



fisioterapisti

LA NOSTRA VOCE

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti
Regione Puglia n. 48 (1° Trimestre 2014) - Registrazione c/o il Tribunale di Taranto n 584 del
27.06.01- Spedizione in A.P. - 45% art. 2 comma 20/B Legge 662/96 DC/DCI aut. N. 310 del
17.04.01



17 MAGGIO 2014
CONGRESSO REGIONALE

VEDI DI ESSERCI!

GIRO DI BOA!



Cari colleghi, come molti di voi già sanno, il 17 maggio p.v. l'AIFI Puglia ha organizzato il Congresso Regionale "Nuovi ruoli e responsabilità del Fisioterapista: quali prospettive per valorizzare la professione nella nostra regione" aperto a tutti i Fisioterapisti residenti nel territorio pugliese.

L'evento affronterà vari aspetti: analizzare il contesto regionale, le aspettative e le esigenze professionali in tutte le loro sfaccettature, per poi confrontarle con le esperienze di altre regioni; proporre modelli di aggregazione fra professionisti, in grado di integrare la figura del Fisioterapista nel Sistema Sanitario Nazionale e Regionale attraverso l'accreditamento diretto.

Il Congresso si propone inoltre di far acquisire agli operatori sanitari sia le competenze tecnico-professionali che gli aspetti giuridici legati allo svolgimento dell'attività professionale in ambito sanitario, con particolare riguardo alla responsabilità professionale dell'operatore, dell'equipe e della struttura sanitaria, al fine di contenere o evitare i contenziosi legali e migliorare la qualità del servizio.

Alla fine della mattinata, ci sarà una tavola rotonda su "Accreditamento diretto del FT e libera professione intra-moenia come leva strategica di miglioramento della qualità delle prestazioni e riduzione della spesa: i punti di vista", alla presenza dell'Assessore alla Salute, del Presidente del Consiglio Regionale, del Direttore Sanitario Asl BA, del Presidente APUDID-Card Puglia e del Presidente Nazionale AIFI.

Nel pomeriggio ci sarà lo spazio dedicato all'Assemblea Regionale degli iscritti AIFI Puglia per votare i dieci componenti del Direttivo per il prossimo triennio e i delegati per il Congresso Nazionale.

Siamo arrivati al giro di boa! Si chiude così il mandato associativo di questo giovane gruppo di dirigenti che, nel segno della continuità, si è sempre impegnato a lavorare per costruire una "struttura" professionale territoriale davvero degna di rappresentare la categoria.

In questo momento di crisi economica, di blocco del turnover all'interno delle strutture pubbliche e private convenzionate, di sfruttamento delle

nuove generazioni (costrette a lavorare quasi sempre a partita iva), la nostra professione ha bisogno di una svolta decisiva, di un cambio di rotta e rinnovo nella gestione dell'associazione, in grado di continuare a promuovere e difendere la dignità professionale del fisioterapista e a trasmettere l'amore per la professione e l'orgoglio dell'appartenenza al gruppo AIFI.

I delegati al prossimo Congresso Nazionale di Lecce, seguendo l'impianto della VISION 2020, saranno impegnati a discutere e decidere le politiche del mandato associativo: regolamentazione della categoria per lo sviluppo delle competenze professionali e della pratica clinica, promozione della cultura scientifica, migliorare la comunicazione tra i soci e incentivare la crescita dell'associazione.

Lascio il timone, ma non abbandono la nave! Ringrazio i colleghi del Direttivo e tutti voi per la fiducia che mi avete accordato durante il mio mandato e spero di non aver deluso le vostre aspettative. Affiancherò con impegno i nuovi dirigenti, mettendo a disposizione tutta l'esperienza sin qui maturata perché, sono certo, solo restando uniti riusciremo a trasmettere ad ogni singolo collega il valore e la forza associativa costruiti in 55 anni della "nostra" storia. Invito i colleghi che sono ancora fuori dall'Associazione a rafforzare il corpo associativo con la loro adesione per cogliere le occasioni di crescita e le opportunità che questa saprà proporvi!

Il Presidente

Dott. FT. Fabio Domenico Mazzeo

Segreteria Redazionale:

A.I.FI. - Puglia

Casella Postale 386 - Piazza Umberto I, 33/A - 70121- BARI

Direttore Responsabile: **Vincenzo Italiano**

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

Redattore Capo: **Marco Cordella**

Rappresentante Legale: **Fabio Domenico Mazzeo**

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

REPORT ASSEMBLEE PROVINCIALI

Nei mesi di febbraio, marzo ed aprile scorsi, l'Aifi Puglia ha offerto ai propri iscritti un evento formativo itinerante di sicuro interesse per la professione: **“L'ICF – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute”**. *L'ICF si delinea come una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità. Tramite l'ICF si vuole quindi descrivere non le persone, ma le loro situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale e sottolineare l'individuo non solo come persona avente malattie o disabilità, ma soprattutto evidenziarne l'unicità e la globalità. Lo strumento descrive tali situazioni adottando un linguaggio standard ed unificato, cercando di evitare fraintendimenti semantici e facilitando la comunicazione fra i vari utilizzatori in tutto il mondo* (da http://www.educare.it/Handicap/la_classificazione_icf.htm)

In ogni provincia, a conclusione di tale evento si è proceduto alla elezione dei nuovi responsabili provinciali

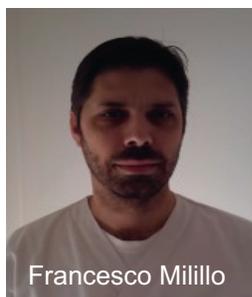


Valentina Russi

Sabato 1 Febbraio 2014 presso gli Ospedali Riuniti, si sono riuniti in assemblea gli iscritti della provincia di Foggia ed hanno all'unanimità eletto la giovane collega Valentina

Russi di Foggia –cell. 329/0552106
e-mail: russivalentina@argomedia.it

Sabato 15 Febbraio 2014 presso il Policlinico di Bari, gli iscritti della provincia di Bari hanno eletto all'unanimità il collega Francesco Milillo di Bari dipendente presso il presidio di riabilitazione Padre Pio



Francesco Milillo

di Capurso. Il collega può essere raggiunto al 329/0552108 o tramite e-mail: francescomilillo@gmail.com.



Alessandro Stasi, il secondo da sinistra

Sabato 1 marzo 2014, presso le Officine Ortopediche Tombolini, l'assemblea degli iscritti della provincia di Taranto hanno eletto all'unanimità il collega Alessandro Stasi,

già responsabile regionale dell'ufficio giuridico e attuale redattore della rivista regionale “Fisioterapisti Puglia”, lavora a Taranto, come coordinatore presso il centro Fisiomed. Il collega può essere raggiunto al 329/0552107 o tramite e-mail: alexite@libero.it.



Un momento dell'assemblea a Taranto

Sabato 05 aprile 2014 a Lecce, presso la Sala Conferenze del Monastero delle Benedettine, i colleghi di Lecce hanno eletto all'unanimità il collega Dario Pini (cellulare 3290552109 e-mail habemus.dario@gmail.com) e i colleghi di Brindisi hanno riconfermato il collega Piero Zaccaria



Il collega Dario Pini al centro accovacciato

(cellulare 3290552110
e-mail pierozaccaria13@libero.it).



Il collega Piero Zaccaria – il terzo da sn

Un augurio di buon lavoro ai neo eletti e un grazie di cuore per il lavoro svolto ai colleghi uscenti Claudia Pati, Angela Amodio, Giulio Conticelli e Massimo Matera.

La redazione

IMPORTANTE

Prossimo evento formativo organizzato da Aifi Puglia: **“Valutazione Fisioterapica e protocolli riabilitativi domiciliari della persone affette da patologie cardiorespiratorie”**- 13 Giugno 2014 c/o IRCCS” S. Maugeri”Cassano Murge (Ba)

L’evento è a numero chiuso e riservato a **50 Ft** – previsti n. 10 crediti ECM

La quota di iscrizione è di euro **20,00 per i soci AIFI** e euro **70,00 per i non soci**.

Per informazioni : Ufficio Formazione AIFI Puglia, Dott.ssa R. Fanelli cell: 3333034780; e-mail: formazione@aifipuglia.it.

Per maggiori info: www.aifipuglia.it



MEDICALTOOLS

Tecnologia per il benessere

Seguici anche sui social



CTU mega
POMPA DIAMAGNETICA 18



DIAMAGNETOTERAPIA

CTU S wave
ONDA D'URTO DIAMAGNETICA



TECARTERAPIA



ATR
TECAR AUTOADATTATIVA

TECNOSIX EPSILON



IPERTERMIA

Ipertermia



MEDICALTOOLS
Tecnologia per il benessere
DISTRIBUTORE UFFICIALE



KINESIO

WWW.MEDICALTOOLS.IT
Tel: 0805341358

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

ESPOSTO DELL'AIFI PUGLIA PER VIOLAZIONE DELLE NORME IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE

L'Aifi Puglia ha deciso di procedere, con un ulteriore ricorso, nei confronti dell'OSMAIRM, struttura riabilitativa "accreditata" con sede in Laterza (TA), in quanto all'interno di una riunione tenutasi in data 14 febbraio 2014, alla presenza dei rappresentanti sindacali (che hanno sottoscritto l'accordo), che doveva avere carattere organizzativo, sono state assunte, invece, decisioni cliniche che impattano sui singoli casi e che sono potestà dei singoli operatori sanitari che li hanno in cura. Così facendo la suddetta struttura ha dimostrato di **continuare** a violare le norme in materia di professioni sanitarie nonostante le ripetute note di chiarimento da parte di questa Associazione.

E' per questo che ha ritenuto di dover procedere a denunciarla nuovamente alle autorità competenti.

Di seguito il contenuto dell'esposto inviato a: Alla Procura della Repubblica di Taranto, al Nucleo N.A.S. dei Carabinieri di Taranto, alla Guardia di Finanza di Taranto, all'Assessorato regionale alla Salute, alla FISH Puglia, al Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, e per conoscenza all' OSMAIRM e ai sindacati Confederati nazionali e provinciali Funzione Pubblica. Di seguito il contenuto dell'esposto.

Questa Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.F.I.) - Regione Puglia, riconosciuta dal Ministero della Salute come unica associazione rappresentativa della categoria dei Fisioterapisti (determina ministeriale del 30 luglio 2013), e con il compito statutario prioritario di rappresentare, tutelare e promuovere la categoria dei fisioterapisti, coniugare gli interessi dei suoi membri con i bisogni della comunità collaborare con il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le aziende sanitarie, gli altri organismi e istituzioni sanitarie pubbliche e con le associazioni dei cittadini per la tutela della salute anche perseguendo legalmente ogni forma di esercizio abusivo della professione, espone quanto segue

per ogni eventuale rilievo di circostanze di competenza delle Autorità in indirizzo.

E' giunto a conoscenza della predetta Associazione che l'OSMAIRM, sede in Laterza (TA) alla Via Cappuccini, 9, all'interno di una riunione, tenutasi in data 14 febbraio 2014 (verbale allegato) anche alla presenza dei rappresentanti sindacali (che hanno sottoscritto l'accordo), che doveva avere carattere organizzativo, sono state assunte, invece, decisioni cliniche che impattano sui singoli casi e che sono potestà dei singoli operatori sanitari che li hanno in cura, come la frequenza dei trattamenti e la sede ove gli stessi debbano essere erogati. Si aggiunge che, sempre all'interno della suddetta riunione, si è utilizzata una terminologia riferita ai pazienti che è assolutamente offensiva e comunque sconosciuta in ambito riabilitativo e abilitativo ("carrellato", "internato"...)

Questa Associazione, pertanto, è costretta a segnalare che la suddetta struttura **continua** a dettare modalità organizzative che violano le norme in materia di professioni sanitarie, nonostante le ripetute note di chiarimento da parte di questa Associazione (nota dell'8.4.2009 – prot. N.21/09 e nota del 27.5.2009 – prot. 26/09), programmando e richiedendo ai professionisti sanitari coinvolti prestazioni e mansioni in violazione del D.M. della Sanità del 29.3.2001 (*Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000)*) nel quale sono specificati per ogni singolo profilo professionale, inerente l'area riabilitativa, lo specifico settore di competenza.

Al Fisioterapista, infatti, viene chiesto di

espletare attività di tipo occupazionale proprie di altro operatore sanitario- il Terapista occupazionale e attività di ausiliariato (vedi allegato verbale di organizzazione del 14 febbraio 2014 – pag 3 punti 2 e 5).

A questo professionista in particolare viene, inoltre, impedito di stabilire con il paziente/utente una relazione di cura ed una continuità di trattamento che gli consentano di verificare le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale come da D.M. 741/1999 (*Profilo professionale del Fisioterapista*). I pazienti, infatti, passano quotidianamente dalle mani di questo o di quel fisioterapista, con grave violazione del diritto alla salute dell'utente. Così operando, infatti, viene meno il principio secondo cui il paziente ha diritto di avere informazioni complete ed accurate in relazione alla diagnosi, alla prognosi, alle prospettive e le eventuali alternative terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate, elemento fondamentale nella relazione di cura.

Vengono, inoltre, violate le competenze e gli ambiti di questo operatore nel momento in cui è la struttura a decidere le modalità e i tempi di intervento (vedi allegato verbale di organizzazione del 14 febbraio 2014 – pag 3 - punti 3 e 4) in violazione, non solo del D.M. 741/94 ma anche del codice deontolo-

gico, criterio guida della professione (legge 42/99 art. 1 comma 2).

Oltre a ciò, al Fisioterapista incaricato delle prestazioni domiciliari vengono richieste n. 5 trattamenti quotidiani in palese violazione del **“Regolamento Regionale dell’Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della l. n. 833/78”** art. 9 ([n. 7 fisioterapisti per 25 prestazioni riabilitative giornaliere](#)).

Alla luce di quanto sopra esposto si rileva chiaramente che la succitata struttura opera in violazione della su richiamata normativa con evidente pregiudizio tanto dei professionisti costretti ad operare in modalità imposte e in ambiti di competenza che non gli appartengono per vocazione professionale e per legge, pena l’allontanamento dal posto di lavoro, quanto del diritto alla salute degli utenti-pazienti.

Si chiede, pertanto, alle Autorità in indirizzo, ognuno per la propria competenza, di voler accertare i fatti descritti con applicazione degli opportuni provvedimenti atti a ricondurre la fattispecie nel legittimo ambito della normativa in materia, a tutela dei professionisti coinvolti ma soprattutto dei diritti degli utenti/pazienti costituzionalmente tutelati.

Il Presidente

Dott. FT. Fabio Domenico Mazzeo

Tombolini Officine Ortopediche

TARANTO - BARI - BRINDISI - MATERA
www.ortopediatombolini.it

SPECIALISTI IN ORTOPROTESICA

TARANTO - TRASFERITA LA SEDE DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE: UNA VITTORIA DI AIFI E DELLE ASSOCIAZIONI STUDENTESCHE

Eugenio D'Amato – Cosimo Leuzzi

CORRIERE DEL GIORNO

Martedì 11 febbraio 2014



Taranto – Finalmente i 550 studenti dei Corsi di Laurea di Fisioterapia, Scienze Infermieristiche e Tecnici della

Prevenzione Ambientale avranno una sede dignitosa dove poter sviluppare le proprie competenze professionali.

Il problema della sede tarantina dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie – sede decentrata dell'Università di Bari - che si trascinava da molto tempo, ha avuto un'importante accelerazione verso la risoluzione grazie all'intervento dell'AIFI e dell'USIFI della Puglia, che insieme alle associazioni studentesche, LINK Taranto e Studenti per Taranto, sono riuscite ad ottenere l'attenzione della stampa locale e dell'opinione pubblica.

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO
Martedì 14 gennaio 2014

LA PROTESTA LA SEZIONE TARANTINA DELL'ASSOCIAZIONE DEI FISIOTERAPISTI PARLA DI DISAGIO ENORME

«Professioni sanitarie corsi di laurea ghettizzati»

● Condizioni disagiate per gli studenti del corso di laurea di Fisioterapia. Nella sede mancano corrente elettrica e riscaldamento. A denunciarlo ed a prendere posizione è la sezione tarantina dell'Aifi (Asso-

niche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

«La situazione», afferma Massimo Matera, responsabile provinciale, «è irrispettosa dei diritti fondamentali. Gli studenti frequentano le lezioni solo di mattina, perché mancano corrente elettrica e riscaldamento. Non essendo corrente, a causa del furto di cavi di rame, molti degli studenti frequentanti, che sono fuori sede, sono impossibilitati ad usare i distributori automatici e, per quanto attiene alla didattica, non si può proiettare neanche una slide».

Un danno notevolissimo, commenta l'Aifi, la quale fa anche notare come Taranto sia centro di formazione nella materia da oltre 30 anni, nonostante la sospensione di qualche anno (il corso è stato riattivato a Taranto nel 2012), e

vanta un corpo docenti di professionalità, competenza ed esperienza. «Gli studenti di questi corsi», afferma a sua volta Eugenio D'Amato del direttivo regionale, «frequentano nella sede di Via Deledda in attesa dell'avvio dei lavori della loro reale sede, l'ex ospedale vecchio. Questi lavori, tuttavia, non sono mai partiti, né si può avere un'idea del tempo necessario per ultimarli. La cultura è un'occasione di sviluppo per tutta la città. Il degrado in cui versa la sede universitaria potrebbe avere come conseguenza la dismissione della stessa». L'Aifi chiede ora che le Istituzioni locali risolvano questa problema una volta per tutte, fornendo una sede dignitosa ai corsi di laurea di Professioni sanitarie e garantendo agli studenti il diritto allo studio e servizi adeguati. (M.R.G.)

EX OSPEDALE

«I lavori non sono mai cominciati e non c'è un'idea sulla loro ultimazione»

ciazione italiana fisioterapisti. La sede del corso, a partire dal 2014, si sarebbe dovuta spostare presso il Polo universitario jonico di Paolo VI, ma al momento le lezioni continuano in via Deledda nel quartiere Tamburi. La struttura ospita anche gli altri corsi di laurea delle Professioni sanitarie, vale a dire Infermieristica e Tec-

UNIVERSITÀ Il plauso dell'Aifi e del Meet up 192 Professioni sanitarie, i corsi di laurea trasferiti nella sede del Politecnico

□ Finalmente i 550 studenti dei corsi di laurea in Fisioterapia, Scienze infermieristiche e Tecnici della prevenzione ambientale saranno trasferiti nelle nove aule messe a disposizione dal Politecnico. «La sede individuata, allocata al quartiere Paolo VI, è decorosa e attrezzata – affermano Eugenio D'Amato e Massimo Matera dell'Aifi Puglia, sezione di Taranto - e permetterà agli studenti di seguire il proprio percorso formativo nelle migliori condizioni». La sede di via Deledda, ricorda l'Associazione dei fisioterapisti, nella quale si stavano svolgendo le lezioni, era stata dichiarata non idonea perché troppo vicina ai parchi minerali dell'Ilva, ed era inoltre senza corrente elettrica da novembre 2013.

Taranto vanta una tradizione ultra trentennale nella formazione dei fisioterapisti, e molti di loro si sono affermati a livello nazionale. L'Aifi ritiene fondamentale che i futuri fisioterapisti conseguano una formazione universitaria di alto livello che consenta loro di affrontare con serenità il mondo della professione.

«Perdere i corsi di laurea delle professioni sanitarie - aggiungono D'Amato e Matera - sarebbe stato un danno per la città di Taranto. Un danno economico, perché più di trecento studenti sono fuorisede, ma anche culturale, perché l'Università è un'opportunità di crescita per tutto il territorio».

Le richieste degli studenti sono state anche oggetto di un'interrogazione parlamentare, presentata dall'on. Giuseppe D'Ambrosio mentre la consigliere regionale Anna Rita Lemma ha seguito, con impegno, lo svolgimento del trasloco.

Positivo il commento del Meet Up 192 "Amici di Beppe Grillo - Taranto". «La suddetta vicenda - affermano - mostra chiaramente che l'attenzione dei cittadini stimola la volontà delle istituzioni a risolvere i problemi. Altresì, - concludono - non volendo adesso far diventare definitivo ciò che è provvisorio, chiediamo alle autorità competenti un impegno effettivo affinché si concluda la vicenda annosa della sede dei corsi di laurea delle professioni sanitarie».

da, ai locali resi disponibili presso la sede del Politecnico al quartiere Paolo VI. Il nodo era relativo ad una sorta di canone che l'Università di Bari avrebbe dovuto versare al Politecnico per contribuire alle spese di consumo delle diverse utenze. Mentre le divergenze tra Politecnico e Università rimanevano, e si trascinavano nei mesi, circa 550 studenti erano costretti a svolgere le attività didattiche presso la sede di via Deledda, una struttura inagibile, così come l'ha definita il Commissario Prefettizio della Provincia a causa della eccessiva e pericolosa vicinanza alle ciminiere dell'Ilva.

Nonostante l'inagibilità ambientale della sede, l'attività didattica, che comunque continuava in Via Deledda, è stata stravolta per la mancanza di corrente elettrica e di riscaldamento a causa

Taranto è una città dove **“un cavillo burocratico impedisce il trasferimento temporaneo”** dei corsi di laurea delle professioni sanitarie dalla sede in dismissione di via Grazia Deledda

Cresce il disagio degli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia della sede di Taranto

□ L'Unione Studentesca Italiana di Fisioterapia, organismo interno dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.F.I.), punto di informazione e di ascolto per gli studenti dei Corsi di Laurea in Fisioterapia, denuncia il disagio degli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia della sede di Taranto, le cui lezioni si tengono alla Deledda, nel quartiere Tamburi, e si unisce all'A.I.F.I. nel chiedere condizioni di studio eque per gli studenti tarantini.

La questione è molto seria, tanto che il Presidente della Giunta delle Elezioni della Camera dei Deputati on. Giuseppe D'Ambrosio ha fatto suo il comunicato dell'Associazione per chiedere al Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, con un'interrogazione a risposta scritta, "quali iniziative intende intraprendere per risolvere celermente le problematiche segnalate dall'A.I.F.I. a Taranto".

In gioco ci sono, sottolinea Cosimo

Leuzzi, rappresentante regionale dell'U.S.I.F.I., la qualità degli studi degli studenti tarantini, la possibilità per gli stessi di non accedere alle borse di studio in quanto impossibilitati a sostenere gli esami previsti nella prima sessione dell'anno accademico, e la eccessiva vicinanza ai parchi minerari dell'Ilva, motivo per cui il Commissario Prefettizio della Provincia ha ritenuto la struttura inagibile.

Oltre ai già noti problemi presenti, la fatiscenza dello stabile e la posizione decentrata rispetto alla città, che non permette un facile accesso ai servizi essenziali propri di una vita universitaria dignitosa, negli ultimi 3 mesi si è aggiunta la mancanza di corrente elettrica e di riscaldamento. La causa, l'ennesimo furto di rame; l'effetto, la frequenza delle lezioni solo di mattina, al freddo. Il grave ritardo delle Istituzioni sta compromettendo la didattica: è impossibile utilizza-

re i distributori automatici, i computer e la connessione internet per motivi di studio. I docenti non possono proiettare le proprie presentazioni powerpoint, necessarie per comprendere argomenti di natura medico-riabilitativa estremamente complicati. Per ovviare a ciò alcuni docenti si sono visti costretti a stampare, a proprie spese, e a distribuire, le slide in formato cartaceo su cui seguire le lezioni, iniziativa estremamente lodevole, che ha raccolto il riconoscimento degli studenti. La coordinatrice del Corso Patrizia Uzzi, nonostante tutte le asperità riesce a limitare i disagi, riuscendo a garantire le lezioni dei docenti disponibili ad insegnare in condizioni da terzo mondo.

L'altra grande preoccupazione è legata all'importante ritardo subito dall'attività didattica a causa dell'annullamento di diverse lezioni tanto da mettere a rischio la possibilità di sostenere gli esa-

mi nella prima sessione prevista nell'anno accademico 2013-2014, con la conseguenza di essere poi esclusi dalle borse di studio per la mancanza di requisiti di merito.

L'U.S.I.F.I. Puglia si indigna con questa palese violazione della dignità degli studenti.

Leuzzi specifica che i corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie sono sfruttate dalla struttura di Via Deledda di proprietà della Provincia, perché ritenute inagibili dal Commissario Prefettizio dello stesso ente locale, in quanto troppo vicini ai parchi minerali ILVA.

Unendosi alla richiesta già formulata dalla sezione tarantina dell'A.I.F.I., che l'U.S.I.F.I. chiede che le Istituzioni solvono il problema al più presto, accelerando i tempi per il già previsto trasferimento presso il Polo Universitario di Paolo VI e garantendo agli studenti il diritto allo studio.

corso di laurea in Fisioterapia garantisca, davvero, allo studente gli obiettivi formativi previsti dalla legge" e di vigilare – vogliamo aggiungere – affinché non sia violata la dignità dello studente e garantito il diritto allo studio, hanno fatto propria la questione e dato il loro contributo alla risoluzione del problema.

Taranto è una città dove l'AIFI, l'USIFI e le associazioni studentesche sono riusciti, con l'interrogazione parlamentare dell'On. Giuseppe D'Ambrosio e il

lavoro sistematico della consigliera regionale Annarita Lemma, a ricordare che "i cavilli burocratici" si possono rimuovere e riuscire a conservare nella nostra città la preziosa presenza culturale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Il Consigliere Regionale Annarita Lemma, ha seguito le fasi del trasloco, ottenendo anche l'impegno da parte dell'Ing. Sansolini dell'ASL/TA ad ultimare i lavori, entro qualche mese, della prestigiosa sede del vecchio Ospedale Cittadino "San Giovanni di Dio", sito nel centro cittadino, che dovrebbe divenire la sede definitiva, secondo il prof. Livrea, del Polo Universitario Jonico. Noi dell'AIFI Puglia manterremo sempre accessi i riflettori sul caso, continuando a vigilare sulle questioni strutturali.

di un furto di rame, avvenuto nel novembre 2013, al quale non è mai stato posto rimedio. Così le lezioni si potevano tenere solo di mattina e al freddo, senza poter utilizzare connessione internet, computer e supporti tecnologici ausiliari per la didattica. Il grave ritardo subito dall'attività didattica, a causa dell'annullamento di diverse lezioni, ha messo a rischio la qualità degli studi e la possibilità di sostenere gli esami nella prima sessione prevista per l'anno accademico 2013-2014, con la conseguenza per gli studenti incolpevoli di vedersi esclusi dalle borse di studio per la mancanza di requisiti di merito.

La protesta degli studenti, aumentata di tono e di preoccupazione, non poteva rimanere inascoltata dall'AIFI e dall'USIFI della Puglia, che consapevoli della loro missione statutaria di "Vigilare sulle Università, allo scopo di verificare che il

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO
Domenica 19 gennaio 2014

I NODI DELL'ISTRUZIONE COSIMO LEUZZI: INTACCATA LA QUALITÀ DEGLI STUDI. I CONTINUI FURTI NELLA SEDE DI VIA DELEDDA HANNO MESSO KO RISCALDAMENTO ED ELETTRICITÀ

«Assurda quella sede del corso di laurea in Fisioterapia»

I disagi vissuti dagli studenti ai Tamburi ripresi in un'interrogazione alla Camera del deputato D'Ambrosio



DEPUTATO CINQUE STELLE Giuseppe D'Ambrosio

● Finisce in Parlamento, oggetto di una interrogazione del presidente della Giunta delle elezioni della Camera, Giuseppe D'Ambrosio, del Movimento Cinque Stelle, la questione legata agli innumerevoli disagi che stanno vivendo gli studenti del corso di laurea in Fisioterapia con sede a Taranto (decentrato dall'Università di Bari). Alla protesta già espressa dall'Associazione italiana fisioterapisti (AIFI) si aggiunge direttamente quella dell'Unione studentesca italiana di fisioterapia, organismo interno all'AIFI, la cui denuncia molto dettagliata è stata ripresa dall'on. D'Ambrosio.

«In gioco ci sono - sottolinea Cosimo Leuzzi, rappresentante regionale degli studenti - la qualità degli studi, la possibilità per gli studenti di non accedere

alle borse di studio in quanto impossibilitati a sostenere gli esami previsti nella prima sessione dell'anno accademico, e la eccessiva vicinanza della sede di via Grazia Deledda (non ancora dismessa nonostante la previsione di trasferimento nella sede del Politecnico a Paolo VI - ndr) ai parchi minerari dell'Ilva, motivo per cui il commissario prefettizio della Provincia ha ritenuto la struttura inagibile».

Ad aver compromesso negli ultimi 3 mesi lo sviluppo di ogni attività nella sede di via Deledda, la mancanza di corrente elettrica e di riscaldamento a causa dell'ennesimo furto di rame. Così le lezioni si sono potute tenere solo di mattina e al freddo, senza poter utilizzare distributori automatici, computer e connessione internet. Le slide delle presen-

tazioni approntate dai docenti sono state stampate, a spese degli interessati, in formato cartaceo. La coordinatrice del corso, Patrizia Uzzi, nonostante tutte le asperità - dicono gli studenti - riesce a limitare i disagi, riuscendo a garantire le lezioni dei docenti disponibili ad insegnare in condizioni da terzo mondo. Ma l'altra grande preoccupazione è legata all'importante ritardo subito dall'attività didattica a causa dell'annullamento di diverse lezioni tanto da mettere a rischio la possibilità di sostenere gli esami nella prima sessione prevista nell'anno accademico 2013-2014 con la conseguenza di essere poi esclusi dalle borse di studio per la mancanza di requisiti di merito. Per l'Usifi, questa è palese violazione della dignità degli studenti.

(maria rosaria gigante)

DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 183 DEL 19.02.2014

L'Aifi Puglia, per mano del suo Presidente, con una nota indirizzata all'Assessore alla Salute, dott.ssa Gentile, ha fatto rilevare che nella delibera di Giunta n. 183 non è prevista l'assunzione di alcun fisioterapista in tutto il territorio regionale, nonostante il forte numero di colleghi andati in quiescenza.

Di seguito il contenuto della nota

“Questa Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.F.I.) Regione Puglia, preso visione della delibera in oggetto ed avendo verificato che non è prevista l'assunzione di alcun fisioterapista in tutto il territorio regionale, nonostante il forte esodo di colleghi andati in quiescenza, evidenzia quanto segue.

Con la delibera in oggetto si continua a privilegiare le aree della emergenza/urgenza che, indubbiamente, determinano gravi criticità, ma quando un evento morboso, una malattia o un trauma non si esauriscono nel ciclo danno-terapia-guarigione o morte, ma portano ad una menomazione o ad una disabilità che rischia di trasformarsi in svantaggio esistenziale permanente o handicap, è evidente che il ruolo importantissimo lo assume la riabilitazione.

Ci preme sottolineare che scopo della riabilitazione è “guadagnare salute”, in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come “malato”, ma come “persona avente diritti” (conferenza di Madrid del 2002, anno europeo della persona

LO DENUNCIA L'AIFI PUGLIA

Nessuna assunzione di fisioterapisti

● La Regione Puglia, dopo anni di attesa, decide di assumere 703 operatori sanitari, per implementare la carenza di organico, che costringe le Asl a dover imporre al proprio personale carichi di lavoro eccessivi. Alla notizia del decreto regionale l'Aifi (associazione Italiana dei Fisioterapisti) di Puglia scopre che non è prevista l'assunzione di alcun fisioterapista in tutto il territorio regionale. «Siamo rimasti senza parole - afferma Eugenio D'Amato, del direttivo regionale - e ce ne siamo chiesti il motivo. Probabilmente i

legislatori regionali ritengono che i portatori di handicap, adulti o bambini, non hanno diritti, e quindi possono essere trascurati». L'Aifi Puglia chiede che venga rivisto il decreto e che venga attuata una programmazione mirata al benessere globale del paziente; questo si ottiene solo rispettando i tre principi fondamentali su cui è costruita la sanità nei paesi occidentali: prevenzione, cura e riabilitazione. L'associazione chiede la copertura, in pianta organica, anche dei fisioterapisti, figure professionali essenziali nel sistema sanitario.

disabile). Il diritto di essere aiutato a raggiungere la massima autonomia possibile e quindi una migliore qualità di vita.

Probabilmente i legislatori regionali, non prevedendo, quanto meno, un naturale tourn over ritengono che i portatori di handicap, adulti o bambini, non hanno diritti, e quindi possono essere trascurati o affidati alle cure di operatori sicuramente molto preparati ma che, purtroppo, operano in strutture convenzionate il cui unico interesse è quello economico.

L'A.I.F.I. Puglia chiede, pertanto, che venga rivisto il decreto e che venga attuata una programmazione mirata al benessere globale del paziente, prevedendo la copertura, in pianta organica, anche dei fisioterapisti, figure professionali essenziali nel sistema sanitario.

Auspucando un positivo e sollecito riscontro, saluta cordialmente”.

La redazione

10 | CRONACA

Domenica 2 marzo 2014

CORRIERE DEL GIORNO

SANITÀ L'Aifi chiede che venga rivista la delibera di giunta

I fisioterapisti alla Regione Puglia: «Inseriteci nelle piante organiche»



AIFI Eugenio D'Amato

□ La Regione Puglia, dopo anni di attesa, con la delibera n. 183 del 19 febbraio 2014, decide di assumere 703 operatori sanitari, per implementare la carenza di organico, che costringe le ASL a dover imporre al proprio personale carichi di lavoro eccessivi e al contempo a dover allungare le liste di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Alla notizia dell'emanazione del decreto regionale l'A.I.F.I. (Associazione Italiana dei Fisioterapisti) di Puglia scopre che non è prevista l'assunzione di alcun

fisioterapista in tutto il territorio regionale.

«Siamo rimasti senza parole - afferma Eugenio D'Amato, del direttivo regionale - e ce ne siamo chiesti il motivo. Probabilmente i legislatori regionali ritengono che i portatori di handicap, adulti o bambini, non hanno diritti, e quindi possono essere trascurati».

Scopo della riabilitazione è “guadagnare salute”, in un'ottica che vede la persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come “malato”, ma come “persona avente diritti”

(conferenza di Madrid del 2002, anno europeo della persona disabile). Il diritto, cioè, di essere aiutato a raggiungere la massima autonomia possibile e quindi una migliore qualità di vita.

L'A.I.F.I. Puglia chiede che venga rivisto il decreto e che venga attuata una programmazione mirata al benessere globale del paziente; questo si ottiene solo rispettando i tre principi fondamentali su cui è costruita la sanità nei paesi occidentali: prevenzione, cura e riabilitazione. Ragion per cui,



l'associazione dei fisioterapisti chiede la copertura, in pianta organica, anche dei

fisioterapisti, figure professionali essenziali nel sistema sanitario.

PENSIERI E PAROLE... DI UNA PAZIENTE

Ciao, non sai chi sono, ma questo non è importante. Sono affetta dalla Sindrome di Ehlers Danlos, e così con questa lettera cerco di farti capire cos'è e come ci si sente. Vorrei farti migliaia di domande e se ne avessi la possibilità la prima sarebbe sicuramente questa... "com'è svegliarsi senza dolori, senza pesare ogni singolo movimento?". Penserai che sono matta, ma in realtà dal mio punto di vista non è una domanda stupida. Sai, per me ogni mattina è una scoperta nuova; per prima cosa devo scoprire cosa mi fa male, o meglio cosa non mi fa male. Hai mai pensato di avere due ginocchia, dei muscoli, delle costole, un collo, due spalle...? No, probabilmente non ci hai mai pensato, se non in quei pochi giorni della tua vita in cui hai avuto dei dolori; ma durante le tue giornate normali non ci pensi. Perché non li senti... Oggi ho scoperto che tu non muovi i primi passi della giornata cercando di capire se le ginocchia reggono e se le mani sono abbastanza sveglie da sorreggere un oggetto; tu non calcoli l'ampiezza del movimento che fai per aprire una bottiglia d'acqua o per svitare la moca per prepararti il caffè. Se mi osservassi penseresti che nemmeno io lo faccio, invece non è così. Eh no, io tutto questo lo faccio, ma è ormai talmente automatico che i miei movimenti sembrano i più normali del mondo. Ma anche solo in questo istante, si si proprio in quello in cui sto digitando queste lettere, sento le mie dita come se fossero di piombo e sono decisamente attenta al movimento di quel gomito che oggi non ne vuol sapere di lasciarmi in pace. Quante volte ti lavi velocemente i capelli nella vasca o nel lavandino? Sai, io non lo faccio più da almeno un anno; non ce la faccio...le mie ginocchia non mi reggerebbero, il mio collo si arrenderebbe e le mie braccia si stancherebbero troppo. Com'è uscire la sera con gli amici, per una pizza, una passeggiata senza chiedere prima se si dovrà camminare molto? Senza controllare le previsioni del tempo per capire se sarà troppo freddo o se il tuo corpo potrà muoversi abbastanza in modo tale da non rovinare la serata agli altri ed a te? Cosa si prova ad andare al cinema senza rigirarsi ogni minuto sulla poltrona che appare sempre e comunque troppo stretta e scomoda per quel corpo che chiede di potersi muovere continuamente? Scommetto che la mattina non ti metti davanti allo specchio per fare la conta dei lividi che ti sei fatto durante la notte rigirandoti sul materasso o urtando con un



braccio contro il muro. Sono quasi certa che non ti sei mai svegliato di notte per far scrocchiare il gomito che si è sublussato mentre ti spostavi di lato o per sciogliere il collo anchilosato dalle troppe ore nella stessa posizione. Tu la notte riposi, ti ricarichi, dormi sul serio; io la notte apparentemente dormo, ma più passano gli anni e più mi rendo conto che il mio corpo soffre anche nelle ore in cui non lo sento. Ti stai chiedendo cosa vivo a fare? Ti domandi perché vado avanti invece di mandare tutto e tutti al diavolo? Vivo e vado avanti perché tu non sei consapevole delle cose che puoi fare ogni giorno e non capisci che sono un dono che devi sfruttare al massimo. Io esulto ogni volta che riesco a portare una busta della spesa o a prendere in braccio un bambino. Io mi emoziono ogni volta che riesco a fare un respiro pieno di ossigeno nei momenti in cui respirare mi costa un po' fatica. Vivo e vado avanti perché forse ci sono giorni in cui tu dimentichi di sorridere, io invece almeno un motivo per sentirmi felice lo trovo ogni giorno, anche quando la vita sembra voltarmi le spalle e mettermi a dura prova. Ricorda la grandezza di ogni piccolo gesto che fai, prova a sorridere anche di quella cosa che ti sembra banale e semplice. Non dare nulla per scontato perché la vita mi ha insegnato che lo scontato non esiste, perché un giorno puoi svegliarti e scoprire che quello che pensavi di poter fare con facilità non è più così semplice. Io non sono meglio di te, sono solo più fortunata perché mi è stato fatto il dono di capire cosa c'è dietro ogni gesto, quanto dolore può nascondersi dietro un sorriso e scoprire giorno dopo giorno che vedere il sole sorgere è un regalo e, come per ogni regalo che si riceve, si deve ringraziare per esso. Non sprecare un solo attimo pensando che sia banale, perché nella vita di banale c'è solo la non volontà di capire quanto tutto questo sia magico. Buona vita...in qualunque forma essa ti sia stata donata. Io, A.B.!

CENNI DI RI-EDUCAZIONE PELVI-PERINEALE

Dott.ssa Ft. Fanelli Rosa Anna*
Responsabile Ufficio Formazione



In questi ultimi anni la medicina ha fatto importanti passi avanti proponendo sempre più spesso trattamenti di Riabilitazione del pavimento pelvico, riconoscendo così la fondamentale importanza e

la centralità di questo apparato soprattutto per migliorare la qualità di vita della persona.

Già dagli anni '50, A. Kegel proponeva una serie di esercizi per allenare la muscolatura del pavimento pelvico, in particolare del muscolo pubo-coccigeo che inizialmente furono destinati a donne affette da incontinenza urinaria e/o prolasso genitale e dopo proposti anche per altre patologie colo-proctologiche. Alla fine degli anni '80 anche in Italia alcuni centri enfatizzavano l'uso di metodiche conservative nel trattamento dell'incontinenza urinaria femminile. Oggi, la riabilitazione perineale è insegnata nei corsi pre-parto per facilitare il travaglio del parto e nel post-parto per una ripresa migliore, ma anche durante la menopausa per affrontare meglio questa delicata fase di passaggio e di trasformazione della vita della donna. Inoltre, la si pratica anche per disfunzioni colo-proctologiche come stipsi, incontinenza fecale e dolore pelvico cronico.

Il **pavimento pelvico o perineo** è formato da un insieme di muscoli che si intrecciano fra loro e chiudono verso il basso il bacino; abbracciano l'apparato urinario (uretra, vescica) e vaginale (nella donna) formando il pavimento anteriore, fino a coinvolgere l'apparato ano-rettale (ano, retto) costituendo il pavimento posteriore. Il **perineo è un organo dinamico** che sollecitato continuamente dal peso del nostro corpo, è soprattutto impegnato nel contrastare gli aumenti di pressioni intra-addominali dettati dagli incrementi di carichi (sollevare le borse della spesa, prendere in braccio il bambino, tossire, starnutire, ecc.), da condizioni croniche (stitichezza) e dall'evento parto.

Le **principali tecniche riabilitative** sono rappresentate dalla chinesiologia, dal biofeedback e dall'elettrostimolazione funzionale e sono finalizzate a migliorare la contrattilità e il tono della muscolatura del pavimento pelvico.



La **Chinesiterapia pelvi-perineale** consiste nell'esecuzione di esercizi di contrazione e rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico, al fine di facilitare la presa di coscienza e di rinforzare il sistema di sostegno degli organi pelvici. **L'Elettrostimolazione funzionale** è indicata nei casi in cui i muscoli perineali non riescono ad essere contratti volontariamente ed in modo adeguato.

Il **Biofeedback** consiste nell'impiego di un'apparecchiatura in grado di registrare una contrazione o un rilassamento muscolare che potrebbero non essere percepiti. Il segnale viene trasformato in segnale visivo, permettendo al paziente di verificare le contrazioni o il rilassamento e compierli in modo corretto.

Tali metodiche sono rivolte a migliorare la sensibilità, la coordinazione, la contrazione e la resistenza dei muscoli perineali che sostengono la vescica, l'utero e il retto-ano.

Obiettivo principale è quindi quello di migliorare la "performance" perineale così da consentire al pavimento pelvico di espletare correttamente le funzioni di sfintere e di sostegno, che in condizioni di normalità deve garantire una continenza urinaria e fecale adeguata, mantenere una qualità di vita sessuale soddisfacente ed eventualmente prevenire un prolasso genitale.

“Il programma di riabilitazione perineale prevede diverse fasi in successione a partire dal:

1. Favorire un percorso di riconoscimento della buona funzione perineale per il proprio benessere.
2. Conoscere e/o riconoscere i muscoli del perineo.

3. *Ricerca il rinforzo selettivo della muscolatura "specializzata".*

4. *Favorire stili di vita salutari in una visione veramente olistica della salute.*

5. *Favorire una pluralità d'informazione, corretta e scientifica, che potrebbe comprendere anche un approccio derivante dalla Medicina Complementare Alternativa , per consentire una vera libertà di scelta."*

La Riabilitazione Perineale, in seguito ad un'accurata diagnosi, **rappresenta oramai sempre più spesso la prima scelta terapeutica** in quanto:

- di documentata efficacia (successo nell'80-95%)
- priva di effetti collaterali
- indolore
- non prevede assunzione di farmaci
- ripetibile
- personalizzata

È bene sottolineare che il trattamento riabilitativo è comunque un valido supporto perché **lascia al paziente una educazione ed una autonomia anche dopo la fine del trattamento** rendendolo consapevole dei corretti movimenti nelle attività quotidiane in modo da prevenire ricadute e nuove patologie.

Il **successo della terapia** è legato a diversi fattori. In primis all'impegno e alla collaborazione del paziente nell'eseguire la terapia, soprattutto quella domiciliare, di grande supporto durante il trattamento e fondamentale nel mantenere il risultato ottenuto al termine del ciclo terapeutico. Altro elemento importante è il terapeuta, il quale

deve farsi carico del paziente in toto cercando di impostare un programma terapeutico il più adeguato possibile. Questo programma deve prevedere non soltanto le varie tecniche combinate tra loro, ma un orientamento alla persona, senza dimenticare che non di rado dietro alla disfunzione si celano bisogni che appartengono alla sfera emotiva e psichica. La passione per l'uomo malato e la capacità di considerare il paziente come persona e non solo come un sintomo da trattare fa la differenza e rende possibile il successo della terapia.

*Fisioterapista c/o l'Ambulatorio Integrato di Riabilitazione colo-proctologica
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "S. De Bellis" Castellana Grotte (Ba)

BIBLIOGRAFIA

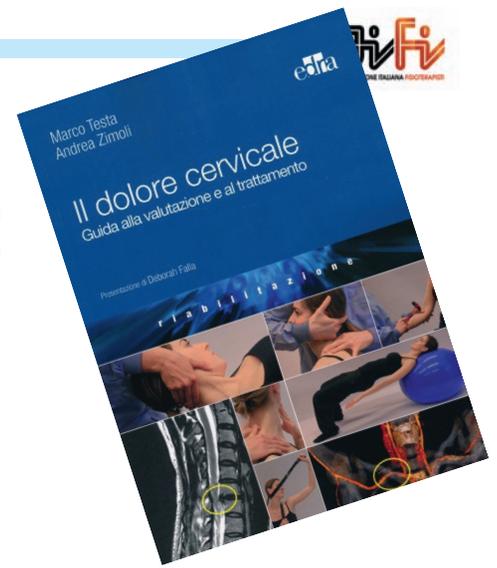
1. A. Bortolami "Riabilitazione del pavimento pelvico", Masson Ed.
2. A. Del Genio, L. Brusciano con la collaborazione di S. Sansone e dei pazienti " Riabilitazione del pavimento pelvico", Idelson-gnocchi Ed.
3. C. Paganotti e coll. " Ri-educazione perineale e coni vaginali, un approccio olistico al pavimento pelvico", e-book.
4. P. Di Benedetto "Riabilitazione uro-ginecologica", Minerva Ed.
5. A. Del Genio, L. Brusciano "Il pavimento pelvico: anno zero", Ed. Grafica Nappa.
6. C. Quondamcarlo, "Disfunzioni anorettali. Inquadramento diagnostico e principi terapeutici", Ed. Minerva Medica.
7. D. Giraud, G. Lamberti "Incontinenza urinaria femminile. Manuale per la riabilitazione", Ed. Edi Ermes.
8. V. Wiethaler, " Il pavimento pelvico. Come rivitalizzarlo e rinforzarlo", Ed. Morlacchi.
9. Kari Bo, Bary Berghmans, Marijke Van Kampen, Siv Morkved , " Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor .Bridging Science and Clinical Practice, Ed. Churchill Livingstone.

“IL DOLORE CERVICALE. GUIDA ALLA VALUTAZIONE E AL TRATTAMENTO”

di Testa Marco, Zimoli Andrea - Editore Edra

RECENSIONE DEL TESTO

Dott. Ft OMT Fabio Cataldi; Dott. Ft OMT Denis Pennella



La cervicalgia, insieme alla lombalgia, è la principale causa, tra i disturbi muscolo-scheletrici, che spinge il paziente a richiedere l'intervento del fisioterapista. Il distretto cervicale presenta una notevole ricchezza di strutture viscerali e nervose, costituendo la zona di transito delle vie nervose centrali per e dal resto del corpo, quelle periferiche per gli arti superiori, della vascolarizzazione del cranio e, per certi aspetti, degli arti superiori. È coinvolto, oltre che nelle funzioni di movimento, nella funzione dell'equilibrio, nella fonazione e nella masticazione e garantisce un supporto all'utilizzo efficace delle strutture sensoriali contenute nel cranio. Inoltre, le zone cranio-cervicale e facciale sono spesso il bersaglio “somatico” di profondi vissuti psicoemozionali dell'individuo, in particolare dei meccanismi legati allo stress.

Nonostante il disturbo cervicale costituisca una delle più frequenti e complesse categorie cliniche che il fisioterapista si trovi ad affrontare, l'argomento è stato oggetto di poca attenzione da parte dell'editoria specializzata. Sembra, infatti, che questo libro rappresenti la prima opera nel campo della Fisioterapia, scritta e pubblicata in lingua italiana: *Il dolore cervicale – Guida alla valutazione e al trattamento*, presenta una revisione approfondita delle ultime ricerche e della teoria sulla cervicalgia, facendo il punto sullo stato dell'arte nel trattamento dei disturbi cervicali. Questo testo descrive dettagliatamente argomenti quali la presentazione clinica dei diversi disturbi cervicali, le procedure di valutazione e trattamento, comprese le tecniche di terapia manuale e l'esercizio terapeutico. Inoltre, si accompagna al testo un'ampia selezione illustrata di casi clinici.

Nel progettare il volume, la priorità è stata la sua utilizzabilità nella pratica clinica quotidiana. Gli autori, quindi, sono stati coinvolti sulla base della loro esperienza clinica, della comune visione professionale fondata sulle prove di efficacia e

dell'attenzione alla centralità del paziente nel processo terapeutico. Il risultato è stato la formazione di un'equipe multidisciplinare di professionisti sanitari, molti dei quali uniscono all'esperienza clinica quella formativa, essendo gli autori collaboratori alla didattica del Master Universitario in Riabilitazione dei Disturbi Muscoloscheletrici dell'Università degli Studi di Genova.

L'adesione alla visione biopsicosociale proposta dall'*International Classification for Functioning* ha fortemente influenzato le procedure cliniche di valutazione e trattamento proposte, ma soprattutto ha spinto ad adottare uno stile quanto più possibile “narrativo” nella parte dedicata ai casi clinici.

Pur senza nulla togliere ai contenuti tecnico-professionali, è stato posto l'accento sulla relazione operatore-paziente, impostando lo stile in senso narrativo per facilitare quanto più possibile l'immedesimazione del lettore nelle situazioni con le quali si confronta giornalmente nella sua pratica professionale.

Il testo è suddiviso in quattro parti. La prima introduce gli aspetti rilevanti di anatomia funzionale del rachide cervicale e descrive l'utilità degli esami strumentali e delle bio-immagini per la diagnosi dei disturbi del rachide cervicale, soffermandosi sulla puntualizzazione dei segni e sintomi per la diagnosi differenziale con patologie di competenza non muscolo-scheletrica. Le persone affette da disturbi muscolo-scheletrici del distretto cervicale, oltre alle strutture sanitarie pubbliche, afferiscono sempre più frequentemente agli studi privati, ponendo l'esigenza, per il clinico, di apprendere un approccio valutativo accorto, in grado di individuare segni e sintomi rivelatori di disturbi che trascendono la competenza del fisioterapista. Pur trattandosi nella maggior parte dei casi di un disturbo benigno, in alcune situazioni il dolore cervicale può essere espressione di patologie non muscolo-scheletriche che richiedono un intervento medico-specialistico.

In queste situazioni la capacità del fisioterapista di identificare la patologia e inviare il paziente al medico competente può rivelarsi preziosa. Questa valutazione è il risultato di un complesso processo diagnostico di ragionamento clinico e presa di decisioni, risultato della valutazione delle informazioni ottenute dall'esame del paziente. Il risultato finale di questo complesso processo valutativo, sarà costituito dalla decisione terapeutica:

- trattare il paziente;
- trattare il paziente ed inviarlo dal medico;
- inviarlo direttamente al medico. In quest'ultimo caso, in base alla gravità della situazione clinica che affligge il paziente, si deciderà di contattare il medico direttamente o rilasciare una relazione con la quale il paziente si presenterà al medico.

Questo processo di raccolta di informazioni e di presa di decisioni, prende il nome di diagnosi differenziale.

E' essenziale ricordare che, in fisioterapia, la diagnosi differenziale mira non a identificare la patologia che sottende al quadro disfunzionale del paziente, ma a riconoscere quei sintomi e segni che identificano un disturbo non di pertinenza fisioterapica e che necessita della consulenza di un medico.

Utilizzare sistematicamente il processo di screening e diagnosi differenziale in fisioterapia, può drasticamente modificare, in positivo, il percorso terapeutico del paziente, riducendo il rischio di un trattamento controindicato ed evitando ritardi diagnostici.

Al gruppo di studio che si è occupato della stesura di questo testo fondamentale, in particolare come esperto di diagnosi differenziale e red flags, la regione Puglia ha il piacere ed il vanto di essere rappresentata dallo stimato collega, il dott. Filippo Maselli, già autore di diversi lavori scientifici indicizzati. Proseguendo, sono presentati i principali quadri clinici che interessano il distretto cervicale. Ampio spazio è dedicato alla cervicgia, nelle sue forme acute e cronica, che epidemiologicamente costituiscono la parte preponderante dei disturbi cervicali.

Due capitoli sono dedicati, rispettivamente, alla radicolopatia cervicale e alla cefalea cervicogenica, condizioni in cui il dolore delle strutture cervicali irradia o viene riferito a distretti anatomici contigui. Un altro capitolo affronta la clinica del colpo di frustra a approfondisce la classificazione dei disturbi

associati, fondamentale per la costruzione di un corretto approccio terapeutico. Infine, le strette connessioni tra il rachide cervicale, gli organi sensoriali e il sistema nervoso, vengono affrontate in specifici capitoli sulle alterazioni del controllo motorio e posturale, sul dolore oro-facciale e sulla mielopatia cervicale.

Il ragionamento clinico nel processo valutativo e in quello di costruzione del piano terapeutico, costituiscono il fulcro centrale della seconda e terza parte del libro.

In accordo alla funzione di "guida pratica" del testo, il lettore viene accompagnato attraverso il processo di ragionamento clinico che sottende alla raccolta anamnestica, alla formulazione delle ipotesi diagnostiche e alla scelta delle procedure di esame fisico necessarie ad escludere o confermare tali ipotesi. Il trattamento viene affrontato non come l' applicazione di protocolli orientati alla specifica patologia, ma come il risultato della scelta consapevole di strategie e tecniche, a valle di un rigoroso ragionamento clinico basato sulle caratteristiche biologiche, psicologiche e socio-ambientali del singolo paziente. La costruzione di un programma di trattamento specifico si avvale di tecniche articolari di mobilizzazione e manipolazione, di tecniche di trattamento muscolare e di progressioni di esercizio terapeutico orientate al recupero della forza, della resistenza e del controllo motorio. Tutte le tecniche manuali di valutazione, trattamento ed esercizio terapeutico orientate al recupero della forza, della resistenza e del controllo motorio. Tutte le tecniche manuali di valutazione, trattamento ed esercizio terapeutico sono orientate e descritte, attraverso una ricca documentazione fotografica, in tre capitoli dedicati, al fine di costituire un utile strumento di supporto clinico, facilmente consultabile, ove necessario, durante la pratica professionale.

Infine, nella quarta parte, viene narrato un quadro clinico per ogni quadro disfunzionale.

Pur mantenendo il rigore necessario a evidenziare i processi di ragionamento clinico orientati alla valutazione, al trattamento e alla scelta delle misure di out come, si è dato particolare risalto, anche a tramite lo stile della scrittura, alla relazione tra il fisioterapista ed il paziente.

Insomma, un testo la cui lettura, scorrevole ed immediata, affonda anche radici in una solidissima bibliografia che ne garantisce serietà, spessore ed evidenza.

Un must nella biblioteca dei colleghi che si occupano di disturbi muscolo-scheletrici.

IL RUOLO DELLA “CLINICAL EXPERTISE” NELLA EVIDENCE BASED PRACTICE IN FISIOTERAPIA

Dott. Mag. OMT Aldo Ciuro, fisioterapista*



Dei tre pilastri della Evidence Based Practice (EBP), l'expertise è certamente quello che viene meno studiato, analizzato e spesso bollato come sinonimo di esperienza... Niente di più impreciso!

Bene, dopo questa dichiarazione ad effetto, cercherò di fare chiarezza sul significato, ruolo e rilevanza della clinical expertise nel processo di Ragionamento Clinico e Clinical Decision Making del Fisioterapista...

Prima di tutto bisogna sapere che il termine expertise non appartiene esclusivamente al mondo della salute, ma è utilizzato anche nel contesto dell'arte. Si parla infatti di expertise di un'opera d'arte per indicare il fatto che la sua autenticità è stata certificata da un esperto¹. Chi rilascia una expertise è quindi una persona in grado di riconoscere l'autenticità di un'opera d'arte e, trasponendo il concetto nel nostro contesto, un Fisioterapista con adeguata clinical expertise è in grado di riconoscere e definire correttamente lo stato di salute di un paziente e di impostare il trattamento più appropriato. Per raggiungere queste capacità non basta certo la mera esperienza professionale legata essenzialmente al fattore temporale; da più tempo lavoro, più sono esperto e più clinical expertise acquisisco... No, questa equazione non funziona, non è la quantità di tempo a incidere in modo rilevante sulla expertise ma, a parità di tempo, è la qualità del lavoro a fare la differenza. Paradossalmente, un Fisioterapista può lavorare per 20 anni allo stesso modo sulla stessa tipologia di pazienti senza acquisire un briciolo di expertise in più rispetto al primo giorno di lavoro!

Secondo la definizione di David Sackett, il padre del movimento EBM, l'expertise è la risultante della esperienza professionale, della formazione e delle abilità cliniche² del Fisioterapista. Quindi certamente il tempo e l'esperienza diretta sul campo con i pazienti giocano un ruolo importante, ma senza la formazione professionale teorico-pratica, le abilità cliniche del Fisioterapista non possono crescere e, di conseguenza, non può essere raggiunto il livello ottimale di clinical expertise che contraddistingue un buon professionista.

Scendendo nel dettaglio, l'expertise non va intesa come un sinonimo di competenza professionale ma come una sua componente rilevante. La competenza professionale è la capacità di utilizzare la propria expertise (formazione, abilità cliniche ed esperienza professionale) e le proprie attitudini personali per identificare lo stato di salute del paziente ed individuare il trattamento più sicuro ed efficace. L'expertise è quindi la componente “esterna” della competenza professionale, quella parte variabile e dipendente da come e quanto un professionista lavora, si aggiorna e affina le sue abilità cliniche. L'attitudine personale rappresenta invece la componente “interna” della competenza professionale, rappresenta le qualità umane del singolo individuo che, a parità di expertise, rendono unico ogni professionista, ogni Fisioterapista.

Altro aspetto rilevante della clinical expertise è che rappresenta il pilastro trasversale della EBP rispetto alla “Best Evidence” e ai “Patient Values & Preferences” nel senso che influenza in modo rilevante la capacità del Fisioterapista

di cercare, valutare, analizzare e integrare le informazioni della letteratura e di riconoscere e integrare i valori e preferenze del paziente nella sua pratica clinica quotidiana. Questo vuol dire che a parità di informazioni derivanti dalla ricerca scientifica e di profilo di salute biopsicosociale del paziente, l'expertise rappresenta il fattore determinante, l'ago della bilancia, nel processo di Ragionamento Clinico e di Clinical Decision Making del Fisioterapista.

L'ultimo aspetto che voglio sottolineare con questo mio contributo è la variabilità del peso che i singoli pilastri della EBP hanno nella pratica clinica del Fisioterapista. Evidence, Expertise e Patient Values non hanno un peso equivalente e/o costante in tutti gli scenari clinici; le decisioni cliniche non vengono prese pesando sempre allo stesso modo il contributo dei tre pilastri ma, a seconda del singolo scenario clinico, ogni pilastro può costituire il fattore determinante. Non esiste una gerarchia preordinata che impone la supremazia della Evidence rispetto al Patient o rispetto alla Expertise o viceversa ma, ogni volta che ci si trova nella condizione di prendere una decisione clinica, la scelta può essere fatta sulla base di ognuno dei 3 pilastri. Quando ci si trova di fronte a forti evidenze di elevata qualità metodologica che ci dicono che un trattamento è particolarmente efficace e sicuro in un determinato quadro clinico, il peso della expertise e dei Patient Values è meno rilevante rispetto alla Evidence nella scelta del trattamento da proporre a quel tipo di pazienti.

Questo è il caso, per esempio, delle modalità di trattamento attivo (esercizio terapeutico ed educazione ad uno stile di vita attivo) nella gestione del mal di schiena rispetto a modalità passive (riposo, massaggi ed elettroterapia) dove le prove di efficacia a favore delle modalità attive³ sono schiaccianti e non è giustificato (ed etico) continuare a proporre modalità passive che non aggiungono nulla rispetto al decorso naturale del disturbo, solo perché fanno parte delle abitudini dei Fisioterapisti e dei pazienti. In altri scenari invece, possiamo avere prove di efficacia inconcludenti, nessuna indicazione da parte del paziente e una notevole expertise che, in questo caso ci guiderà nella scelta della procedura valutativa o terapeutica da proporre al paziente. Allo stesso modo ci si

potrebbe trovare di fronte ad uno scenario in cui Evidence ed Expertise non hanno un peso rilevante mentre le preferenze del paziente assumono un ruolo determinante nel processo di Decision Making.

Questa possibilità potrebbe accadere, per esempio, quando dobbiamo decidere se inserire o meno le manipolazioni vertebrali nel programma riabilitativo (basato su esercizio terapeutico ed educazione) di un paziente con mal di schiena cronico. Dal punto di vista dell'Evidence le manipolazioni vertebrali non hanno mostrato forti prove di efficacia o inefficacia nel mal di schiena cronico, quindi la decisione di utilizzarle dipende dal giudizio del Fisioterapista e dalle preferenze del paziente⁴. In base a questa premessa, se il paziente riferisce di aver avuto una esperienza pregressa positiva (o negativa) legata ad una manipolazione vertebrale, allora sarà proprio questa informazione a influenzare in modo definitivo la nostra scelta.

In conclusione la EBP non deve intendersi come basata esclusivamente sull'Evidence in quanto, nella maggior parte dei casi, a causa della carenza di prove di efficacia di elevata qualità metodologica, un approccio così rigido porterebbe alla paralisi decisionale. Affinché la EBP sia veramente utile nel processo di Ragionamento Clinico e Clinical Decision Making necessita di una integrazione costante e dinamica dei suoi tre pilastri fondamentali. In definitiva più che EVIDENCE, la pratica clinica del Fisioterapista dovrebbe essere sempre SMART BASED...

* Orthopaedic Manipulative Therapist (OMT)

Azienda Sanitaria Matera

Editor in Chief Scienza Riabilitativa Faculty Fondazione GIMBE - Docente Master Riabilitazione dei Disturbi Muscoloscheletrici Unige - Docente Master Fisioterapia applicata allo Sport Unisi

Bibliografia

Grande Dizionario Italiano di Gabrielli Aldo. Editore HOEPLI
Sackett, D. *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2nd edition.

Delitto et Al. Low Back Pain. *Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association*. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2012;42(4):A1-A57

Rubinstein et Al Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Jun;36(13):E825-6

LETTERATURA IN PILLOLE

Dott. Ft. Denis Pennella



Nella rubrica di questo numero abbiamo chiuso il cerchio con l'intervento del collega Aldo Ciuro, preceduto nei numeri scorsi da Filippo Maselli e Giuseppe Giovannico, che ci ha illustrato quale buona relazione debba avere il fisioterapista con gli elementi essenziali della sua "Buona" pratica clinica: l'evidenza scientifica ed il paziente. Prima di passare alla lettura delle pillole proposte questo mese, non ci stanchiamo mai di ricordare che la fisioterapia debba sempre basarsi sui 3 fondamentali pilastri della:

1. EBM
2. Clinical Expertise
3. Patient Value

... ed ora veniamo agli articoli selezionati...

Red flags o Red Herrings: qual è il reale peso dei segni e sintomi di allarme nella valutazione del paziente con lombalgia. "Scienza Riabilitativa" N°15(2) . Marco Delladio, Filippo Maselli, Marco Testa (2013)

La professione del fisioterapista, così come ogni altra professione sanitaria caratterizzata dall'accesso diretto del paziente, è sempre soggetta a ricadute medico-legali direttamente legate sia alla condotta terapeutica e sia all'eventuale "ritardo diagnostico" cagionato: ovvero la situazione in cui il fisioterapista si trovi nella condizione di non accorgersi che "segni e/o sintomi" potevano far supporre una patologia più grave, addirittura mortale, rispetto alla presentazione clinica osservata. Ecco che da anni oramai siamo quindi coadiuvati dalle cosiddette Bandiere Rosse (comunemente Red Flags) le quali rappresentano quei campanelli di allarme che ci tengono in allerta rispetto a patologie pericolose che richiederebbero un consulto medico specialistico; e che pur rappresentando un approccio fortemente raccomandato da numerose Linee Guida, continua a non far parte della pratica clinica quotidiana di molti professionisti. Ad ogni modo, quante volte si cade in errore, in tal senso? E quante volte invece non ci si accorge

che qualcosa di "grave" si nasconde? Le Red Flags non rappresentano un appiglio così sicuro come a volte siamo portati a pensare; e d'altra parte, spesso si rivelano delle Red Herrings, ovvero segni e sintomi che identifichiamo come caratteristici di patologia grave ma che invece si rivelano dei falsi allarmi. I costi sociali, economici e psicologici nella gestione erronea delle red flags possono lievitare enormemente se non correttamente utilizzate. D'altra parte quanto sono affidabili le Red Flags? Lo studio proposto (professional issue) prova a rispondere a queste domande, cercando di "localizzare le principali Red Flags da tenere assolutamente in considerazione durante la valutazione dei pazienti affetti da Low Back Pain. Ulteriore scopo dello studio è quello di evidenziare e quindi escludere le cosiddette Red Herrings, ...

La ricerca si prefigge inoltre, laddove fosse possibile, di vedere i livelli di sensibilità, specificità e Likelihood Ratio delle Red Flags rilevate, così da determinare la loro validità nell'individuazione di pericolose origini del dolore lombare". Attraverso una revisione di tutti gli studi relativi a patologia grave con presentazione tipica di LBP (purtroppo la letteratura non è ancora molto generosa in tal senso), sono stati incrociati i dati degli studi relativi a segni e sintomi definibili come Red Flags al fine di individuare quelli maggiormente "citati" in questa categoria di pazienti, classificandoli per patologia grave: Cancro, Compressione spinale maligna, Infezione, Frattura, Aneurisma Addominale Aortico, Patologie infiammatorie, Patologie viscerali, Sindrome della cauda equina, Patologia con interessamento neurologico, Radicolopatia da ernia del disco, Stenosi spinale ed anche un accenno alle Red Flags che comportano il ricorso all'imaging radiologico. Tutte le Linee Guida concordano nel consigliare vivamente l'utilizzo di questi segni e sintomi denominati Red Flag, ma lo studio in questione conclude che "...la validità di questa procedura ha ancora delle mancanze, e potrebbe non essere sufficiente a escludere l'esistenza di una patologia specifica o, al contrario, non ne assicura l'individuazione.... Tuttavia, oltre ad essere una condotta adeguata e raccomandata

da molti anni, essa è una responsabilità professionale del fisioterapista, il quale dovrebbe sempre fornire il miglior servizio possibile al paziente". In conclusione quali sono le Red Flags più "rappresentate", indipendentemente dalla patologia specifica?? - età superiore ai 50 anni, - inspiegata perdita di peso, - febbre o brividi, - assenza di miglioramento con il riposo a letto, - dolore notturno, - storia precedente di cancro, - trauma significativo. Un ringraziamento sentito va agli autori che hanno lavorato su questo strumento molto importante e del quale a volte se ne fa un uso poco consapevole.

Proponiamo ora i tre lavori presentati dalla rivista indicizzata *Manual Therapy*, questa volta accompagnati da tre rispettive domande e riflessioni, alle quali ci farebbe ricevere feed-back via mail o tramite i canali sociali di AIFI PUGLIA.

Manual Therapy Research Review, nell'edizione di Marzo 2014 punta il faro su tre problematiche che il terapeuta manuale deve fronteggiare quotidianamente e con i quali deve confrontarsi a spada tratta:

1. Dolore cervicale cronico
2. Radicolopatia cervicale
3. Mal di schiena

Supervised Exercise With and Without Spinal Manipulation Performs Similarly and Better Than Home Exercise for Chronic Neck Pain. *Spine 37 (11) 903-914 Evans R, Bronfort G, Schulz C, Maiers M, Bracha Y, Svendsen K, Grimm R, Garvey T and Transfeldt E (2012).*

Nel primo articolo, di Evans R et al., i confronti tra gli approcci multimodali proposti sono stati significativamente in favore di una gestione "controllata" dell'esercizio terapeutico proposto al paziente. Il risultato giustifica quello che siamo oramai abituati a considerare come fulcro del nostro trattamento nella cervicgia cronica: il paziente, i suoi valori, la gestione comune del problema. Tutti aspetti da considerare nel dolore cronico, di qualsiasi natura esso sia, per la comprensione del ruolo delle componenti centrali del dolore, sensoriale-discriminativo ed affettivo-emozionale (Melzack & Wall, 2003), che devono essere approcciate in modo appropriato. Ma quale peso diamo a questi aspetti nella

nostra pratica clinica?

Engquist M, Löfgren H, Öberg B, Holtz A, Pettersson A, Söderlund A, Vavruch L and Lind B (2012). Surgery Versus Nonsurgical Treatment of Cervical Radiculopathy: A Prospective, Randomized Study Comparing Surgery Plus Physiotherapy With Physiotherapy Alone With a 2-Year Follow-up. *Spine 38(20) 1715- 1722*

Il secondo lavoro, di Engquist M et al., affronta la storia naturale della radicolopatia cervicale di 32 pazienti trattati solo con fisioterapia rispetto alla storia clinica di 31 pazienti trattati con fisioterapia ed intervento chirurgico. Il merito di questo studio è stato di considerare un follow-up di 24 mesi che ha permesso di comprendere come le misure di outcome tendano a livellarsi nei due gruppi di trattamento sebbene la chirurgia sia correlata ad un miglioramento significativo nel breve termine. La domanda è: quando inviare il paziente, affetto da radicolopatia cervicale, dal neuro-chirurgo e quando invece proporre il trattamento conservativo?

Fritz J, Childs J, Wainner R and Flynn T (2012). Primary Care Referral of Patients With Low Back Pain to Physical Therapy. *Spine 37 (25) 2114 -2121*

Lo studio di coorte di Fritz et al. compara in circa 32mila pazienti, affetti da Low Back Pain, coloro i quali hanno avuto accesso immediato (entro 90 giorni) alla fisioterapia e coloro i quali hanno avuto un accesso ritardato, ponendo l'accento anche sulla questione economica. Sebbene la storia naturale del LBP suggerisca, come numerose linee guida affermano, che uno stile di vita attivo in presenza di un episodio acuto sia sufficiente (con le ovvie eccezioni di bandiere) dallo studio emerge che una consulenza immediata dal fisioterapista sia significativamente correlata con una diminuzione di successive visite specialistiche, terapie chirurgiche, iniezioni e terapie farmacologiche oltre che ad una diminuzione della spesa economica per il paziente stesso. Ma sorge spontanea una domanda: quale preparazione di base dovrebbe possedere il fisioterapista che oggi, in Italia, riceve il paziente in accesso diretto, per confermare il trend dei risultati dello studio in questione?

Lasciamo i lettori ad una appassionata lettura

elettromedicali e
attrezzature per la
**fisioterapia
d'eccellenza**

medicalcalò

da 27 anni con Voi



Perchè Medical Fitness?

Nell'ultimo decennio il Medica si è evoluto nella consapevolezza che **molte patologie**, anche di natura cronica, **sono legate all'inattività motoria**.

Nello stesso periodo il mondo fitness si è altrettanto evoluto e concetti come quelli di forza e resistenza si sono integrati con altri di natura più medica come **postura, percezione, controllo**. Due facce della stessa medaglia, due mondi in passato distanti che ora si tendono la mano.

Il Medical Fitness rappresenta il ponte tra questi due mondi e TecnoBody in questi anni vi accompagnerà in questo percorso.

La Postura

La postura è **alla base del nostro benessere** fisico, sinonimo di equilibrio e bilanciamento delle forze.



Quando questo delicato equilibrio si altera per molteplici fattori legati prevalentemente al nostro stile di vita, spesso degenera in patologia.

Anche il concetto di Postura si è evoluto passando da un'immagine prevalentemente statica ad una più dinamica.

La postura, quindi, condiziona tutta la nostra attività fisica e in un corretto percorso di Medical Fitness è necessario valutarla ed allenarla.

Tutto questo oggi è possibile.



The Postural Line®



EGO WELLNESS
LUCCA - ITALY



SPORTPIÙ
BERGAMO - ITALY



LAMAR LOWERY AKADEMIE
BUSECK - GERMANY



FRANCESCO SINELLI MEDICAL FITNESS CENTER
CREMONA - ITALY



Venite a trovarci ad EXPOSANITA'

Bologna 21-24 Maggio 2014
Pad. 22 Stand C19



www.medicalcalo.it

Tel. +39 080.30.23.188

SEGUICI ON LINE
E PARTECIPA A
CORSI ED EVENTI

MALATTIE REUMATICHE: QUALI OBIETTIVI RIABILITATIVI?

Dott.mag. Anna Sergio*



Si definiscono malattie reumatiche o reumatismi le condizioni morbose che determinano disturbi e/o danni a carico dell'apparato locomotore e anche a carico dei tessuti connettivi di tutto l'organismo.

Già nell'antica Grecia, il grande medico Ippocrate (460-377 a.C.) aveva individuato con buona precisione almeno un paio di malattie reumatiche, ossia il reumatismo articolare acuto e la gotta. Nell'epoca bizantina venivano denominate malattie dei diplomatici perchè la causa della disabilità si adduceva allo stress segnato dagli spostamenti per lavoro o per altri motivi. Oggi le malattie reumatiche individuate sono più di cento e tutte molto diverse tra loro sia per la sintomatologia che per i segni con cui si presenta la malattia. L'elemento essenziale che però le accomuna tutte è l'impegno articolare, i cui sintomi prevalenti sono il dolore di diversa entità e la ridotta capacità funzionale dell'articolazione stessa. Ma anche altre strutture periarticolari come i tendini, i legamenti, i muscoli ed altri organi ed apparati possono essere interessati a seconda della diversa malattia reumatica.

Si comprende quindi il perché un'artralgia o una mialgia isolate non possano portare all'elaborazione di una diagnosi, tanto più che questo tipo di dolori possono essere presenti anche in altre malattie non reumatiche. Ed inoltre si capisce perché la parola "reumatismo" come uni-

ca definizione assume scarso significato ai fini diagnostici.

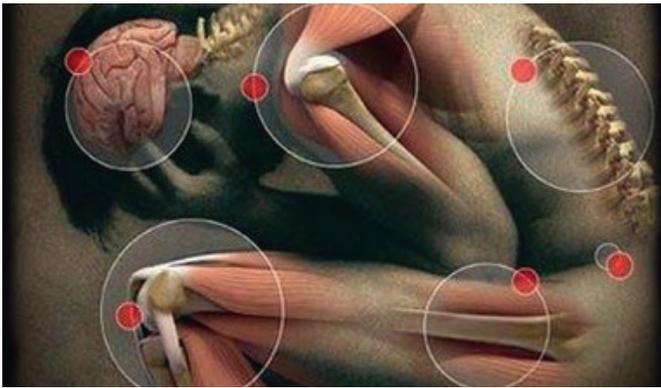
In Europa, le malattie reumatiche colpiscono milioni di persone. In Italia, il rapporto Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" rileva che le persone che dichiarano di soffrire di una malattia cronica sono circa il 47% (50,9% delle donne e 43% degli uomini). Tra queste, le artriti sono le malattie più frequentemente dichiarate (oltre il 18 %, con un 22,8% tra le donne e 13,6% tra gli uomini). Secondo i dati proposti dall'Associazione nazionale malati reumatici, in Italia ci sono oltre 5 milioni di persone affette da questa condizione, circa il 10% della popolazione.

Le malattie reumatiche possono comparire a qualunque età, ma per la maggior parte interessano adulti e anziani.

I processi patologici che sostengono le malattie reumatiche sono molto vari: degenerativi, infiammatori, dismetabolici, ecc., e a loro volta sono prodotti da varie cause (per es. agenti infettivi) e/o meccanismi patogenetici (per es. disordini immunitari). Tuttavia, non sempre si riesce a trovare, accanto ai disturbi lamentati dal malato, una qualsiasi lesione, per cui vanno anche in questo campo considerati meccanismi psicogeni o psicosomatici.

L'eziologia di gran parte delle malattie reumatiche è in larga parte sconosciuta, mentre la patogenesi risulta più documentata e sottolinea sempre più il ruolo dell'autoimmunità, dimo-





strato nella grande maggioranza dei reumatici infiammatori.

Le malattie reumatiche possono avere un decorso molto variabile ma prevalentemente si tratta di un andamento evolutivo cronico, motivo per cui sovente esitano in uno stato di disabilità.

Le modalità di comparsa sono diverse: possono comparire all'improvviso ed in maniera acuta, oppure il loro esordio può essere più lieve, insidioso e lento nel corso del tempo.

Sebbene in termini generali la prognosi quad vitam sia complessivamente buona, nelle forme sistemiche è ancora delicata, anche se notevolmente migliorata rispetto a qualche decennio fa. La ricerca infatti ha compiuto, nel corso degli ultimi anni, grandi passi avanti per cercare di capire meglio il processo patogenetico alla base di questo gruppo di malattie, e ciò ha rivestito un'enorme importanza anche ai fini terapeutici, permettendo di ottenere buoni risultati, benché solo di rado risolutivi.

Parte fondamentale della terapia nella maggior parte delle malattie reumatiche è la riabilitazione come approccio globale e personalizzato, che oltre alla terapia farmacologica, mette in campo tutti i provvedimenti necessari a ripristinare la funzionalità e a contrastare l'evoluzione della disabilità e dell'handicap, e quindi a migliorare la qualità della vita del paziente stesso. L'approccio globale, che guarda prima al malato e successivamente alla malattia, permette di utilizzare nuove strategie di cura tenendo conto degli aspetti psico-relazionali, familiari e personali che attraverso discipline quali l'Economia Articolare e l'Educazione Gestuale mirano a ridurre il sovraccarico delle articolazioni, a prevenire i danni ed i deterioramenti articolari spesso causati dalla cronicità delle malattie. La costituzione di un programma riabilitativo pre-

suppone la stretta conoscenza delle diverse patologie reumatiche e degli stati anatomico-funzionali che le caratterizzano; esso è la risultante di scelte preordinate e coordinate e prevede un piano di intervento mirato a:

- Prevenire le deformazioni articolari e i deficit funzionali
- Compensare e facilitare i gesti quotidiani di difficile attuazione
- Individuare gli ausili tecnici necessari e personalizzati
- Rieducare la postura con corretti schemi corporei e motori
- Incrementare le ADL per raggiungere maggiore autonomia con il minimo sforzo e il massimo dei risultati.

La sofferenza fisica è un'esperienza emotiva del tutto soggettiva che condiziona e modifica i comportamenti e rende il pz. inabile sia fisicamente che emotivamente.

Parallelamente alla terapia farmacologica l'intervento riabilitativo quasi sempre rappresenta nei malati reumatici una vera cura non solo per il corpo ma anche per la mente.

** Fisioterapista c/o Ambulatorio di Kinesiterapia ed Economia Articolare Reumatologia Universitaria Policlinico di Bari.*

Bibliografia

- Barreca C.: Economia articolare e rieducazione gestuale: un salto di qualità nella prevenzione dell'handicap nei pazienti con artrite reumatoide. Artrite e reumatismi, 2000.
- Carcassi U.: Trattato di reumatologia. Seu, Roma, 1993.
- Clarke A., Allard L., Braylorooks B.: La riabilitazione in reumatologia. Ed. It. a cura di: Boccardi S., McGraw-Hill, Milano, 1989.
- Marcolongo R., Biasi G.,: Il problema delle malattie reumatiche., documenti scientifici ricordati, Milano, 1989.
- Mele G., Pedersoli G., Russi F.: Aspetti riabilitativi dell'artrite reumatoide. Quando e quale fisioterapia? Artrite e reumatismi, 2001.
- Pierguiquin L., André J.M., Farcy P.: Ergoterapia. Ed. it. a cura di: Morosini M., Masson, Milano, 1982.
- Rucco V., Zucchi A.: La valutazione del paziente con patologia reumatologica. 1ª parte aspetti teorici. Gior. Ital. Med. Riab., 1990.
- Salaffi F., Franchignoni F.: La disabilità in reumatologia: scale di valutazione. Abstracts atti congresso nazionale. Approccio clinico e riabilitativo in reumatologia, 2001.
- Sergio A., Monaco M.W.: Programma educativo per la mano reumatoide. Numero monografico della rivista "il fisioterapista", fascicolo 1, Gennaio - Febbraio 2004.

CHIRURGIA DEL LINFEDEMA: Lymph Nodes Transfer

Dott.ssa Ft. Debora Pentassuglia

Il linfedema è definito come un accumulo anomalo di liquido interstiziale ricco di proteine. Questo può derivare da un'asportazione chirurgica di linfonodi oppure da un loro cattivo funzionamento: in relazione alla genesi si distinguono *linfedemi primitivi* cioè congeniti, oppure *secondari* a interventi chirurgici. La riduzione del drenaggio linfatico si associa a un processo infiammatorio cronico che stabilisce pertanto una condizione patologica con cui il paziente convive per tutta la vita. Vengono interessati perlopiù gli arti e questo incide notevolmente la qualità di vita delle persone.

Le linee guida internazionali riconoscono valida la terapia combinata costituita da: Drenaggio Linfatico Manuale, bendaggio linfoflogico ed esercizio terapeutico. In tal modo è possibile "governare" il linfedema fino a che si raggiunge la riduzione volumetrica ottimale per l'arto in trattamento e, con il confezionamento di una guaina di contenzione elastica si mantengono i risultati ottenuti con il trattamento.

Ma questo non è abbastanza. Esistono dei casi in cui la Terapia combinata per il trattamento del linfedema non ottiene buoni risultati: è qui che si inserisce la possibilità chirurgica dell'autotrapianto linfonodale.

Al 24° Congresso della International Society of Lymphedema, svoltosi a Roma 16-20 settembre 2013, numerose sono state le proposte di chirurghi provenienti da tutto il mondo. Ma quello da tener presente è la consistenza dei risultati a lungo termine. La dott.ssa Corinne Becker ha trionfalmente esposto i suoi follow up fino a 8 anni dopo l'intervento di *transfert linfonodale* che dimostrano alla IRM (Resonance Magnetic Imaging) non solo una riduzione del linfedema, ma anche la neoangiogenesi linfatica.



Lymphoedème post-hystérectomie élargie avec radiothérapie. Résultats à deux ans ; les ganglions greffés captent les isotopes

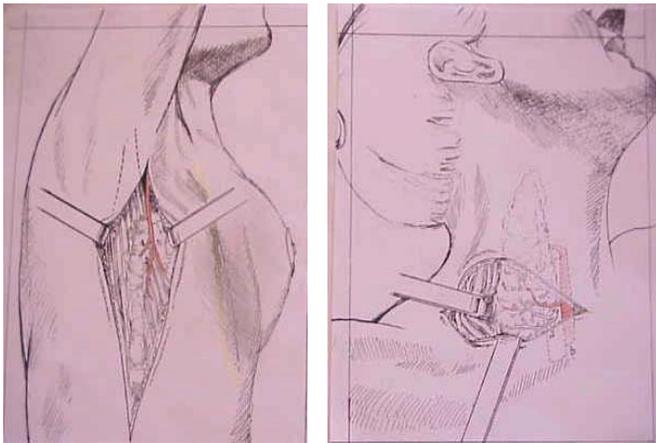
Fonte: Becker C. (2008). *Traitements actuels des lymphoedèmes Perspectives, e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 7(1), pp. 55-64

L'intervento consiste nel trapianto autologo di un lembo contenente linfonodi immersi nel tessuto adiposo che è vitale per la loro esistenza. Questo lembo viene innestato nella sede in cui i linfonodi mancano o sono mal funzionanti. Sono state individuate tre zone donatrici: il lembo laterocervicale, quello dorsale e quello inguinale.



Se si dovesse intervenire per un linfedema di arto inferiore, ad esempio, si preleverebbe il lembo donatore dalla zona dorsale per poi innestarlo nella zona inguinale controlaterale. È dimostrato che soltanto nel 2% dei casi può





Lambeau inguinal base sur les vaisseaux circonflexes iliaques supérieures; Lambeau cervical; Lam

Fonte: Becker C. (2008). *Traitements actuels des lymphoedèmes Perspectives, e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 7(1), pp. 55-64.

instaurarsi un lieve edema nella zona donatrice; ad ogni modo vengono prelevati un massimo di tre/quattro linfonodi proprio al fine di non creare scompensi. Il tessuto adiposo costituisce il tassello indispensabile per l'avvio della neoangiogenesi linfatica a partire proprio dal lembo appena trapiantato. Questo non solo consente il riassorbimento della linfa in eccesso già presente, ma permette l'instaurarsi di un nuovo equilibrio che sarà duraturo nel tempo ed è costituito da nuovi vasi linfatici. I pazienti che si sottopongono a tale intervento devono seguire una riabilitazione seria e quotidiana che il chirurgo prescrive in sede di dimissione. Dopo un periodo di trattamento intensivo, la "dipendenza" dal fisioterapista diventa soltanto un "piacevole" ricordo.

L'autotrapianto linfonodale trova indicazione anche in modalità preventiva. L'approccio al paziente oncologico sta vedendo il connubio fra la chirurgia demolitiva oncologica e quella conservativa/ricostruttiva plastica. Alla luce di ciò la dott.ssa Becker, presso la Clinique Jovenet a Parigi, esegue questo intervento nei casi in cui è necessario asportare la mammella per carcinoma. Nella stessa seduta operatoria, dopo l'asportazione oncologica viene eseguita una ricostruzione mammaria con lembo grasso addominale, ricco di tessuto adiposo per il ripristino del volume della mammella e di linfonodi per evitare l'instaurarsi del linfedema di arto superiore. La chirurgia ricostruttiva non è una novità, ma agire in modo tale da prevenire delle complicanze lo è.

Qualunque persona abbiamo di fronte, il nostro obiettivo deve essere sempre fornire il miglior livello di autonomia possibile: ogni specialista studia il compromesso più adatto con il paziente, perché soltanto insieme è possibile trovare la strada più vicina all'autonomia della persona.



Foto:

Pz con linfedema primitivo arto inferiore destro. Prima dell'intervento di autotrapianto linfonodale e dopo 7 mesi.

Bibliografia

- Becker C. (2008). *Traitements actuels des lymphoedèmes Perspectives, e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 7 (1) : 55-64
- Becker C., Germain M., Riquet M. (2012). Reconstruction simultanée du sein avec traitement du lymphoedème par transplant microchirurgical, *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 11(1), pp. 17-21.
- Becker C., Germain M. (2011). Histoire de la chirurgie lymphatique. History of the lymphatic surgery, *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 10(4), pp. 1-5.
- Becker C., Minh Pham D.N., Assouad J., Badia A., Foucault C., Riquet M. (2008). Postmastectomy neuropathic pain: Results of microsurgical lymph nodes transplantation, *The Breast* 17 (2008) 472e476.
- Fanzio P., Singhal D., Becker C. (2012). Combined radical excision and free microsurgical lymph node transfer for treatment of lower extremity lymphedema, *European Journal of Plastic Surgery*, 35, pp. 565-568.
- Giardini D., Respizzi S. (2000). *Drenaggio Linfatico Manuale e terapia elastocompressiva*. Edi-ermes.



NUOVI RUOLI E RESPONSABILITA' DEL FISIOTERAPISTA: QUALI PROSPETTIVE PER VALORIZZARE LA PROFESSIONE NELLA NOSTRA REGIONE.

Evento formativo AIFI - associazione italiana fisioterapisti – regione Puglia
17 maggio 2014

Congresso Regionale
HOTEL EXCELSIOR VIA G. PETRONI 15, BARI



Richiesto Patrocinio
alla Presidenza del
Consiglio Regione
Puglia

PROGRAMMA

- 08,00 – 08,30** *registrazione partecipanti*
- 08,30 – 09,00** *saluto delle Autorità - dr. Onofrio INTRONA (presidente Consiglio Regionale Puglia), dr. Elena GENTILE (assessore sanità), dr. Vincenzo GIGANTELLI (direttore di distretto ASL 12), dott. Antonio BORTONE (presidente nazionale AIFI), dott. Fabio Domenico MAZZEO (presidente regionale AIFI PUGLIA)*
- 09,00 – 09,30** *"nuovi ruoli e responsabilità delle professioni sanitarie nei percorsi innovativi della sanità: dall'ICT alla governance dell'appropriatezza clinica" – dott. A. BORTONE*
- 09,30 – 10,00** *"la professione del FT: deontologia e norme, responsabilità civile e penale alla luce della legge Balduzzi" – dott. F. D. MAZZEO*
- 10,00 – 10,30** *"l'accreditamento diretto del FT: stato dell'arte in regione Puglia e prospettive future. L'esperienza delle altre regioni" – dott. S. GUERRIERI*
- 10,30 – 11,00** *pausa caffè*
- 11,00 – 11,30** *"il ruolo del distretto sanitario per garantire prestazioni riabilitative efficaci ed efficienti" – dr. V. GIGANTELLI*
- 11,30 – 14,00** *"accreditamento diretto del FT e libera professione intra-moenia come leva strategica di miglioramento della qualità delle prestazioni e riduzione della spesa: i punti di vista" – tavola rotonda*
- 14,00 – 15,00** *pausa pranzo*

ASSEMBLEA REGIONALE AIFI PUGLIA

- 15,00 – 16,00** *premio regionale "MIGLIOR TESI IN FISIOTERAPIA" AIFI Puglia, edizione 2014*
- 16,00 – 16,30** *bilancio consuntivo 2013 e preventivo 2014 AIFI Puglia – dott. E. D'AMATO*
- 16,30 – 17,00** *relazione del Collegio dei Revisori dei Conti e votazione del bilancio*
- 17,00 – 18,00** *votazioni AIFI e USIFI*

CREDITI ECM PREVISTI (SOLO SOCI AIFI): 5,3 NUMERO PARTECIPANTI: 150 EVENTO GRATUITO PER I FISIOTERAPISTI

ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI – REGIONE PUGLIA
C.P. 386 UFF. POSTALE BARI SUCC. 1 P.ZZA UMBERTO I, 33/A – 70121 BARI – TEL 3931039706 FAX 0802220978

WWW.AIFIPUGLIA.IT – INFO@AIFIPUGLIA.IT – AIFIPUGLIA@VIRGILIO.IT

