarie del 2018. Questo legittimerebbe ancora di più i vostri sessant’anni di storia e il ruolo fondamentale che i fisioterapisti hanno all’interno del sistema sanitario nazionale”.

Antonio Bortone, presidente CONAPS, prende parte complimentandosi con l’operato dell’As-



Vincenzo Falabella



Anna Rita Cosso



Federico Gelli



John Xerry De Caro

sociazione: “Innanzitutto c’è tanta felicità per questo compleanno, perché in questi sessant’anni A.I.FI. può dire di aver raggiunto l’obiettivo costituente, ovvero è entrato di diritto in un Ordine professionale, anche se non finisce qui il percorso. Non c’è stato soltanto un successo politico, c’è soprattutto uno sviluppo culturale. A.I.FI. ha consentito una crescita della professione dei professionisti e soprattutto ha contribuito in modo significativo e pregnante a modificare il sistema a tutela del cittadino e a garanzia delle qualità prestazionale.

Chiude Mauro Tavarnelli, presidente A.I.FI.: “È un compleanno bellissimo, una grande festa molto emozionante, piena di persone che hanno raccontato la storia, a partire dal 1959, di coloro che stanno facendo il presente ma anche di coloro che faranno il futuro, compresi i giovani colleghi che sono già delle eccellenze a livello nazionale e internazionale, e anche degli studenti che ci hanno dimostrando un grande affetto. Siamo felici che questa professione continui sempre così proiettandosi nel futuro con grande forza”.

a cura dell'agenzia DIRE, Ufficio Stampa A.I.FI.

Quali sono **le sfide** per i **prossimi 60 anni?**

Quali sfide attendono i prossimi sessant'anni di A.I.FI.? Il primo a rispondere è il presidente Fish Vincenzo Falabella: "Cambiare paradigma, considerare la riabilitazione in un contesto molto più ampio, quello bio-psico-sociale, ponendo al centro dell'attenzione la persona, ma anche il contesto esterno che la circonda".

Formula la propria previsione anche Antonio Bortone, presidente CONAPS: "Le sfide sono nel segno della continuità ma soprattutto dello sviluppo. Continuità nel senso che oggi l'Ordine professionale aspetta una composizione delle commissioni d'albo, quindi anche l'albo dei fisioterapisti e A.I.FI. dovrà contribuire a fornire la dirigenza di queste commissioni d'albo. Poi sicuramente parteciperà alla composizione del consiglio direttivo dei sessantuno ordini territoriali. Per quanto riguarda invece lo sviluppo culturale, A.I.FI. promuoverà, contribuirà e continuerà a perseguire l'obiettivo di una revisione ordinamentale per un'ulteriore crescita alla stregua dei fisioterapisti omologhi che operano nel-

la Comunità europea, ovvero raggiungere una laurea magistrale a ciclo unico.

Pronta la risposta del presidente A.I.FI. Mauro Tavarnelli, che grazie a una visione chiara del passato e del presente dell'Associazione, sostiene: "Abbiamo tanti obiettivi e tante sfide passate, siamo ancora nel pieno di molte sfide e stiamo ancora realizzando l'albo professionale dei fisioterapisti nell'ambito dell'Ordine, e ci aspettano molte sfide come Associazione tecnico scientifica: la produzione, l'adattamento e la traduzione di linee guida internazionali, nonché tutto quel substrato di attività che poi serve realmente per incidere sullo scenario del sistema salute in Italia. Inoltre, dobbiamo migliorare i percorsi di cura e in questo caso i percorsi riabilitativi hanno sicuramente bisogno del fisioterapista, per cui noi ci siamo e continueremo a esserci.

Chiude la riflessione di De Caro, membro WCPT: "Aspettiamo i contributi di A.I.FI. quale parte della comunità dei fisioterapisti globali... Non vediamo l'ora di collaborare con i colleghi italiani verso il futuro".



■ Simone Cecchetto

Si ringraziano:

Dorsal, Italiana Assicurazioni, Supsi, VP Partners

La Conchiglia

Il Progetto “La Conchiglia” nasce all’interno della realtà genovese grazie alla passione e alla collaborazione di quattro fisioterapiste specializzate nell’area pediatrica che fanno parte del Gruppo di Interesse Specialistico (GIS) della medesima area.

Avevamo un obiettivo chiaro: quello di creare una realtà per rispondere all’esigenza - raccolta in tanti anni di esperienza - di prendersi cura del bambino che si affaccia al mondo e della sua famiglia, nonché di prevedere la creazione di una rete di collaborazione tra diverse figure di professionisti sanitari per poter soddisfare un più ampio spettro di necessità potendo dare così indicazioni e consigli più precisi ed efficaci possibili. All’interno del servizio “La Conchiglia” la famiglia troverà a disposizione una banca di sussidi (cuscini, fasce, attrezzature e supporti riabilitativi di vario tipo...), così come varie attrezzature adatte alle esigenze del bambino. Tutto il materiale verrà messo a disposizione per visione e prova sotto la guida di un fisioterapista per far sì che l’acquisto

successivo del materiale utile al proprio bambino a casa sia facilitato e mirato in modo da impedire inutili e costose spese oltre alla perdita di tempo causata dalle tantissime proposte del dispersivo mercato dell’infanzia.

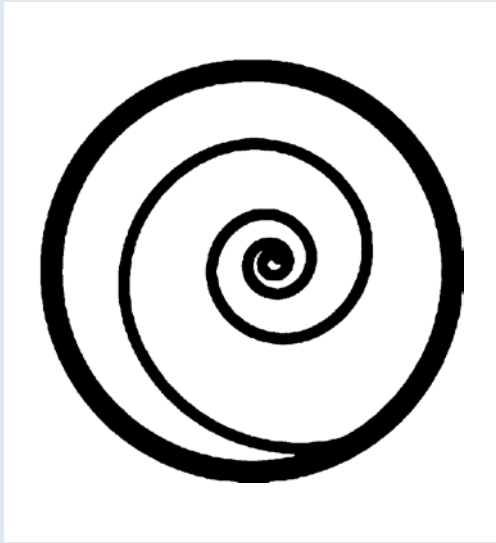
Nel 2017 l’Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.FI.) ha dato l’opportunità ai membri del GIS Fisioterapia Pediatrica di presentare alcuni progetti che, successivamente a una valutazione, avrebbero avuto la possibilità di ottenere un contributo economico per la loro realizzazione: uno di questi è stato proprio il nostro.

Il finanziamento è stato fondamentale per permettere al gruppo di partire con la pianificazione delle attività e l’acquisto di parte del materiale per la “sussidio-teca”.

Nel mese di maggio 2018 si è svolta una giornata di presentazione dell’iniziativa rivolta ai professionisti del settore alla quale ha presenziato anche la referente regionale del GIS FT Pediatrico della Liguria, la collega Emy Cerioni. Il duplice obiettivo della giornata era quello di far cono-



■ La brochure del progetto



■ Il logo de "La Conchiglia"

scere la nuova realtà emergente, ma anche di cominciare a creare quella **rete di professionisti del settore, punto cardine del progetto**.

A oggi "La Conchiglia" offre:

- l'accompagnamento ai genitori nei mesi che precedono e seguono la nascita con servizi sia diretti di trattamento che indiretti di counseling;
- counseling presso il domicilio per la disposizione del setting che accoglierà il nascituro;
- l'accompagnamento della futura mamma nel cambiamento del proprio corpo, sia con interventi diretti sulla persona che con l'insegnamento di tecniche di auto-trattamento e igiene postulare;
- esercizi del bacino per facilitare la fase del parto;
- la creazione di piccoli gruppi di auto-trattamento delle future mamme, da svolgere insieme sotto la supervisione di un fisioterapista;
- corsi di massaggio al neonato;
- valutazione neuro-comportamentale del bambino nato prematuro e sostegno alla coppia genitoriale;
- screening neuro-psico-motorio dai primi mesi di vita con frequenza differenziata rispettando le caratteristiche dello sviluppo;
- educazione terapeutica sullo sviluppo armonico neuro-psico-motorio affinché si apprendano gli elementi base per affiancare la crescita corretta del bambino;
- focus sulla conoscenza e gestione del pavimento pelvico dalla nascita all'età adulta e post-menopausa;
- screening per la diagnosi funzionale precoce della sindrome scoliotica, dorso curvo, disallineamento del rachide, malformazioni toraciche (*pectus excavatum* e *carinatum*);

- screening per la diagnosi funzionale precoce di eventuali paramorfismi quali, per esempio, piede piatto, ginocchia vare/valghe, gomiti valghi;
- trattamenti riabilitativi muscolo-scheletrici, neuro-motori e respiratori;
- la "banca dei sussidi".

Il nostro sogno non si ferma qui, ma ad accompagnare questo percorso ed esperienza professionale viaggia di pari passo la passione per la formazione continua e la ricerca. Il gruppo porta avanti, infatti, studi sull'osservazione del movimento ontogenetico e fisiologico nell'età evolutiva.

Le modalità di osservazione e di studio nascono dalla voglia di "vedere scomporre e capire il movimento" di due colleghe genovesi: Eliana Bacigaluppi e Rita Cantarini. Lavorando con i bambini, le colleghe hanno notato quanto nelle prime settimane di vita il movimento, pur mantenendo caratteristiche di globalità, comincia una progressiva costruzione di proprietà specifiche che diventano basi e presupposti per una continua rielaborazione, ripescaggio e specializzazione dell'azione durante lo sviluppo.

Da questa osservazione si delineano sempre di più validi elementi utili per il trattamento come, per esempio, l'attenzione a determinate posture e come queste diventano funzionali nella riabilitazione al movimento, poiché forniscono al terapeuta elementi e informazioni fondamentali a livello dello sviluppo neuro-motorio globale e specifico.

Il gruppo si avvale di videoregistrazioni del movimento normale, portando avanti un progetto parallelo in una scuola genovese, e di videoregistrazioni durante il trattamento e sta elaborando una scheda di valutazione per oggettivare e studiare in maniera più precisa le osservazioni.

Il gruppo "La Conchiglia" è sempre in contatto con il Referente GIS regionale e il Presidente Nazionale GIS ed è disponibile e aperto a confronti per crescere insieme e condividere idee, modalità di lavoro per rendere i nostri servizi ai bambini e alle loro famiglie sempre più innovativi e all'avanguardia.

Il gruppo ringrazia ancora l'A.I.F.I. Nazionale per il supporto economico di avvio e il GIS Ft Pediatrica, in particolar modo la Presidente Loretta Carturan, per l'opportunità accolta e condivisa.

Per qualsiasi ulteriore chiarimento e delucidazione: laconchiglia.ge@gmail.com.

XVII Congresso Nazionale GTM: The management of the foot & ankle complex - diagnosi prognosi e trattamento

Un successo sperato, un evento che ha superato le più rosee aspettative. Il XVII Congresso Nazionale del Gruppo di Terapia Manuale GTM – AIFI è stato un evento straordinario.

I numeri parlano chiaro, testimoni di grandi attese: 300 iscritti in cerca di conoscenza e di spunti per alzare il livello della pratica clinica basandosi sulle migliori prove di efficacia. Quest'anno il Novotel di Bologna è stato la cornice del XVII congresso nazionale del Gruppo di Terapia Manuale GTM – AIFI, 9 e 10 Novembre 2019, due giornate di relazioni dagli standard qualitativi elevatissimi, elezioni, decisioni importanti e workshop: tutto ciò che contribuisce a dare forma al futuro di ogni socio.

Il congresso si è stato aperto con i saluti ed i ringraziamenti da parte dei vertici dell'associazione: dott. Filippo Maselli - Presidente GTM e Presidente del Congresso, dott. Davide Albertoni - Past presidente del GTM e Co-Presidente del Congresso, dott. Simone Cecchetto - Vice Presidente Nazionale di AIFI. La *Lectio Magistralis* tenuta dal Prof. Francesco Lijoi su "L'artroscopia come strategia chirurgica nei principali disordini del complesso caviglia-piede: dove siamo oggi" ha segnato l'inizio dell'evento: anche dal punto di vista chirurgico la caviglia è un mondo complesso da esplorare.

Dopo un breve break, si è potuti entrare nel vivo dell'assemblea nazionale dei soci, che portava con sé la particolarità di essere elettiva. Il responsabile di ogni Ufficio Direttivo ha portato a conoscenza della platea i dati e gli obiettivi raggiunti nel triennio 2017-2019: per l'Ufficio Tesoreria presenta il dott. Fabio Cataldi, per l'Ufficio Relazioni con il Pubblico il dott. Denis Pennella, per l'Ufficio Formazione il dott. Fabrizio Brindisino, Ufficio Vicepresidenza il dott. Firas Mourad. Durante la presentazione il

Direttivo ed i collaboratori hanno espresso un sentito ringraziamento al Presidente dott. Filippo Maselli. Al termine del report si è entrati nel vivo del momento elettivo: sono stati presentati i candidati e successivamente è stato eletto il nuovo Direttivo, così composto: dott. Filippo Maselli al quale il direttivo neo eletto ha rinnovato il mandato presidenziale, dott. Firas Mourad, dott. Fabio Cataldi, dott. Denis Pennella, dott. Fabrizio Brindisino, dott. Mattia Bisconti, dott. Domenico Angilecchia, dott. Andrea Colombi, dott. Erasmo Galeno e dott. Mattia Salomon. Al fianco del direttivo si affiancano i collaboratori dott.ssa Fabiola Garzonio, dott. Edoardo Balli, dott. Marco Sagripanti, dott. Andrea Tamborri- no, dott. Michele Monti, dott.ssa Veronica Pennella.

La consegna degli attestati OMPT CORE ha rappresentato un evento totalmente nuovo: L'OMPT CORE rappresenta il riconoscimento di eccellenza che il GTM riserva ai soci che si sono distinti per il proprio contributo scientifico, formativo e professionale per la nostra categoria. Un importante cambiamento per l'associazione è avvenuto durante lo scorrere del tempo dell'assemblea dei soci: la maggioranza dei soci aventi diritto al voto presenti in sala ha votato all'unanimità per l'approvazione della modifica del nome del gruppo GTM, cambiando da Gruppo di Terapia Manuale a Gruppo di Terapia Manuale e Fisioterapia Muscoloscheletrica, un cambiamento che porta comunque a conservare l'acronimo del Gruppo GTM, che tiene viva la storica tradizione dell'associazione ma che apre le porte alla crescita ed all'evoluzione che la nostra categoria professionale sta vivendo proprio negli ultimi anni, un processo necessario per uniformarsi ai più alti standard promossi dalla WCPT – WHO (World Confederation for Physical Therapist – World Health Organization).

gruppo di terapia manuale
Gtm

ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI

1ST MEETING
Italian Committee for Education and Approval

4 CROWDFUNDING
PER AIUTI UMANITARI

8 MAGAZINE
ON-LINE

5 UNIVERSITÀ
Genova - Padova
Bologna - Molise
Roma Tor Vergata

5 SVARIE PARTECIPAZIONI
A CONGRESSI,
RIVISTE E PUBBLICAZIONI
SCIENTIFICHE

5 GTM
UNIVERSITY

9 GTM
ACADEMY

8 GTM
GRADUATION
DAY

3 CONGRESSI
NAZIONALI

1 DIPLOMA
C.O.E.

2[°] FORUM delle
ECCELLENZE PTEX

NUMEROSE COLLABORAZIONI
CON AIFI • GIS-AIFI • SIF
SIFIR • SICSEG • SIOT

+6K ISCRITTI AL
GRUPPO FACEBOOK

1 POSITIONAL
STATEMENT
SU HVLA

CORSI DI FORMAZIONE
CON RELATORI
INTERNAZIONALI
TRA I QUALI
NIJS • GOODMAN
TAYLOR • HEBERT

+3K FOLLOWER DELLA PAGINA
TERAPIA MANUALE

11 CONVENZIONI
con società di
FORMAZIONE

6 OPUSCOLI
INFORMATIVI

dai forma al tuo
FUTURO

dati 2017 | 18 | 19

Il XVII congresso ha rappresentato il momento per presentare il progetto formativo del 1° Educational Committee GTM-IFOMPT (GTMEC), evento che ha visto la partecipazione dei rappresentanti delle 5 Università Italiane (Genova, Padova, Roma, Bologna, Campobasso) in cui è presente un Master formativo in fisioterapia muscoloscheletrica, i rappresentanti del GTM ed IFOMPT che si occupano del monitoraggio formativo che avviene all'interno delle 5 summenzionate Università. L'incontro si è svolto Venerdì 8 Novembre 2019 a Bologna con lo scopo di creare il primo gruppo e definire in maniera dettagliata il processo di monitoraggio internazionale al quale sono sottoposti i Master che vogliono veder riconosciuto il loro percorso formativo da IFOMPT, per permettere ai propri studenti che hanno brillantemente portato a termine il percorso di poter ottenere il titolo OMPT dopo l'iscrizione al GTM. Per ottenere il riconoscimento da parte di IFOMPT, le Università devono sottoporsi ad un processo di monitoraggio internazionale richiedendo al GTM l'avvio di tale processo. Il GTM è unico rappresentante di IFOMPT sul territorio nazionale italiano.

Le attività scientifiche sono state riprese con la presentazione del prof. Eamonn Delahunty il quale ha esposto una *Lectio Magistralis*: "Rehabilitation Oriented Assessment (ROAST): a "brake" to stop the ankle joint "rolling"" con traduzione consecutiva del collega dott. Sebastiano Nutarelli. Il prof. Delahunty e il suo gruppo di ricerca hanno sottolineato come gli infortuni a livello della caviglia siano molto frequenti e soprattutto tendono ad essere seguiti da recidive, hanno suggerito di modificare l'approccio fisioterapico per ridurre l'incidenza non sottovalutando le patologie a carico di questo distretto. Ha presentato il nuovo modello ROAST, approfondito poi in uno dei workshop di Domenica 10 novembre 2019.

Uno dei principali obiettivi del GTM è sempre stato quello di dare spazio ai colleghi più giovani. Questo scopo è stato raggiunto dedicando una parte congressuale la "Sessione Young: i giovani OMPT si raccontano" durante la sessione si sono susseguiti i colleghi OMPT dott. ssa Elena Tassinari con la relazione "Downhill running e infortuni associati alla corsa: revisione e sintesi narrativa", dott. Roberto Tedeschi "Studio sull'efficacia della Terapia Manuale. Un case report" ed il dott. Pierluigi Dipinto "L'efficacia dell'Esercizio Terapeutico nella Tendinopatia Achillea e nella Fasciopatia Plantare: Una Revisione della Letteratura". Si è conclusa così un'intensa mattinata scientifica.

Ha inaugurato la sessione pomeridiana il Dott. Cristian Indino con la sua *Lectio Magistralis*: "Protocollo enhanced recovery dopo protesi di caviglia con accesso laterale: ridurre il tempo di malattia". Il Chirurgo ha esposto cosa avviene in sala operatoria, creando così un ponte tra chirurgia e conseguente percorso riabilitativo in modo da ottimizzare i risultati funzionali per il paziente.

Al dott. Indino è seguito il collega fisioterapista Leonardo Pellicciari con la presentazione "Strumenti di misura in pazienti con disturbi muscoloscheletrici relativi al complesso piede-caviglia": una nitida esposizione sull'importanza della misurazione e definizione delle principali caratteristiche psicometriche degli strumenti valutativi comunemente usati in fisioterapia.

Dopo questo focus sulla valutazione, sono seguiti quattro brillanti relazioni su temi molto ricorrenti nella pratica clinica: il past president GTM dott. Davide Albertoni ha chiarito il "Ruolo della forza e propriocezione nel recupero della distorsione tibiotarsica", il dott. Samuele Graffiedi ha presentato la gestione dei pazienti corridori con "Quando la pronazione si vede ma non si sente: considerazioni per il trattamento del runner infortunato", il dott. Samuele Passigli approfondisce "La gestione conservativa della tendinopatia achillea" ed il dott. Luigi Di Filippo affronta in maniera lucida il recupero della funzione negli atleti che devono tornare a competere: "Outcome Funzionali per il Return to Play: criticità e prospettive nell'instabilità di caviglia".

La platea ha ascoltato la *Lectio Magistralis* del dott. Jean-Francois Esculier intitolata "Running footwear: A scientific approach with real clinical applications" Relazione in inglese con traduzione consecutiva del dott. Fisioterapista OMPT Simone Scaglioni. Il congresso è terminato con una discussione finale sugli argomenti trattati e con i saluti del Nuovo Direttivo neo eletto. La giornata si è conclusa con la cena sociale.

La domenica 10 Novembre 2019 è stata dedicata a quattro workshop, vivace espressione di come la scienza e la pratica clinica siano conciliabili nella pratica quotidiana.

WORKSHOP 1 tenuto dal dott. Samuele Graffiedi: "Running Injury: classificazione e trattamento", esposizione inerente la classificazione e gestione dei disturbi che colpiscono i runner, considerando l'influenza dei meccanismi periferici e centrali che competono per alimentare il dolore. Il relatore ha proposto numerose strategie per gestire la somministrazione dei carichi per il paziente runner.

WORKSHOP 2 “Promoting long-term stability following lateral ankle sprain injury: an evidence-informed sensorimotor approach” in cui il prof. Delahunt tradotto consecutivamente dal dott. Sebastiano Nutarelli ha esposto nitidamente il Rehabilitation Oriented ASsessmentT (ROAST): strumento il cui obiettivo è sviluppare un processo decisionale rivolto ai fisioterapisti per conoscere e individuare i deficit funzionali e meccanici per limitare lo sviluppo delle distorsioni di caviglia o delle lesioni a carico della sindesmosi.

WORKSHOP 3 in cui grazie al collega dott. Luigi Di Filippo si è discusso sul “Trattamento delle tendinopatie achilleanche”. Fondamentale l'alleanza terapeutica e la personalizzazione del percorso riabilitativo per garantire l'aderenza al trattamento dei pazienti interessati. Il focus è stato posto su come educare il paziente, su concetti quali funzione e dolore e su come programmare gli esercizi del percorso terapeutico senza la pretesa di trovare una ricetta “giusta” e universalmente valida. Obiettivo nel caso sulla valutazione e gestione del paziente con tendinopatia achilleanca è stato quello di migliorare la capacità di carico del sistema neuro-muscolo-scheletrico. Il quarto ed ultimo WORKSHOP dell'evento è stato tenuto dal dott. Mattia Bonfatti e dalla dott.ssa Benedetta Mazzoni: “Lateral Ankle Sprain: dalla terapia manuale all'esercizio terapeutico”. Dopo aver approfondito i test e gli strumenti valutativi adatti al caso, si è consolidato ulterior-

mente il legame tra terapia manuale ed esercizio terapeutico e quanto entrambi abbiano un ruolo rilevante nella gestione delle distorsioni di caviglia.

Per sottolineare il dinamismo del GTM, già proiettato verso il futuro, il congresso si è concluso definitivamente con la presentazione del workshop previsto per il 2020 di Luca Bonetti, esperto Graphic Designer: “Design Thinking & Fisioterapia”. La grafica è un metodo efficace che contribuisce a delineare l'identità di un gruppo e per questo va valorizzata.

SI RINGRAZIANO:

AIFI Nazionale per il sostegno continuo e instancabile e gli enti e le associazioni che hanno concesso il patrocinio o hanno sostenuto il congresso. Grazie per aver reso possibile l'impossibile.

Patrocinio

Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della Provincia di Bologna, Fisiobrain, GISPT, SIF, SIFIR.

Sponsor

Gold: Fisiodate, ManualMente formazione in movimento, Novavia Project, Starbene Italia. Silver: Edra, Piccin, Luca Bonetti graphic designer.

... What's next?

BILANCIO CONSUNTIVO

di Patrizia Galantini, Tesoriere Nazionale A.I.FI.

UN ANNO DI GRANDI IMPEGNI

Il bilancio consuntivo 2018 è stato chiuso il 31 Marzo ed è stato approvato dalla Direzione Nazionale del 25 e 26 Maggio 2019. Le spese hanno sostanzialmente rispettato il bilancio di previsione. Un importo importante è stato dedicato al Congresso Straordinario di Milano che è stato effettuato per la modifica dello Statuto al fine di inserire il Comitato Tecnico Scientifico, requisito necessario per perfezionare l'iscrizione all'elenco ministeriale delle Associazioni Tecniche Scientifiche. Le spese in generale hanno rispettato le previsioni ed il trend di iscrizioni si è conferma-

to in ulteriore aumento così come sono stati confermati anche i contratti degli sponsor. I servizi per i professionisti e le attività politiche e di visibilità per la professione sono state organizzate e sostenute nel rispetto della programmazione e della sempre maggiore complessità sia del contesto politico che del fabbisogno di sviluppo scientifico. Tutte le spese sono state sostenute preservando comunque una quota parte economica affinché si possa avere una congrua riserva. Il bilancio completo è già consultabile sul sito www.aifi.net

Stress lavoro correlato, burnout e difficoltà comunicative e relazionali nella professione del fisioterapista

Come noto, gli operatori sanitari, al pari di tutti coloro che svolgono professioni di aiuto, sono tra le categorie maggiormente esposte allo stress da lavoro che spesso culmina in una vera e propria sindrome da burnout. L'insorgere di essa, in assenza di strategie efficaci di "coping", determina inevitabilmente disturbi di adattamento al lavoro e alterazione dei rapporti sociali e familiari con l'esito, in assenza di un trattamento adeguato, del possibile sviluppo di manifestazioni psicosomatiche e disturbi della personalità^{1,2}.

Il burnout, conseguente al persistere nel tempo di stress lavoro correlato-SLC, è un fenomeno multidimensionale in cui interagiscono fattori socio-ambientali, lavorativi e variabili individuali^{3,4}.

Avverse condizioni di lavoro (carichi eccessivi, attività ripetitive e demotivanti, rapporti interpersonali conflittuali ecc.) possono, infatti, assieme ad altre cause ambientali indurre SLC, problematica molto comune nei paesi dell'UE e del resto del mondo industriale e che spesso costituisce concausa nello strutturarsi del burnout.

La valutazione del rischio dello SLC è un obbligo di legge previsto dal D.Lgs. 81/08 e rappresenta elemento di primaria importanza nell'ambito del risk management nei luoghi di lavoro, tanto che i lavoratori stessi devono essere coinvolti nella valutazione di tale rischio⁵⁻⁷.

Secondo l'architettura teorica descritta da Christina Maslach, il burnout è costituito da tre dimensioni: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

Le sue manifestazioni specifiche sono costituite da deterioramento progressivo nei confronti del lavoro, deterioramento delle emo-

zioni e problemi di adattamento tra operatore e attività lavorativa⁸.

In un recente studio pubblicato sulla rivista internazionale e indicizzata *Work* (Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: a comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists), Marco Bruschini ha illustrato una personale esperienza di ricerca sul burnout condotta con Franco Burla, che ha coinvolto 391 professionisti operanti nell'area riabilitativa delle professioni sanitarie quali fisioterapisti (210), logopedisti (101) e terapisti occupazionali (80), dalla quale è risultata una presenza del fenomeno burnout pari al 14% dei rispondenti⁹.

Gli autori della ricerca si sono avvalsi per le misurazioni del costruito e degli outcome del "Maslach Burnout Inventory-MBI" e del "Questionario Strumento Indicatore-HSE".

La ricerca ha concluso giungendo a risultati di grande rilievo; la proporzione dei professionisti con punteggi ad alto rischio nelle tre dimensioni dell'MBI è risultata essere la seguente: esaurimento emotivo 32%, depersonalizzazione 13%, realizzazione personale 9%. Complessivamente, il 14% dei professionisti era ad alto rischio di burnout, mentre non sono state riscontrate differenze significative tra le categorie professionali. Per quanto riguarda lo stress lavoro correlato, in cinque sottoscale dell'HSE vi era associazione al burnout: Controllo ($p < 0,01$), Supporto del management ($p < 0,01$), Relazione ($p < 0,05$), Ruolo ($p < 0,01$), Cambiamento ($p < 0,05$).

Questo studio ha aperto ulteriori prospettive future in termini di analisi dei due fenomeni e sulla loro prevenzione in ambito riabilitativo.



■ Nello studio pubblicato da Bruschini et al., l'esaurimento emotivo risulta essere – delle tre dimensioni del burnout – quella con la maggior frequenza di punteggi ad alto rischio (32%)

Al momento sono in corso studi da parte degli autori per approfondire i temi sui meccanismi di insorgenza del burnout e sulle strategie per prevenirlo e curarlo.

Si auspica, per il futuro, che all'interno delle aziende sanitarie – e nei vari altri contesti lavorativi – vi possa essere la possibilità di implementare efficaci strumenti di monitoraggio del fenomeno e di attuare, nei limiti delle risorse disponibili, eventi conoscitivi, gruppi di debriefing, gruppi Balint e quant'altro, tesi a ridurre l'incidenza del fenomeno.

Una variabile significativa di tipo eziologico nell'insorgenza del burnout è quella inerente agli aspetti di ridotta competenza relazionale e deficit nelle capacità comunicative. Questi sono spesso conseguenza di carenza di strumenti nella formazione professionale di base delle *communicative and relational skills* che costituiscono, come noto, elemento essenziale tra gli obiettivi formativi secondo i Dublin Descriptors. Una buona relazione terapeutica fra paziente e fisioterapista viene considerata da diversi autori componente essenziale nel perseguimento della cosiddetta cura *patient-centred*^{10,11}. Numerose ricerche dimostrano, inoltre, un'associazione positiva fra una buona relazione terapeutica e la *patient satisfaction*¹², fra un'adeguata relazione e il raggiungimento di migliori outcome clinici¹³⁻¹⁵ e una migliore aderenza al trattamento terapeutico¹⁶.

Già Carl Rogers negli anni Settanta affermava che la comprensione empatica e un atteggiamento positivo verso il paziente sono associati a migliori risultati sul piano terapeutico¹⁷. È, inoltre, assai noto che il maggior numero

di segnalazioni che giungono agli URP degli ospedali è relativo a errori di comunicazione da parte degli operatori sanitari. Buona parte dei casi di *litigation*, infatti, non dipendono tanto dalla qualità intrinseca delle prestazioni fornite, quanto piuttosto da incomprensioni ed errori sul piano comunicativo. Ne risulta che un'adeguata conoscenza dei meccanismi implicati nella comunicazione verbale e non verbale, che si instaurano nel corso della relazione terapeutica e interprofessionale, risulta fondamentale per migliorare la comunicazione e la relazione con il paziente e con l'équipe di lavoro.

I lineamenti essenziali della "buona comunicazione", secondo Zucchella e Moretti (2016), dovrebbero costituire parte integrante del *core curriculum* di tutti gli operatori sanitari e dei programmi di formazione permanente del personale operante in strutture pubbliche e private. La natura comunicativa della relazione terapeutica anche in riabilitazione viene confermata da Engelsrud e Schriver, i quali affermano che la fisioterapia è una pratica sociale e relazionale¹⁸.

LA PERCEIVED SELF-EFFICACY

Sulla base di tutti questi presupposti Alessandro Di Vito, coadiuvato nello studio da Franco Burla e Marco Bruschini, ha effettuato una personale esperienza di ricerca sulla percezione di autoefficacia comunicativa dei fisioterapisti. Scopo dello studio è stato quello di codificare un indicatore di performance comunicativa, attraverso la costruzione di uno strumento in grado di misurare le abilità relazionali e l'efficacia comunicativa percepita (*perceived self efficacy* - secondo Bandura) dal fisioterapista durante



■ L'albero come metafora degli effetti del burnout

l'attività professionale svolta con il paziente. Secondo Bandura, la *perceived self-efficacy* corrisponde alle convinzioni circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati. Persone diverse dotate di abilità simili, o la stessa persona in circostanze diverse, possono compiere azioni carenti, adeguate o straordinarie, a seconda delle fluttuazioni nelle loro convinzioni di efficacia personale¹⁹. La *perceived self-efficacy* corrisponde, quindi, alla consapevolezza di essere capaci di dominare specifiche attività, situazioni o aspetti del proprio funzionamento psicologico e sociale. In altri termini, la credenza di efficacia è la fiducia, la convinzione che ogni individuo ha, riguardo alle proprie capacità di ottenere gli effetti voluti a seguito di una propria azione.

La ricerca ha coinvolto più di 200 professionisti di diverse realtà lavorative pubbliche e private di Roma e del Lazio e ha utilizzato, quale strumento conoscitivo di valutazione, un questionario progettato e codificato dagli stessi autori dal titolo *Questionario di valutazione dell'autoefficacia percepita nella comunicazione fisioterapista-paziente*[®] e che sarà sottoposto nei prossimi mesi a processo di validazione. Sono, quindi, state individuate sette dimensioni facenti capo tutte a un comune costrutto di valutazione della comunicazione sanitaria efficace.

Per la strutturazione del questionario si è fatto riferimento all'autorevole guida di Bandura relativa alla costruzione delle scale di autoefficacia pubblicata nel 2006²⁰.

Il questionario, in base alla coerenza dei risultati, si conferma uno strumento attendibile per valutare le performance comunicative e relazionali fra fisioterapista e paziente.

Dai risultati del questionario i fisioterapisti interpellati si ritengono, nel complesso, discretamente abili nella relazione con il paziente (score 162/200 media aree = 4,5/5). L'abilità relazionale è invariata per genere, ovvero non risultano differenze nelle abilità comunicative tra i sessi. L'età, il livello di formazione e scolarità avanzati (sign. statistica $p < 0,05$) condizionano positivamente lo score di risultato di una migliore capacità comunicativa. Nel campione di fisioterapisti consultati, i soggetti in possesso di laurea magistrale o specialistica ottengono un punteggio medio di score complessivo maggiore di 6 punti rispetto a chi è in possesso di titolo triennale (167 vs 161). I fisioterapisti impiegati nelle strutture a tempo indeterminato ottengono medie di punteggio maggiori rispetto a chi è occupato a tempo determinato o svolge attività autonoma (165 vs 156 - sign. statistica $p < 0,05$).

I fisioterapisti che hanno ricevuto un migliore insegnamento delle abilità relazionali durante il corso di studi e nel tirocinio si ritengono più capaci nel rapporto e nella comunicazione con il paziente (sign. statistica $p < 0,05$).

La maggior parte dei fisioterapisti (62,9%) afferma, comunque, di non sentirsi preparato nella gestione delle proprie e altrui emozioni negative. Il 90% ritiene utile l'insegnamento di abilità relazionali nel corso di studi e nel tirocinio.

Chi ha ricevuto sostegno professionale e psicologico nel luogo di lavoro ottiene migliori performance di punteggio rispetto a chi non ne ha avuto (165 vs 160). In generale, coloro i quali hanno ricevuto sostegno e adeguata formazione delle comunicative skills si autovalutano quali buoni comunicatori in grado di affrontare con maggiore sicurezza la complessità delle relazioni umane.

Le conclusioni della ricerca hanno evidenziato le dimensioni in cui è più carente la relazione con il paziente, quali l'accoglienza e la capacità di ascolto, la capacità di ottenere *adherence*, la gestione di casi complessi, la qualità delle informazioni fornite ai pazienti.

Ne discende la necessità di supporti al carico emotivo derivante dal contatto quotidiano con la malattia, la disabilità e la sofferenza.

Dovrà essere approfondita l'eventuale correlazione negativa fra le abilità di rapporto e il burnout e lo stress lavoro correlato; diversi risultati della ricerca sembrano comunque confermarla decisamente. La ricerca ha, inoltre, messo in luce le carenze formative nell'insegnamento delle competenze relazionali da parte dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. Per tentare di ovviare a tale deficit culturale presente nel corso di studi e nei tirocini formativi, viene auspicata l'adozione di modelli di apprendimento quali l'*active learning*,

i laboratori esperienziali, i *team working* e i lavori in équipe quali strumenti per la costruzione di una rete emotiva condivisa. Tali modelli di apprendimento sono strumenti efficaci di didattica attiva, per l'acquisizione di abilità di rapporto interpersonale in generale e di rapporto fra terapeuta e paziente in particolare.

Nell'ottica di sensibilizzare tali importanti argomenti, si è tenuto il 24 novembre 2018, nell'ambito dei corsi di formazione organizzati dalla sede regionale di A.I.FI. Lazio per il 2018, un primo evento formativo dal titolo: "Il fisioterapista tra stress lavoro correlato, burnout e difficoltà comunicative e relazionali" avente come docenti Marco Bruschini, Franco Burla e Alessandro Di Vito. L'obiettivo futuro sarà quello di divulgare tale evento in appuntamenti di due giorni che prevedano, a fianco delle esperienze teoriche e di ricerca, delle esperienze pratiche per la prevenzione di tali fenomeni.

Bibliografia

- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- Pustulka-Piwnik U, Ryn ZJ, Krzywoszanski L, Stozek J. Burnout syndrome in physical therapists - Demographic and organizational factors. *Med Pr* 2014;65(4):453-62.
- Tabaj A, Pastirk S, Bitenc C, Masten R. Work-related stress, burnout, compassion, and work satisfaction of professional workers in vocational rehabilitation. *Rehabil Couns Bull* 2015; 58(2):113-23.
- Sirigatti S, Stefanile C, Menoni E. Per una scala di misurazione di burnout. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1988;187-188:29-32.
- Ravalier JM, McVicar A, Munn-Giddings C. The management standards indicator tool and evaluation of burnout. *Occup Med* 2013;63:145-7.
- Marcato F, D'Errico G, Di Blas L, Ferrante D. La valutazione dello stress lavoro correlato: adattamento italiano dell'HSE Management Standards Work-Related Stress Indicator Tool. *G Ital Med Lav Erg* 2011;33:4,403-8.
- Castaldi T, Deitingner P, Iavicoli S et al. Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato: manuale a uso delle aziende in attuazione del D. Lgs. 81/08 e s.m.i. Roma: INAIL, 2011.
- Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Fajó-Pascual M et al. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry* 2011;11:49.
- Bruschini M, Carli A, Burla F. Burnout and work related stress in Italian rehabilitation professionals: a comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. *Work* 2018;59(1):121-9.
- Mead N, Bower P. Patient centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51(7):1087-110.
- Macleod R, Mcpherson KM. Care and compassion: part of person-centred rehabilitation, inappropriate response or a forgotten art? *Disabil Rehabil* 2007;29(20-21):1589-95.
- Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther* 2011;91(1):25-36.
- Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther* 2010;90(8):1090-110.
- Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther* 2013;93(4):470-8.
- Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S et al. Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Phys Ther* 2014;94(4):477-89.
- Schonberger M, Humle F, Zeeman P, Teasdale TW. Working alliance and patient compliance in brain injury rehabilitation and their relation to psychosocial outcome. *Neuropsychol Rehabil* 2006;16(3):298-314.
- Rogers C. La terapia centrata sul cliente. Ed. Martelli, 1970.
- Engelsrud G, Schriver N. Fysioterapi som sosial og relasjonell praksis. *Fysioterapeuten* 2005;8:31-2.
- Bandura A. Autoefficacia: teoria e applicazioni. Trento: Ed. Erickson, 2000.
- Bandura A. Guide to construction of self-efficacy scales (in Pajares and Urdan - editors' self-efficacy beliefs of adolescents). Greenwich, CT: Information Age Publishing, 2006.

La **stimolazione magnetica funzionale** ad alta intensità: nuovi **campi di applicazione**

La stimolazione magnetica funzionale (*Functional Magnetic Stimulation - FMS*) è una forma di terapia fisica strumentale che sfrutta un campo magnetico ad alta intensità per determinare effetti biologici. Faraday per primo, a metà del 1800, descrive la “legge di induzione magnetica” e cioè la generazione di corrente elettrica da parte di un campo magnetico, che deve essere necessariamente variabile e non costante.

Quando facciamo muovere un magnete avanti e indietro rispetto alla posizione fissa di un amperometro, noteremo una rilevazione di corrente elettrica; se la calamita è ferma, invece, non si avrà variazione nel campo elettrico.

Tale fenomeno prende il nome di “induzione elettromagnetica”, e la corrente elettrica che viene generata si definisce “corrente elettrica indotta”.

A livello delle membrane cellulari, in presenza di un campo magnetico ad alta intensità e pulsato si verifica una depolarizzazione, la quale va a innescare il potenziale d'azione direttamente a livello neuronale. Questa stimolazione dei motoneuroni, quando raggiunge un certo valore critico, genera il cosiddetto potenziale d'azione. La cellula neuronale si depolarizza e rilascia un segnale all'unità motoria con conseguente contrazione del muscolo o del gruppo di muscoli, a seconda del numero di assoni interessati.

Le prime applicazioni terapeutiche studiate in letteratura scientifica risalgono al 1980 e da allora vengono indicate nei seguenti modi, che sono perlopiù sinonimi:

1. Functional Magnetic Stimulation (FMS);
2. Sistema Super Induttivo (SSI);
3. Extracorporeal magnetic innervation (ExMi).

Nel 1998 la Food and Drug Administration negli Stati Uniti ha approvato la stimolazione magneti-

ca funzionale come metodo di trattamento conservativo dell'incontinenza urinaria.

La FMS può essere effettuata sia con applicatori locali di forma circolare (**fig. 1**) sia con vere e proprie poltrone di trattamento, in cui gli applicatori sono direttamente contenuti in posizione strategica (**fig. 2**). L'intensità del campo viene gradualmente aumentata, fino a ottenere una contrazione muscolare.

La stimolazione muscolare indotta dalla FMS è una risorsa eccellente per prevenire l'atrofia muscolare e per la riattivazione di un muscolo ipotrofico¹. Se correttamente applicata a livello dei gruppi muscolari deboli ha dato prove di efficacia, per esempio nel ridurre i tempi di ospedalizzazione in pazienti cardiovascolari ricoverati in unità di emergenza, con risultati migliori rispetto all'elettrostimolazione. Ma è probabilmente nella stimolazione dei muscoli del pavimento pelvico che la FMS ha dato i risultati più incoraggianti. Uno studio randomizzato e in doppio cieco dimostra l'efficacia della FMS su un campione di 39 pazienti con incontinenza da urgenza che avevano precedentemente sostenuto un training riabilitativo basato su soli esercizi senza trarre benefici².

Uno studio di Lukanovic su 84 donne ha cercato di indagare, inoltre, se variabili quali il tipo di incontinenza, l'età e l'intensità del campo magnetico influenzassero i risultati clinici.

In tutti i tipi di incontinenza i risultati sono stati buoni (minor utilizzo di pannolini e minor perdita di urina), l'età sembra influenzare i risultati clinici (donne giovani e senza danni neurologici o diabete rispondono meglio al trattamento) mentre l'intensità del campo non sembra essere correlata a maggiori o minori risultati clinici³.

Un ulteriore studio su 22 donne con incontinenza urinaria (non ne viene specificato il tipo) pone



■ Fig. 1. Applicatori locali, che possono essere di varie dimensioni

l'accento sul fatto che la stimolazione magnetica funzionale non prevede un accesso intravaginale come avviene, per esempio, per l'elettrostimolazione, e per questo motivo è più gradita dalle pazienti. In aggiunta a questo, lo studio enfatizza il miglior rapporto costo/beneficio della terapia FMS rispetto alla FES⁴.

Dalle nostre prime osservazioni, attualmente in corso di validazione per uno studio di prossima pubblicazione (36 pazienti, 12 maschi e 24 femmine con incontinenze miste), possiamo confermare i dati che troviamo in letteratura. Nel gruppo di 36 pazienti abbiamo avuto 1 solo soggetto no responder, mentre gli altri 35 hanno ritenuto la terapia efficace e tali dati sono confermati dalla valutazione urologica o uroginecologica. In particolare, va sottolineato che la terapia è molto ben accettata dai pazienti (sia uomini sia donne) per la facilità di esecuzione e per il modesto impegno che la terapia stessa comporta.

Da un punto di vista pratico, infatti, il paziente si posiziona sulla poltrona di trattamento senza la necessità di spogliarsi (vengono eliminati solamente gli oggetti metallici).

Fin dalle primissime sedute i pazienti riferiscono un miglioramento, oggettivabile dalla minor perdita di urina e dalla riduzione del numero di pannolini utilizzati. Nelle incontinenze da urgenza il

tempo tra lo stimolo e la possibilità di minzione viene allungato e diventa più gestibile.

Le controindicazioni alla terapia sono la presenza di pace-maker o dispositivi ferromagnetici impiantati. Un ciclo di terapia prevede 2/3 trattamenti settimanali per un totale di 10/12 sedute. La sensazione è che comunque con un ciclo più lungo i benefici possano essere cumulativi.

CONCLUSIONI

La stimolazione magnetica funzionale è una terapia fisica che rappresenta una risorsa preziosa nelle situazioni in cui vi è la necessità di migliorare l'attivazione e il trofismo muscolare. Necessita di un'anatomia e di una fisiologia neurale non compromesse (un muscolo denervato, infatti, non può rispondere alla terapia), è di facile applicabilità e molto ben tollerata dal paziente, quando adottata in maniera corretta.

Ulteriori studi futuri potrebbero aprire interessanti possibilità, per esempio nel recupero sportivo e in ambito geriatrico, in aggiunta alla più collaudata riabilitazione del pavimento pelvico.

■ Fig. 2. Poltrona di trattamento



Bibliografia

1. Olgica Dimitrov, Blaže Arsov, Tanja Anđuševa, Milka Klinčeva, Žan Mitrev. Functional magnetic stimulation (FMS) versus electromuscular stimulation (EMS) in cardiovascular patients with a neuromuscular weakness developed in the ICU.
2. Suzuki T, Yasuda K, Yamanishi T, Kitahara S, Nakai H, Suda S, Ohkawa H. Randomized, double-blind, sham-controlled evaluation of the effect of functional continuous magnetic stimulation in pa-

tients with urgency incontinence. *Neurourol Urodyn* 2007;26(6):767-72.

3. Lukanovic D, Kunic T, Lugovski S, Barbic M. Treatment of female urinary incontinence with magnetic stimulation: is it effective or not? University Clinical Center Ljubljana.
4. Bölükbas N, Vural M, Karan A, Yalcin O, Eskiuyurt N. Effectiveness of functional magnetic versus electrical stimulation in women with urinary incontinence. *Eura Medicophys* 2005;41(4):297-301.

La conoscenza dei fisioterapisti italiani rispetto alla International Classification of Headache Disorders 3rd edition beta version

Tesi di Master, Master in Terapia Manuale Applicata alla Fisioterapia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Background: Nonostante il mal di testa rappresenti uno dei disturbi più diffusi al mondo¹, costituisce una condizione di difficile inquadramento diagnostico², sia per la variabilità delle presentazioni cliniche che per l'eterogeneità delle cause scatenanti.

Negli ultimi 30 anni, sono state proposte alcune classificazioni che mostrano l'interesse nel voler riordinare questi fattori e che ne hanno facilitato la descrizione e la diagnosi.

La prima classificazione delle cefalee è stata proposta nel 1988 dall'International Headache Society (IHS)³, che ha permesso un grosso passo in avanti nello studio dell'epidemiologia e dei trial farmacologici del disturbo cefalgico.

Ad oggi, la classificazione è arrivata alla sua terza edizione⁴: l'ICHD-3beta. Dall'analisi della letteratura sui suoi criteri di utilità e applicabilità nella pratica clinica quotidiana del fisioterapista, risulta che questa classificazione presenti dei limiti nell'applicabilità clinica in relazione al processo di diagnosi, questo soprattutto per l'alta frequenza di diagnosi probabili e per la necessità di associarvi sempre una raccolta anamnestica

approfondita e/o diari di cefalea⁵. Inoltre, data la mancanza di studi in materia, non sembra che l'ICHD-3beta guidi nel management fisioterapico, anche se potrebbe essere utile nel processo di diagnosi differenziale, per escludere cause secondarie di cefalea⁶.

Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare la conoscenza da parte dei fisioterapisti italiani tramite un questionario conoscitivo poi somministrato tramite web-survey, della International Classification of Headache Disorders 3rd edition beta version e della sua relativa applicabilità ed utilità nella pratica clinica del fisioterapista, per comprendere quanto questo strumento possa essere fruibile ed aiutare nella diagnosi differenziale del mal di testa.

Materiali e metodi: Per realizzare il nostro studio, è stato creato un sondaggio conoscitivo per i fisioterapisti italiani. Per l'elaborazione e la costruzione del sondaggio sono state utilizzate le linee guida dello Strobe Statement⁷. Il sondaggio è stato strutturato in più sezioni a più voci, con

risposte multiple nella maggior parte dei casi e risposte aperte. Nel conteggio finale sono state stilate 30 domande. Per la somministrazione del questionario, la diffusione e l'analisi dei risultati, si è utilizzata la piattaforma digitale "SurveyMonkey®".

La diffusione è avvenuta anche grazie all'aiuto di A.I.F.I. (Associazione Italiana Fisioterapisti), che ha invitato i suoi soci a partecipare. Il questionario è stato inviato e diffuso da Febbraio a Maggio 2018.

Risultati: 303 partecipanti hanno aderito al questionario. Dai risultati, è emerso che più della metà del campione (65,14%) tratta pazienti con mal di testa, ma solo la metà (50,31%) dichiara di utilizzare uno strumento di classificazione durante la valutazione clinica: l'altra metà si basa su dati anamnestici ed esame obiettivo, senza nessun mezzo di classificazione.

Circa la conoscenza della ICHD 3-BETA, la maggior parte del campione (65,57%) ha dichiarato di non conoscerla. Alle domande circa la conoscenza specifica di alcuni criteri per la diagnosi differenziale dei vari tipi di mal di testa, la maggior parte ha risposto in maniera corretta, evidenziando come i pochi che la conoscono, sanno distinguere i principali tipi di cefalea. Questi dati confermano come il mal di testa sia un disturbo muscolo-scheletrico trattato in maniera specifica solo da una nicchia limitata di fisioterapisti italiani.

Sull'utilizzo della classificazione, i 98 rispondenti si sono divisi in modo uniforme tra chi la utilizza e chi no. Dai dati, risulta che l'ICHD 3-BETA viene utilizzata per consultare i criteri diagnostici e confermare l'ipotesi e non viene utilizzata, soprattutto perché risulta poco pratica e difficile da applicare. In contrasto con quanto appena affermato, il campione ritiene però che la classificazione sia molto/abbastanza utile nella pratica clinica, soprattutto per la diagnosi funzionale. Tutto il resto dei fisioterapisti che non utilizzano la classificazione, affermano di utilizzare per la maggior parte, una combinazione di anamnesi ed esame obiettivo o di non classificarli affatto. Infine, dal nostro studio emerge che più della metà (65,57%) non è a conoscenza della nuova uscita dell'ultima edizione della International Classification Headache Disorders 3.

Conclusioni: In sintesi, più della metà dei fisioterapisti italiani che ha aderito al sondaggio, non conosce l'ICHD 3-BETA e ancora meno la versione definitiva pubblicata nel 2018 (ICHD III). Solamente metà del campione che la conosce la utilizza nella pratica clinica; tutto il resto del campione la ritiene troppo complessa da applicare. I risultati

di questo studio fanno ipotizzare che solamente pochi fisioterapisti specializzati si occupano della valutazione e del trattamento della cefalea, per la quale invece la letteratura ha evidenziato come un trattamento multimodale con terapia manuale ed esercizio terapeutico possa rappresentare una valida alternativa ai farmaci⁸⁻⁹⁻¹⁰.

Tale progetto è stato possibile grazie al contributo di molte persone che vogliamo ringraziare, si ringraziano pertanto tutti i colleghi che hanno partecipato alla survey e tutti i colleghi che hanno permesso la sua realizzazione, fra i quali Dott. Filippo Maselli, Dott. Firas Mourad e il Dott. Denis Pennella. Attualmente la tesi sta per essere implementata per la sua trasformazione in un articolo scientifico.

Bibliografia

1. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
2. World Health Organization, *Lifting the Burden. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011*. WHO, Geneva 2011.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988; 8(Suppl 7): 1-96.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) *The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version)*. *Cephalalgia* 2013; 33: 629-808.
5. Byung-Su K, Heui-Soo M, Jong-Hee S et al. Short-term diagnostic stability of probable headache disorders based on the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition beta version, in first-visit patients: a multicenter follow-up study. *J. Headache Pain*, vol. 17, no. 1, pp. 1-8, 2016.
6. Ravishankar K. WHICH Headache to Investigate, WHEN, and HOW? *Headache Curr.*, vol. November/D, no. 10, pp. 1685- 1697, 2016.
7. STROBE Statement. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. <http://www.strobe-statement.org/> (accessed 15 Dec 2010).
8. Chaibi A and Russel MB. Manual therapies for primary chronic headaches: a systematic review of randomized control. *The Journal of Headache and Pain* 2014, 15:67
9. Racicki S, Gerwin S, Diclaudio S et al. Conservative physical therapy management for the treatment of cervicogenic headache: a systematic review. *Journal of Manual and Manipulative Therapy* 2013
10. Mesa-Jiménez JA, Lozano-López C, Angulo-Díaz-Parreño S et al. Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: A meta-analysis of randomized trials. *Cephalalgia* 2015, Vol. 35(14) 1323-1332ed trials. *The Journal of Headache and Pain* 2014, 15:67

Anche quest'anno confermati tanti vantaggi e convenzioni per i soci A.I.FI.

“VITA PROFESSIONALE”

ITALIANA ASSICURAZIONI

Anche per il 2019 i soci A.I.FI. potranno sottoscrivere la polizza assicurativa in convenzione con la compagnia Italiana Assicurazioni. Requisito indispensabile: essere iscritti ad A.I.FI. per il 2019.

▲ ATTENZIONE! Per offrire un servizio sempre migliore a tutti i colleghi, sono state predisposte importantissime novità oltre alle due diverse possibilità per sottoscrivere la polizza nella modalità più utile alle vostre esigenze.

1. *Massimale di polizza elevato a € 5.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo per singolo assicurato al premio di € 60,00 (invariato rispetto allo scorso anno, sia per liberi professionisti che per dipendenti pubblici e privati) per il periodo 28/02/2019-28/02/2020.*
 - 1.1 *Possibilità di pagare quota associativa e quota assicurativa con un unico MAV (solo per questa opzione).*
2. *Massimale di polizza a € 2.000.000 per sinistro e per anno assicurativo per singolo assicurato al premio di € 40,00 (sia per liberi professionisti che per dipendenti pubblici e privati) per il periodo 28/02/2019-28/02/2020.*

Indipendentemente dalla data di adesione, l'assicurazione è valida nel periodo 28/02/2019-28/02/2020 a decorrere dalle ore 24.00 dalla data del pagamento. Termina, senza tacito rinnovo, alle ore 24.00 del 28/02/2019 se sottoscritta nel 2018, alle ore 24.00 del 28/02/2020 se sottoscritta nel 2019.

Ulteriori agevolazioni riservate ai soci A.I.FI: polizza infortuni sconto del 40%; polizza casa sconto del 45%; polizza studio sconto del 45%; My Net Salute; My Net Casa; My Net Mobilità; SOS Fizio, l'innovativo incontro fra il paziente che ricerca un professionista per trattamenti domiciliari e i fisioterapisti soci A.I.FI. che aderiscono all'iniziativa.

Italiana Assicurazioni - Agenzia Generale di Genova - Via Ippolito d'Aste, 1/2 - 16121 Genova - Tel. 010/565582-3-4 - Fax 010/543617 - e-mail: italiana.ge@tiscali.it

GRUPPI DI INTERESSE

SPECIALISTICO GIS A.I.FI.

Grande opportunità di approfondimento scientifico, con importanti agevolazioni per gli associati A.I.FI.! Quella di iscriversi ai Gruppi di Interesse Specialistico, una grande occasione per “restare collegati” con colleghi che condividono gli stessi ambiti di interesse e di intervento. Sono in piena attività i GIS degli ambiti: Terapia manuale, Fisioterapia sportiva, Fisioterapia pediatrica, Neuroscienze, Fisioterapia geriatrica, Terapie fisiche e Tecnologie riabilitative.

Per informazioni:

<https://aifi.net/associazione/gis-aifi/>

S.I.FI.R. - SOCIETÀ ITALIANA FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE

Gli scopi istituzionali della S.I.Fi.R. (Società Italiana Fisioterapia e Riabilitazione) sono lo sviluppo delle conoscenze e della ricerca in ambito riabilitativo e l'implementazione di queste come “pensare riabilitativo, sapere riabilitativo, agire riabilitativo” nella pratica clinica quotidiana. S.I.Fi.R. ha un orientamento specifico verso la professione del fisioterapista ma in un'ottica interdisciplinare, rivolgendosi anche alle altre discipline che agiscono nell'ambito della riabilitazione.

S.I.Fi.R. promuove i suoi obiettivi attraverso lo studio delle discipline di riferimento e delle altre scienze a esse connesse mediante: promozione e attuazione di ricerche scientifiche e di studio; convegni, congressi, seminari, conferenze, formazione; sostegno alla formazione professionale di elevata qualità; progetti innovativi.

I fisioterapisti iscritti A.I.FI. potranno iscriversi alla S.I.Fi.R. con una quota annuale di € 30,00 anziché € 50,00.

Per informazioni e iscrizioni visita la pagina: www.sifironline.it - e-mail: info@sifironline.it

SIF - SOCIETÀ ITALIANA DI FISIOTERAPIA

Lo scopo della Società Italiana di Fisioterapia è promuovere attività scientifiche nell'ambito della fisioterapia e favorire la divulgazione del-



le conoscenze e la pratica clinica basata sulle prove di efficacia. Molti i vantaggi per i soci A.I.F.I. che si iscriveranno a S.I.F.:

- accesso al materiale scientifico che costantemente viene incrementato nell'area riservata del sito www.sif-fisioterapia.it tra cui selezioni e sintesi di articoli scientifici "Scelto per voi"; traduzioni degli abstract delle principali revisioni Cochrane di interesse fisioterapico in "Cochrane Corner"; banca dati degli strumenti di misura in fisioterapia validati in italiano; schede tecniche delle principali scale di valutazione validate in italiano e molto altro ancora...
- possibilità di partecipare agli incontri scientifici gratuiti che SIF organizza periodicamente sul territorio nazionale.

I soci A.I.F.I. potranno iscriversi a SIF con una quota agevolata di € 50 anziché € 70 accedendo alla seguente pagina http://www.sif-fisioterapia.it/?page_id=2219%5C.

Dal 2016, inoltre, A.I.F.I. diventa partner della rivista internazionale open access "Archives of Physiotherapy" ideata e promossa da SIF e SUPSI ed edita da Biomed Central.

Accedi alla rivista dal link: <http://archivesphysiotherapy.biomedcentral.com/>

Per informazioni: www.sif-fisioterapia.it
e-mail info@sif-fisioterapia.it



ARIR - ASSOCIAZIONE RIABILITATORI DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

ARIR nasce allo scopo di favorire la formazione e lo sviluppo della figura del fisioterapista specialista in fisioterapia e riabilitazione respiratoria (fisioterapista respiratorio) sia attraverso percorsi formativi di alto livello, sia attraverso lo sviluppo di occasioni di confronto e di integrazione tra le diverse professioni e specialità coinvolte nella riabilitazione respiratoria, sia attraverso partnership con associazioni quali AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) e SIFC (Società Italiana Fibrosi Cistica).

ARIR garantisce agli iscritti A.I.F.I. uno sconto di € 10 sulla quota associativa. Iscrivendosi ad ARIR è possibile ricevere gratuitamente il periodico quadrimestrale "Rivista italiana di fisioterapia e riabilitazione respiratoria" e il semestrale "Selezione ARIR da Respiratory Care e AARC Times" e accedere all'area soci del proprio sito dove è possibile trovare i numeri arretrati dei due periodici oltre a materiale educativo in formato elettronico.

I soci ARIR possono, inoltre, partecipare gratuitamente a giornate monotematiche organizzate dall'associazione e, con uno sconto economico, a tutti i corsi ARIR.

Per informazioni e iscrizioni:

<http://www.riabilitazione-respiratoria.it>

e-mail: segreteria@arirassociazione.org

Inoltre, decine di corsi e convegni organizzati dalle A.I.F.I. regionali ad accesso esclusivo per i soci A.I.F.I. o con quote di iscrizione particolarmente vantaggiose.

SUPSI - SCUOLA UNIVERSITARIA DELLA SVIZZERA ITALIANA

È attiva la convenzione tra A.I.F.I. Nazionale e SUPSI - Scuola Universitaria della Svizzera Italiana. SUPSI è l'istituzione universitaria della Svizzera Italiana incaricata di condurre il corso di laurea in fisioterapia (bachelor fisioterapia) e di rilasciare il titolo legale che autorizza all'esercizio della professione in Svizzera. Uno dei suoi mandati istituzionali è la formazione continua.

Il SUPSI - DEASS Formazione continua area riabilitazione organizza corsi per fisioterapisti e terapisti occupazionali (ergoterapisti).

La formazione continua universitaria svizzera al termine dei percorsi e dopo avere superato le prove di certificazione rilascia titoli universitari e crediti ECTS (European Credit Transfer System).

I titoli rilasciati sono:

- Certificate of Advanced Studies (CAS) da 10 a 29 ECTS;
- Diploma of Advanced Studies (DAS) da 30 a 59 ECTS;
- Master of Advanced Studies (MAS) da 60 a 89 ECTS.

Ai corsi sono ammessi professionisti stranieri in possesso di titolo equivalente al bachelor in fisioterapia o ergoterapia. Le candidature verranno vagliate dal responsabile della formazione. Tutti i corsi sono descritti in dettaglio nella pagina web: <http://www.supsi.ch/deass/formazione-continua/areasanita/riabilitazione.html>

La convenzione attualmente in atto dà diritto ai fisioterapisti italiani iscritti ad A.I.F.I. di ottenere il 10% di sconto sulla tariffa di iscrizione ai corsi. Per l'applicazione della scontistica le iscrizioni dovranno pervenire attraverso l'indirizzo deass.sanita.fc@supsi.ch con l'indicazione del numero di iscrizione ad A.I.F.I.

IMPORTANTE

Per tutte le convenzioni il fisioterapista, o studente in fisioterapia, associato A.I.F.I. all'atto dell'acquisto dovrà dimostrare l'iscrizione all'associazione per l'anno in corso, attraverso la tessera oppure la copia del versamento di iscrizione per l'anno in corso, in caso di rinnovo.



URTOSIX[®]

— EMC —

PERFORMANCE
e PRATICITÀ

- ✓ **185 MJ (6 BAR)**
- ✓ **33 PROTOCOLLI**
- ✓ **3 MODALITÀ DI LAVORO**
- ✓ **LEGGERO E PORTATILE**
- ✓ **3 TESTINE** 



SIXTUS Italia

Via Tourcoing, 23 - 59100 Prato (PO)

Tel. 0574 7561 - Fax 0574 756211 - info@sixtus.it - www.sixtusitalia.it

CARATTERISTICHE:

Energia erogata: 60÷185 mJ
 Modalità di erogazione:
 4 (continuo/4/8/12 treni di impulsi)
 Frequenza di lavoro: 1÷22 hz Regolabili
 Applicatori: 6/15/25mm
 Durata Proiettile: 2 milioni di colpi
 Alimentazione: 90-240 Vac / 50-60 Hz
 Potenza massima assorbita: 250 VA
 C€0051

NOVITÀ:

- Display touchscreen da 7 Pollici
- Interfaccia Software User Friendly
- Aggiornamenti tramite porte USB
- Controllo del dispositivo tramite display touchscreen, encoder e tramite tastiera
- Protocolli selezionabili
- Programmi personalizzabili
- Sistema di sicurezza Security slot
- 6 lingue selezionabili



UrtoSix® emc è un'apparecchiatura per la terapia a onde d'urto non focali (radiali) dette anche shockwave, che cambia radicalmente la metodologia terapeutica di molteplici patologie riguardanti il sistema muscolo-scheletrico. Il corpo sottoposto a una intensa energia meccanica risponde con **L'AUMENTO DELL'ATTIVITÀ METABOLICA** nella zona di applicazione, favorendo la **DIMINUZIONE DELL'INFIAMMAZIONE** e **UN'AZIONE ANTIDOLORIFICA** indotta dalla liberazione locale di endorfine, stimolando e accelerando così, il processo di guarigione.

UrtoSix® emc rappresenta il miglior compromesso tra performance e praticità, erogando fino a 185 mJ (paragonabili a circa **6 BAR** del sistema pneumatico) di energia a frequenza variabile con un design di dimensioni contenute finalizzato alla massima trasportabilità dell'unità.

Diminuisce anche la sensazione dolorosa grazie ad una migliore distribuzione delle onde pressorie, permettendo all'operatore di ottenere **MIGLIORI RISPOSTE** terapeutiche

Si può scegliere di lavorare con 3 modalità differenti: **MANUALE**, **PROTOCOLLI PREIMPOSTATI** e **PROGRAMMI PERSONALIZZATI**.

Nella modalità **MANUALE** è possibile impostare: il numero di fasi da 1 a 3, l'intensità da 60 a 185 mJ, la frequenza da 1 a 22 Hz, la modalità di erogazione continua o a treni di impulsi 4/8/12 e il numero totale di colpi per ciascuna fase da 100 a 3000. Tali parametri possono essere modificati anche durante il trattamento.

Nella modalità **PROTOCOLLI PREIMPOSTATI** è possibile scegliere tra programmi di terapie per ben 33 patologie diverse, e sempre con la possibilità di modifica durante il trattamento.



Prodotto consigliato dall'A.I.F.I.
Associazione Italiana Fisioterapisti



Convenzione
Dorsal A.I.F.I. 2019






*prezzi IVA inclusa listino 2018

Convenzione Dorsal A.I.F.I. 2019

Dorsal e i Fisioterapisti A.I.F.I. rinnovano il rapporto di collaborazione, riservando ai soli soci A.I.F.I. lo sconto del 30% per tutto il 2019.

Per ottenere lo sconto basta presentare all'atto dell'acquisto dei prodotti Dorsal, la tessera A.I.F.I. in corso di validità, presso tutti i rivenditori Dorsal, categoria Premium e Dealer. Non perdere l'opportunità di scoprire le prestazioni e tutta la qualità dei prodotti Dorsal.

L'elenco dei rivenditori autorizzati e maggiori informazioni su www.dorsal.it ·   



 **Dorsal**[®]
il riposo di natura