



fisioterapisti

LA NOSTRA VOCE Puglia

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti
Regione Puglia n. 55 (4° Trimestre 2015) - 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



#passionefisioterapia

L'AMORE PER LA PROFESSIONE

*“amore ...non è altro che unimento spirituale de l'anima e de la cosa amata”
(D. Alighieri)*



È importante parlare di amore per una Professione Sanitaria come quella della Fisioterapia?

Dante Alighieri, parla di unione dell'anima con la cosa amata... la fisioterapia.

Il rapporto che si instaura, con la relazione di aiuto, tra terapeuta e utente lo rende utile al recupero delle funzioni lese. La nostra esperienza professionale ci permette di capire come un utente coinvolto nel processo di recupero riesca a recuperare meglio di uno che lo subisce passivamente.

Amare la propria professione non è un atto di fede, serve per comprendere come l'importanza del nostro atto terapeutico possa dare giovamento alla persona.

Amare la propria professione significa trasmettere all'utente la forza positiva che questo sentimento genera, perché spesso le nostre cure si prolungano in molti incontri e le prestazioni erogate non durano così poco quanto la somministrazione di un farmaco. L'abilità del fisioterapista deve evidenziarsi creando la complicità terapeutica per giungere verso i migliori risultati possibili.

Amare la propria professione permette di comprendere il cittadino che si affida ad uno specialista, il quale lo prenderà in cura, offrendogli tutta la competenza tecnico-scientifica, che deve essere aggiornata continuamente.

Amare la propria professione significa essere felicemente obbligati ad approfondire le proprie competenze, perché non si può amare senza avere il dubbio che un nostro gesto, terapeutico, possa provocare danno alle persone che si affidano alle nostre cure. L'arte del sapere professionale è fondamentale per guidare la prestazione sanitaria.

L'indispensabile conoscenza scientifica nella nostra professione non può essere privata dall'interiorizzazione delle basi sulle quali costruire la personale specializzazione.

Conoscere ed accettare il Codice Deontologico, che elenca i doveri che il fisioterapista deve accettare per esercitare la professione, è ineludibile! Non a caso uno dei primi doveri elencati, all'interno del titolo II del codice, parla dei diritti fondamentali della persona umana, una sua rilettura non fa male. E' disponibile sul sito www.aifipuglia.it

Un fisioterapista che ama la sua professione deve avere un'attitudine all'aiuto empatico, che significa possedere le capacità di capire, sentire e condividere i bisogni della persona, che si manifestano nella ricerca comune di procurargli quello che manca.

L'empatia è un processo di identificazione temporaneo mediante il quale si può "essere dalla parte dell'altro", osservandolo e ascoltandolo, e cercando di mettersi nei suoi panni.

Un Fisioterapista che ama la sua professione, deve utilizzare la relazione di aiuto che si stabilisce tra lui e l'utente che nasce dalle richieste di soccorso di quest'ultimo. In questa relazione l'utente è portatore di bisogni mentre il terapeuta sarà il detentore delle risposte; e dunque, se i bisogni non saranno compresi dal terapeuta che quindi non saprà fornire le risposte idonee al suo paziente, o nel caso in cui non sarà in grado di spiegarle, codesta situazione renderà ostico l'instaurarsi della relazione, ragion per cui tutte le conoscenze tecnico-scientifiche della nostra formazione non saranno idonee al benessere delle persone.

Amare la nostra nobile professione ci deve far comprendere, nel nostro profondo, che ciò che oggi facciamo per l'utente nasce da un processo di identificazione. Se fossimo nei suoi panni vorremmo essere aiutati, così scatta in noi il gesto d'aiuto. Oggi a te, domani a me.

Il Presidente
Dott. FT. Eugenio D'Amato

AIFI PUGLIA... QUANDO LA PROFESSIONE SI MESCOLO CON IL FASCINO DELLA PASSIONE



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



Ebbene Sì, siamo **500 iscritti in Puglia** ... risultato raggiunto grazie a tutti i Professionisti e Studenti che credono incondizionatamente in ciò che fanno, ad un Webmaster che ci guida silenziosamente e rispettosamente durante la procedura di iscrizione, e cura la gestione del sito web regionale, un gruppo di Dirigenti Associativi e uno Staff Segreteria Regionale, Mario e Raffaele, che lavora quotidianamente per rispondere a qualunque esigenza dei soci e sostiene il Segretario Regionale in tutti i progetti ed iniziative.

Ma veniamo a noi ... quante domande, quanti perché, quanti dubbi caratterizzano un'iscrizione ed adesione all'associazione!

L'Associazione Italiana Fisioterapisti, è l'associazione di categoria dei "Fisioterapisti", così come definiti dal D.M. n.741 del 14/09/1994 e dalle successive norme relative al suddetto profilo professionale, con il Decreto Ministeriale 28/07/2014, il Ministero della Salute ha riconosciuto solo a noi il ruolo di Associazione maggiormente rappresentativa a livello nazionale per le Professioni Sanitarie della Riabilitazione per la categoria dei Fisioterapisti.

Alla data del 30 novembre 2015, risultano iscritti in tutte le regioni italiane 9611 soci, di cui 8018 soci ordinari, 742 partecipanti studenti, 851 promozioni ovvero neolaureati; nella nostra regione siamo in 500 tra soci ordinari (pari al 69%), partecipanti studenti (pari al 22%) e neolaureati (pari al 9%); dall'analisi dei dati quelli più interessanti riguardano il tipo d'impiego, nel quale si rileva che all'atto dell'iscrizione al portale www.aifi.net, il 4,79% dei soci ordinari, a livello nazionale, dichiara di essere disoccupato, mentre il dato regionale, su cui andrebbero fatte delle riflessioni a parte, corrisponde al 16,12%.

La maggior parte dei soci ordinari si registra come libero professionista (c/o studio associato, domiciliare, studio proprio, presso altro), il

71,94% a livello nazionale, il 52,57% a livello regionale.

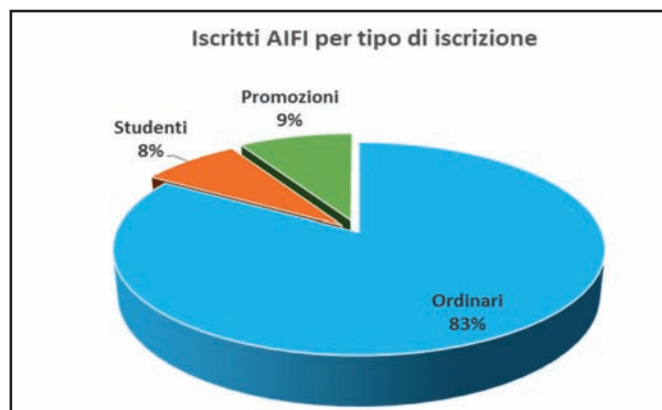


Grafico 1
Iscritti AIFI suddivisi per tipo di iscrizione

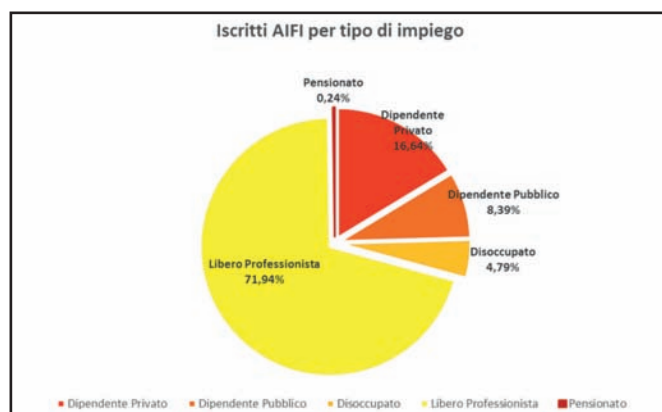


Grafico 2
Iscritti AIFI suddivisi per tipo di impiego

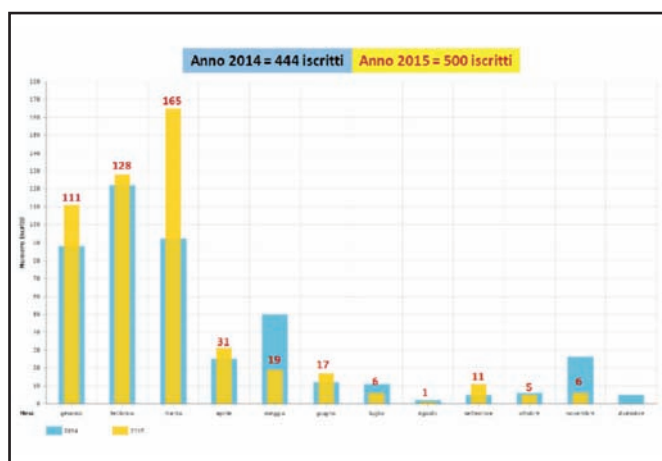


Grafico 3
Iscritti AIFI Puglia anno 2014-2015

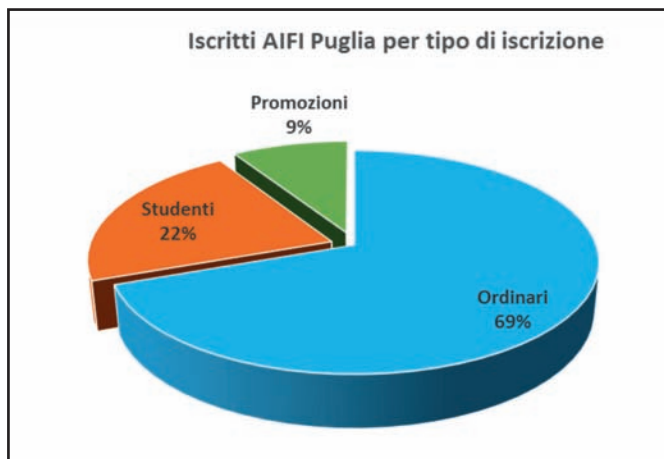


Grafico 4
Iscritti AIFI Puglia suddivisi per tipo di iscrizione

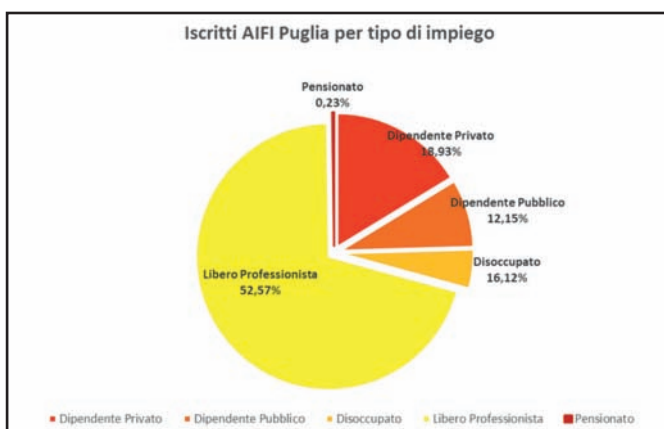


Grafico 5
Iscritti AIFI Puglia suddivisi per tipo di impiego

Questo dato numericamente così rilevante ha portato alla realizzazione di un opuscolo dal titolo “Guida per fisioterapisti all’esercizio della Libera Professione” a cura del Vicepresidente Regionale Fabio Domenico Mazzeo e del Resp. Libera Professione Debora Pentassuglia, di un “Kit Essenziale” composto grazie alla sinergia di più Uffici Nazionali e vari collaborazioni regionali, contenente una serie di documenti essenziali per lavorare nel rispetto delle normative vigenti in materia di privacy, consenso informato e raccolta dei dati sensibili e di un’area dedicata agli utenti (familiari, pazienti, medici, associazioni di categoria, cittadini, ecc.) sul sito web regionale “Cerca un fisioterapista libero professionista” che permette di ricercare un fisioterapista libero professionista, tra quelli regolarmente iscritti all’AIFI, per cognome e provincia di appartenenza.

A tal proposito, è importante, per il professionista che desidera una maggiore visibilità legata al territorio, aderire e registrarsi su <http://fisioterapisti.biz/> (servizio gratuito), compilare la scheda professionale con informazioni riguardo a specializzazioni e terapie riabilitative.



Altresì, qualora fosse interessato, può inoltrare richiesta per la *concessione, per il proprio uso individuale ed ai fini di una corretta informazione per i Cittadini, dell’uso della denominazione e del logo associativi* (Regolamento approvato dalla Direzione Nazionale il 08/11/2009), secondo le modalità previste ed in accordo con le disposizioni ed i regolamenti che disciplinano la pubblicità sanitaria, per l’utilizzo su targa murale, carta intestata, biglietti da visita, sito web, impegnandosi a limitare l’utilizzo del logo esclusivamente al periodo di iscrizione all’Associazione.

A.I.FI., inoltre, può concedere il *patrocinio rispetto ad iniziative promosse da altri soggetti, nonché l’adesione ad enti ed organismi*, che abbiano particolare rilevanza e siano di specifico interesse per la professione (Regolamento approvato in Direzione Nazionale il 03/06/2012), in riferimento a quanto riportato A.I.FI. Puglia si riserva di concedere la *collaborazione a soggetti esterni all’Associazione, quali Società/Ente/Associazione/Sindacato per iniziative regionali* ritenute meritevoli per le finalità di promozione della professione, nonché per la validità sociale, culturale e scientifica dei temi proposti (congressi, seminari, workshop, iniziative aperte al pubblico, ecc.).

Oltre a quanto già detto, l’associazione persevera quotidianamente a tutelare la nostra professione collaborando e mantenendo rapporti con Istituzioni ed enti pubblici e privati, organismi scientifici, organizzazioni sindacali, associazioni dei cittadini, NAS dei Carabinieri, ASL della Regione Puglia e Guardia di Finanza, a cui A.I.FI. Puglia, per contrastare ogni forma

di abusivismo, ha consegnato brevi manu, un dossier informativo realizzato dal Delegato Uff. Giuridico Fabio Domenico Mazzeo sui “*Titoli abilitanti all’esercizio della professione di fisioterapista*” correlato di un modulo di segnalazione sospetto abusivismo fisioterapico.

Tra i vari obiettivi prioritari AIFI Puglia, si prefigge di collaborare anche con le Università di Foggia e Bari, compresi il Polo Universitario di Taranto e Brindisi, promuovendo un percorso formativo finalizzato ad integrare i percorsi didattici con esperienze di formazione professionalizzante, in aggiunta, ma non meno importante, partecipa come componente della commissione giudicatrice degli esami finali di Laurea (n.2 rappresentanti nominati dal presidente regionale), così come stabilito dal Comma 4, Art.7 del D.I. MIUR –MLSPS del 19/02/2009. A tal fine, per evitare il ripetersi di alcune criticità che di volta in volta sono state riscontrate nel corso dello svolgimento della prova finale, il Resp. Regionale Formazione Universitaria Francesco Savino ha creato un “*Regolamento Regionale per i commissari di laurea*” con finalità, modalità e sistema di valutazione della prova, ricordando che, oltre ai vari compiti dei commissari AIFI di controllo e rispetto dei regolamenti, importante sarà anche la funzione “politica” di collaborazione e di avvicinamento alle istituzioni universitarie.

In riferimento alla formazione post-laurea, AIFI organizza, promuove eventi formativi ECM, mette a disposizione dei propri soci un ulteriore servizio, quale inserire, anche direttamente, nella banca dati del Co.Ge. A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafiche Professioni Sanitarie), che registra i crediti ECM, eventuali esoneri, esenzioni, tutoraggi e pubblicazioni dei soci che ne faranno richiesta (Determina della CNFC del 17 luglio 2013 Esoneri, Esenzioni, Tutoraggio Individuale, Formazione all’estero, Autoapprendimento, Modalità di registrazione e Certificazione). Il *Servizio di Certificazione ECM* da parte di AIFI era già attivo tramite accesso diretto al sito del Co.Ge.A.P.S., ora sarà possibile richiederlo anche direttamente alla segreteria AIFI.

Ancora i soci possono visionare, scaricare sul sito nazionale e soprattutto pubblicare su *Scienza Riabilitativa*, rivista scientifica dell’AIFI, che

dal 2006 è indicizzata su CINAHL, dal 2008 è consultabile presso la British Library e dal 2009 è sul database della casa editrice americana Gale Cengage Learning. L’indicizzazione su database internazionali non costituisce semplicemente un aspetto formale o di prestigio per la nostra rivista scientifica, ma è assolutamente sostanziale. E’ possibile scrivere anche sul nostro Periodico Trimestrale “*Fisioterapisti di Puglia – La Nostra Voce*”, dove la possibilità di scrivere non è preclusa a nessuno, previo rispetto dei principi di pubblicazione stabiliti nel Regolamento approvato e consultabile sul sito regionale.

Al termine di questo lavoro, non so voi colleghi, ma noi non abbiamo dubbi, è importante il rinnovo associativo, fondamentale contribuire e collaborare all’attività associativa nel rispetto di noi stessi e della nostra professione perché, come insegna un proverbio cinese “**Nessuno è così piccolo da non avere una idea; Nessuno è così grande da poterla realizzare da solo**”.

Non esitate a visitare il sito web, la pagina facebook, twitter regionale e nazionale ed a contattarci telefonicamente o tramite e-mail ogni qualvolta lo ritenete necessario.

Segreteria Redazionale:

A.I.FI. - Puglia

Casella Postale 386

Piazza Umberto I, 33/A - 70121- BARI

Direttore Responsabile: **Marco Cordella**

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

Redattore Capo: **Concetta Pesce**

Rappresentante Legale: **Eugenio D’Amato**

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

PROPOSTE FORMATIVE AIFI PUGLIA 2016

Anche quest'anno AIFI Puglia offre un ricco e interessante piano formativo. Sarà possibile partecipare a più eventi. Saranno richiesti crediti ECM.



ARGOMENTO		DATA	SEDE	RELATORI	COSTO		
					SOCI	NON SOCI	STUDENTI
McKenzie	1° SEMESTRE	27/02/2016	Lecce	Docente Istitute McKenzie	30 €	70 €	Gratuito
Riabilitazione sportiva		05/03/2016		Amodio	30 €	70 €	
Riabilitazione in età evolutiva		12/03/2016	Foggia	D'Aversa	30 €	70 €	
Imaging radiologica per il fisioterapista		20/02/2016	Taranto	Condò	30 €	70 €	
La spalla: dalla diagnosi fisioterapica alla riabilitazione		02/04/2016	Bari	Giovannico - Brindisino	30 €	70 €	
Giornata EOM		22/04/2016	Studenti Polo di Taranto	Docente Scuola di Osteopatia di Madrid	Gratuito	Gratuito	
Giornata EOM		23/04/2016	Lecce	Docente Scuola di Osteopatia di Madrid	30 €	70 €	
Convegno Regionale Scientifico; Lombalgia		18/06/2016	Bari		Gratuito	Gratuito	
Giornata Linfedema	2° SEMESTRE			Di Giulio - Natoli	30 €	70 €	
L'utilizzo della manipolazione (HVLA) in Terapia manuale: dalle migliori evidenze scientifiche alla sua efficacia clinica		28/10/2016	Bari	Mourad - Maselli Cataldi - Pennella	30 €	70 €	
Riabilitazione pavimento pelvico					30 €	70 €	
Riabilitazione Cardio-Respiratoria			Foggia	Fanelli - Fumarulo	30 €	70 €	
Torcicollo miogeno e postura			Studenti Polo di Bari	D'Aversa	Gratuito	Gratuito	
Corso BLS-D		24/09/2016	Brindisi	Docente Salvamento Accademy	70 €	100 €	

Sono già in programma due ADO (Università degli studi di Bari) in collaborazione con AIFI Puglia:

Bari, 16 gennaio 2016. La spalla tra totem e tabù

Bari, 23 gennaio 2015. Il colpo di frusta cervicale - whiplash injury - dalla diagnosi funzionale alla sua gestione in terapia manuale.

Per maggiori informazioni consulta il sito: www.aifipuglia.it o visitaci sulla pagina Facebook di Aifi Puglia.

Benvenuto ai nuovi colleghi



LAUREATI BARI: Antelmi Rosantonia, Balice Gianluca, Bellacicco Biagio, Bellacicco Merigiò, Bongallino Cinzia, Casiello giuseppangelo, Cellamare Alessandro, Colella Miriam, Colucci Giovanni, Cottone Rosa, Debenedittis Marica, De Virgilio Antonella, Dituri Miriana, Falcicchio Maria, Giorgio Davide, Gissi Giuseppe, Lo Piccolo Alessia, Marinelli Giammarco, Mezzina Giuseppe, Paravano Mattia, Pirulli Carmen, Prudente Silvio, Quaglione Carmelo, Salvemini Margherita, Sette Andrea, Sette Rosalinda, Vestito Michele

LAUREATI FOGGIA: Andriani Antonio, Cirulli Maria Grazia, Cursio Filomena, Del Fine Antonio, Finaldi Maria Antonietta, Grossano Miriam, Mennea Ruggero, Murgante Ludovica, Sinigaglia Lorenzo, Tissou Abel, Viti Alessandro



LAUREATI BRINDISI: Calderone Maria Elena, Carrozzo Elisa, Cucumazzo Rosalinda, D'Apollo Emi, D'Aprile Francesco, Della Ducata Luca, Durante Simona, Ferreri Pasquale, La Forgia Erika, Lesseri Antonella, Mancini Anna, Mezzi Barbara, Petruzzella Stella, Pietracito Daniele, Rizzo Luigi, Sabatelli Simona, Sacino Luigi, Suriano Floriana, Tataranni Valentina, Vanadia Serena, Zammillo Antonio.

LAUREATI TARANTO: Vito Andrea De Napoli, Alessio Ludici, Federica Castellano, Davide Scagliola, Michele Manisi.



AIFI PUGLIA: COLLABORAZIONE E PROPOSIZIONE CONTINUA

Dott.ssa Ft. Claudia Pati, Segretario A.I.F.I. Puglia



Numerosi sono gli eventi cui AIFI Puglia ha collaborato e partecipato portando un contributo associativo e professionale. Gli ultimi, in termini temporali, LE MIELOLESIONI: CLINICA, TECNOLOGIA E RIABILITAZIONE e “L’Atto aziendale nelle AA.SS.LL.”

Al primo, che si è tenuto a San Giorgio Jonico (TA), presso le Officine Ortopediche Tombolini, con un intervento dal titolo «Approccio e modalità di intervento fisioterapico in pazienti con mielolesioni», le colleghe C. Pati e M. Di Giulio hanno relazionato su come le lesioni midollari sono state considerate negli anni una condizione medica terminale. Attualmente una serie di fattori, principalmente la scoperta di nuove strategie terapeutiche, in un’epoca di atteggiamenti sociali in sviluppo verso le persone disabili, ha concesso a innumerevoli individui, non solo di sopravvivere alla loro lesione, ma anche di condurre una vita felice e produttiva.

Diversi studi clinici, infatti, riportano i benefici di programmi che utilizzano un approccio sistematico (ad es: il coordinamento per il soccorso di emergenza, la riabilitazione in fase acuta, i controlli a distanza e i servizi di avviamento professionale) in cui i pazienti ammessi immediatamente dopo trauma in Centri attrezzati per il trattamento globale presentano un migliore

outcome che comprende un numero inferiore di complicanze, un’umentata efficienza del trattamento riabilitativo, una percentuale più elevata di rientri a domicilio e una riduzione del periodo di ospedalizzazione in fase acuta e delle spese ospedaliere.

Altresì, hanno riportato come la presa in carico riabilitativa richiede un gruppo di lavoro e un approccio multidisciplinare, con il contributo di specialità mediche e chirurgiche attinenti e di altre figure professionali di tipo sanitario (fisioterapisti, terapisti occupazionali, tecnici ortopedici, ecc.), una valutazione clinica basata sull’esame obiettivo generale del paziente, sull’esame obiettivo neurologico e sull’applicazione di alcune scale di valutazione che consentono, tramite punteggi standardizzati, di fotografare il quadro del paziente e di valutare gli eventuali miglioramenti (American Spinal Injury Association, Spinal Cord Independence Measure, Walking Index for Spinal Cord Injury, SF 36, ecc.).

È stato anche dimostrato come il tipo di disabilità, associata a un trauma midollare, varia in modo sostanziale in base alla gravità del trauma, alla sede del trauma e in base a quali fibre nervose sono state danneggiate. Oltre alla perdita di attività motoria e di sensibilità tattile, termica e dolorifica, possono talvolta instaurarsi condizioni particolari come la presenza di dolore, di ipertono, perdita di controllo della vescica



Eugenio D’Amato durante il suo intervento a Campi Salentina.

e dello sfintere anale. È comunque dimostrato dall'esperienza che la situazione clinica spesso non è irreversibile. Anche l'indicazione di lesione completa o incompleta non sta a indicare quadri clinici non modificabili. Infatti, lo studio NASCIS II ha evidenziato che anche nei pazienti con lesione definita completa vi possa essere un recupero, in media, di circa l'8% delle funzioni perse rispetto al 59% del recupero medio nei pazienti con lesione incompleta. La maggior parte dei pazienti presenta un recupero di funzioni nelle settimane o al massimo nei primi 6 mesi successivi al trauma.

Da qui la necessità già dai primi giorni dopo l'evento acuto, di individuare il progetto riabilitativo individuale identificando gli obiettivi funzionali raggiungibili ovvero l'outcome funzionale atteso, che in base alle linee guida, deve tener conto del recupero motorio, outcome funzionale, integrazione sociale e soprattutto qualità di vita attesa, anche se la ricerca non ha ancora raggiunto un approfondimento tale da consentire l'utilizzo della qualità di vita come marcatore della qualità degli interventi terapeutici e sociali a favore delle persone con mielolesione.

Alla Conferenza ECM su **“L'Atto aziendale nelle AA.SS.LL.”** che si è svolta a Campi S.NA (LE), il Presidente e il Segretario Regionale, hanno partecipato alla tavola rotonda confrontandosi con le OO.SS. Mediche, di Comparto e le altre Associazioni presenti, Collegio IPASVI Lecce e FITELAB Puglia. Scopo della conferenza era il sensibilizzare i professionisti del SSN sul tema della realizzazione dell'Atto Aziendale per le



da sinistra: Franco Perrone, Claudia Pati e altri due relatori in un momento del Convegno di Campi Salentina

Aziende del Servizio Sanitario Nazionale che è oggetto corrente e costante di discussione, e una volta adottato rappresenta l'identità dell'Azienda.

Infatti, l'Atto Aziendale stabilisce gli strumenti di governo e la gestione dei processi “produttivi” che ne costituiscono la mission, regolando i rapporti con il territorio nel quale esprime la propria attività.

AIFI Puglia, focalizzando l'attenzione sulla realtà della ASL di Lecce, ha sostenuto l'importanza di migliorare l'assistenza e la qualificazione delle risorse mediante l'istituzione di un Servizio delle Professioni Sanitarie Aziendale, migliorare l'efficienza del sistema secondo gli standard, evitando le sovrapposizioni, ripetizioni di prestazioni, portare alla specializzazione degli interventi riabilitativi garantendo la formazione dei fisioterapisti, garantire l'appropriatezza riabilitativa in ospedale e sul territorio nonché l'integrazione dei servizi riabilitativi prevedendo percorsi di cura sanitari e riabilitativi.



Marzia Di Giulia, durante il suo intervento al Convegno di Taranto - Officine Tombolini



FUORI.. GIOCO



Riparte, presso la casa circondariale di Taranto, il progetto “Fuori gioco”, la cui prima edizione fu realizzata a settembre/ottobre del 2013. Ricordiamo che è un progetto educativo rivolto ai detenuti di sesso maschile, atto a trasmettere i valori fondamentali dello sport, quali la lealtà, il rispetto delle regole e dell'avversario. L'iniziativa è stata presentata in conferenza stampa il giorno 14 dicembre u.s. e Aifi Puglia



Un momento della Conferenza Stampa



Antonio Cabrini

era presente in qualità di collaboratore rappresentata dal collega Marco Cordella che ha relazionato su “Primo soccorso e traumatologia”. Testimonial dell'iniziativa è stato **Antonio Cabrini**, allenatore di calcio ed ex calciatore italiano. Campione del mondo con la Nazionale italiana nel 1982. Attualmente è commissario tecnico della Nazionale italiana femminile di calcio.

Come ogni anno, anche la terza edizione del progetto prevede un quadrangolare di calcio che si svolgerà allo stadio comunale di Taranto “E. Jacovone” tra magistrati, avvocati, detenuti e polizia penitenziaria”



Un momento della Conferenza Stampa



Antonio Cabrini e il collega Marco Cordella

MICHELE EMILIANO E LA SANITA' PUGLIESE

GLI SFORZI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE VOLTI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA DEI CITTADINI.

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



Da pochi mesi in carica alla guida della Regione Puglia, Michele Emiliano, ex magistrato ed ex sindaco di Bari dal 2004 al 2014, ha vinto le elezioni del 2015 ed è stato eletto con il 48% dei voti.

Il suo movimento Emiliano per la Puglia, fondato nel 2011, favorisce il dialogo tra le diverse culture e posizioni politiche. Nel momento in cui ha nominato la Giunta, ha tenuto per sé la delega alla Sanità. Lo abbiamo intervistato.

1. Presidente, lei è in carica da pochi mesi, ed ha dovuto subito fronteggiare molte questioni delicate, quali le emergenze più scottanti che ha dovuto affrontare?

In tema di Sanità, sicuramente la prima, principale criticità riguarda il definanziamento del settore, a fronte di nuove esigenze da soddisfare (si pensi ai farmaci innovativi in oncologia, ai farmaci anti epatite C, alla mancata copertura della legge 210, ecc.). Altra questione riguarda la dotazione di personale, che già partiva come insufficiente nel 2004, come risulta dalle rilevazioni previste dalla legge. Una insufficienza aggravata dalla distribuzione del personale su tutta la rete ospedaliera e territoriale. C'è poi il tema del consumo farmaceutico, siamo cioè consapevoli che la spesa farmaceutica ha ancora ampi margini di recupero.

2. Per il prossimo futuro sono previsti ulteriori tagli al budget sanitario. Ogni Regione dovrà tagliare qualche spreco, così ha deciso il Governo. Come farà a garantire l'assistenza sanitaria e le migliori cure ai pazienti?

Gli sprechi si possono recuperare con una maggiore centralizzazione degli acquisti, con la razionalizzazione e semplificazione della rete di offerta. E, come appena detto, attraverso il contenimento della spesa farmaceutica. C'è poi la sfida vera che abbiamo di fronte, accanto a quella di ottenere adeguati finanziamenti da Roma, che riguarda tutte le regioni: la possibilità di reinvertire il recupero di efficienza in capitale

umano, piuttosto che restituirlo a Roma.

3. E' universalmente riconosciuto che investire in riabilitazione permette di ridurre la spesa sanitaria e di migliorare la qualità della vita dei cittadini. In questo senso come si attesta la Puglia rispetto alle altre Regioni?

Condivido l'assunto e penso che nel settore di riabilitazione, proprio a tutela di chi lavora bene dal punto di vista deontologico, i margini di recupero dell'appropriatezza siano ancora ampi e vadano ricercati. Saranno dunque benvenute tutte quelle proposte che mirino alla riduzione dei livelli di in appropriatezza in questo settore.

4. Secondo lei l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata può contribuire a ridurre il ricorso all'ospedalizzazione e quindi alla riduzione dei costi del SSR?

In alcuni casi sì, e la Regione Puglia non ha ancora raggiunto quel fatidico 4% di copertura della popolazione over 65. Quindi, questo è il primo obiettivo, che è anche un obiettivo di livello essenziale di assistenza. Su altri casi clinici più particolari occorrerà supplire con le strutture intermedie tra ospedale e domicilio.





5. Il Piano Assunzionale, che ha disegnato la mappa del personale sanitario in Puglia, è stata una scelta importante, perché la Giunta è rientrata nel Piano di Rientro previsto per la Regione Puglia, grazie al quale si è resa possibile l'assunzione di personale sanitario. In questo quadro, certamente positivo, manca una percentuale sufficiente di fisioterapisti che copra i vuoti di organico e garantisca i LEA. Si può fare qualcosa?

Sulla questione assunzionale la chiave di volta è l'autonomia decisionale in materia, e questa la possiamo ottenere solamente uscendo dal piano operativo. In molti casi le scelte sono state più o meno obbligate in margini ristretti. Per il futuro tutto passa da quanto saremo autonomi dagli organi ministeriali in termini assunzionali.

6. L'AIFI ritiene fondamentale l'accredito diretto dei fisioterapisti e degli studi professionali con le ASL. Pensa che sia una strada percorribile?

Siamo assolutamente aperti alle proposte e sarò felice di approfondire questa o altre iniziative dell'AIFI.

7. In Puglia solo due ASL hanno nominato i Dirigenti di Area Riabilitativa. Questo vuoto potrà essere colmato?

La regione crede fortemente nell'importanza della dirigenza delle professioni sanitarie che non sono né sostitutive né subalterne alle dirigenze mediche, bensì complementari. In questo senso le aziende avranno precise indicazioni perché tali dirigenze non siano marginali, ma anzi siano strategiche.

8. L'A.I.FI. Puglia ha redatto due dossier per la lotta contro l'abusivismo professionale, dedicati in particolare uno ai «Titoli abilitanti all'esercizio della professione di fisioterapista» e l'altro a «L'esercizio della libera professione». Ritiene che si possa organizzare una campagna informativa sull'argomento, magari in collaborazione con la Regione Puglia?

Certo, la Regione sosterrà qualunque iniziativa di tutela della professionalità riabilitativa perché questo significa tutela dei cittadini affidati alle cure dei fisioterapisti. Una forte tutela della qualità professionale degli operatori significa maggiore garanzia della qualità delle cure. Quindi si alla campagna informativa, che la Regione Puglia può patrocinare e sostenere.

IMPORTANTE

Si invitano tutti i soci a produrre articoli e ad inviarli alla Redazione, ricordando a tutti che è proprio grazie alla collaborazione e dedizione di tanti colleghi che questa pubblicazione mantiene sempre aggiornati ed interessanti i suoi contenuti.

Norme per gli autori

- L'accettazione degli articoli è subordinata al giudizio della redazione.
- I testi inviati per la pubblicazione **devono essere inediti**, con un numero massimo di 10.000 battute (spazi inclusi) e devono riportare i riferimenti bibliografici.
- Qualora nell'articolo l'Autore inserisca citazioni tratte da testi scientifici o di altro tipo deve evidenziare il passo citato e segnalarne la fonte
- La redazione si riserva di chiedere all'Autore eventuali modifiche o chiarimenti del testo
- Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità dell'Autore.

LA SANITÀ IN PUGLIA TRA CONTI E BISOGNI DI SALUTE.

A COLLOQUIO CON FILIPPO ANELLI, PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI
MEDICI DI BARI E SEGRETARIO REGIONALE FIMMG

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



La sanità in Puglia deve fare i conti. Un riparto di somme più basso a tutte la Regioni da parte del Governo (2 miliardi in meno) presuppone una serie di tagli, anche per la Puglia. Le riforme prevedono una riduzione della prestazioni sanitarie; di queste alcune saranno a totale carico dei pazienti. Naturalmente la Riforma suscita dubbi e malcontenti. E costi in più per il cittadino. Abbiamo intervistato il dr. Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei Medici di Bari e segretario regionale della FIMMG, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Dr. Anelli come vede il futuro della sanità in Puglia?

“Non è un futuro roseo, perché sebbene siamo usciti dal Piano di Rientro la situazione economica del paese è tale che presupposti che avevano portato al Patto per la Salute tra le Regioni ed il Governo mi sembra stiano venendo meno. Questo significa che dai 113 miliardi ce ne troviamo 111. Di conseguenza il riparto delle somme per le regioni sarà minore e questo creerà un problema di sostenibilità”.

Il ruolo del medico di famiglia è ancora un caposaldo dell'attività? Quali sono le maggiori difficoltà dell'attività?

“Premesso quanto abbiamo detto, e cioè che c'è un problema di sostenibilità, partiamo da alcune criticità in Puglia; la prima è quella sul versante ospedaliero, legato ad un numero di dirigenti medici e sanitari inferiore rispetto alle necessità, e poi c'è la criticità dell'assistenza domiciliare integrata, che non è mai decollata. Il medico di medicina generale è il punto di riferimento della medicina territoriale, ma ha bisogno di essere meglio strutturato per rispondere a quei bisogni di salute che un'organizzazione moderna della sanità richiederebbe. Oggi in Puglia abbiamo fatto un percorso che prevede un processo di riorganizzazione della medicina



generale in forma associata, che coinvolge il 90% dei medici di famiglia, ma gli standard non sono completati. Questo è il presupposto per rafforzare la medicina del territorio con servizi che si sarebbero potuti erogare,

penso per esempio a tutta la piccola diagnostica di primo livello, ma anche ai servizi di fisioterapia o di psicologia che si possono offrire negli studi, in un quadro complessivo di assistenza primaria che raccoglie molte figure professionali e trasforma questo tipo di assistenza da monoprofessionale a multiprofessionale”.

Come salvaguardare il Servizio Sanitario Nazionale?

“Lo stato dovrebbe investire di più nella sanità, senza considerarla un costo, altrimenti entriamo nella logica della spending review e quindi dei tagli. Dico questo perché abbiamo



un SSN che costa allo stato 3.000 dollari a cittadino, mediamente in Germania si spendono 4.500 dollari pro capite, in Francia 4.300. Siamo sicuramente sotto finanziati, eppure i dati che i funzionari dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e Sviluppo Economico) hanno rilevato circa il funzionamento del SSN sono buoni. Una politica di tagli non può che peggiorare la situazione. Viviamo in una Regione nella quale il raggiungimento dei LEA (livelli Essenziali di Assistenza), che dovrebbero essere garantiti per legge, nel 2013 è stato problematico. Per il personale dipendente spendiamo in Puglia circa 800 milioni di meno rispetto all'Emilia, che ha lo stesso numero di abitanti. E' possibile fare una buona e oculata spesa nell'ambito del SSN, ma sotto certe cifre non si può andare, se non attraverso l'ingresso delle assicurazioni, ed è quello che più temiamo".

Come si rapporta la fisioterapia con i bisogni di salute della popolazione?

"Ci sono molte patologie che sono oramai trascurate, a parte i traumi maggiori e quindi la riabilitazione obbligatoria – penso ad esempio ad un ictus - ci sono molte fragilità che vengono oggi trascurate, mi riferisco ad esempio a pazienti con l'Alzheimer o a malattie osteodegenerative importanti, non ci sono risorse per poter attivare un supporto fisiochinesiterapico. Si compromette l'assistenza".

Prevenzione e riabilitazione sono due setto-

ri molto cari all'AIFI. Lei cosa pensa?

"Avremmo bisogno di più posti letto per la riabilitazione, credo che siamo sotto i livelli nazionali previsti dalle linee guida ministeriali. Oggi abbiamo bisogno di concentrarci su quelle che sono le patologie più importanti per garantire ed assicurare una buona qualità di vita ai pazienti, penso ad esempio agli anziani".

L'integrazione tra professionisti costituisce un nuovo modo di fare rete. E' d'accordo?

"Assolutamente sì, non si può prescindere dal lavoro in team. Il medico ha la funzione di svolgere il ruolo del coordinamento in un team che mette insieme i vari bisogni, ma i professionisti sono essenziali in una visione moderna di un'assistenza che vuole garantire in maniera completa le cure primarie. Solo attraverso questa integrazione possiamo dare una risposta compiuta al bisogno di salute del cittadino".

Stiamo percorrendo un cammino che guarda con occhio benevolo la sanità privata. Il cittadino vive appieno gli effetti benefici dell'integrazione pubblico/privato?

"Se la sanità privata la intendiamo come una spesa a carico del cittadino questo costituisce un problema molto serio per l'equità, perché ci sono fasce della popolazione che non possono permettersi le cure e rinunciano; per quanto riguarda il privato convenzionato esso costituisce un modo per sviluppare un mercato e quindi un'ideale concorrenza, che permette al pubblico di confrontarsi con quelle realtà che sono gestite in modo imprenditoriale".

La formazione continua in medicina è nata con l'obiettivo di aggiornare. Come migliorare il servizio?

"Siamo ancora agli albori di una formazione che sia realmente efficiente. Oggi ai professionisti è chiesto di fare un percorso annuale di formazione, ma non sono valutati. L'Unione Europea ci chiede una valutazione; sulla questione abbiamo recentemente affrontato un dibattito, forse riusciamo ad avviare un modello sperimentale insieme alla Regione Sardegna per introdurre modalità di verifica delle performance dei professionisti".

LA FISIOTERAPIA È INCLUSIONE

Dott. Ft. Alfio Pulvirenti, Dirigente Nazionale A.I.FI

Rappresentante dei Fisioterapisti non vedenti ed ipovedenti Soci U.I.C.I.



“La Fisioterapia è disciplina ampia che, invece, è imperniata alla ricerca dell’inclusione...”. Sono queste le parole con cui Mauro Tavarnelli, Presidente Nazionale dell’A.I.FI, respinge le affermazioni della Professoressa Ceravolo, Presidente del Corso di Laurea in Fisioterapia dell’ateneo di Ancona, la quale, nel documento indirizzato all’Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti, U.I.C.I. sostiene che i non vedenti non possano studiare Fisioterapia ed esercitare la professione di Fisioterapista.

La vicenda aveva inizio nel luglio scorso, quando un giovane non vedente, marchigiano, esprimeva il desiderio di studiare fisioterapia. Dovendo ricorrere a dei supporti didattici speciali, il giovane non vedente si era rivolto all’U.I.C.I. per gli adempimenti di ordine burocratico presso l’Università di Ancona. Alla richiesta di attenzioni legittime nei confronti del giovane non vedente, da parte dell’U.I.C.I. di Ancona, il Presidente del Corso di Laurea ha risposto che i non vedenti non possono studiare fisioterapia e che potrebbero essere indirizzati alle diverse scuole per massofisioterapisti ancora esistenti, essendo più adeguate per chi non vede. Tutto ciò, come è stato scritto in risposta, sia dall’U.I.C.I., sia dall’A.I.FI, non corrisponde alla

realtà. La figura del Massofisioterapista è una figura professionale ad esaurimento, essendo il Fisioterapista l’unico professionista che pratica la riabilitazione, in coerenza a quanto è sancito dal proprio profilo professionale.

L’A.I.FI e l’U.I.C.I. si adoperano, congiuntamente, nella promozione dell’inclusione. I giovani studenti non vedenti intendono partecipare, come chiunque, alle selezioni d’ingresso al Corso di Laurea in Fisioterapia. A questo proposito, le due associazioni hanno incontrato, tramite una delegazione congiunta di esperti, i dirigenti del MIUR, preposti alla formazione universitaria, per studiare la modalità della prova d’ingresso nei termini di accessibilità diretta anche agli studenti non vedenti. Si sono svolti due incontri ma, anche in questo caso, il MIUR si è espresso con la negazione di quanto era stato richiesto. Le motivazioni addotte nella negazione venivano rigettate dalle due associazioni, le quali hanno richiesto un nuovo incontro ancora non concesso.

L’inclusione è un diritto di tutti i cittadini e le istituzioni non possono non riconoscere la propria responsabilità. L’impegno delle due Associazioni è promuovere, ognuna nel proprio ambito, il progresso ed il miglioramento della società, favorendo, in questo modo, il superamento delle barriere culturali e l’abbattimento del pregiudizio.

www.orthogea.com

ORTHOGEA®
OFFICINE ORTOPEDICHE
VERGATI

**All'avanguardia della
tecnica ortopedica**

LECCE Info 0832.261178 BRINDISI Info 0831.525538 OSTUNI Info 0831.339077

nuova filiale
MONOPOLI
Info 080.9683578

MDV Laboratorio Ortopedico MEDICAL ORTOPEDIA VERGATI

SE QUEL GIORNO FOSSI STATO DI CATTIVO UMORE SERENDIPITÀ

Dott. FT Denis Pennella¹, Dott. FT Filippo Maselli², Dott. FT Fabio Cataldi³



“**S**e quel giorno fossi stato di cattivo umore, avrei buttato via quella coltura”...così commentava Alexander Fleming negli anni '60 quel giorno di trent'anni prima quando, di ritorno dalle vacanze estive, metteva ordine nel suo laboratorio londinese notando una capsula di Petri contenente colture di Stafilococchi inquinate dalla muffa, ordinaria routine in ogni laboratorio. Esclamando “*that's funny*” si soffermò a pensare: intorno alla muffa si sviluppavano aloni chiari, ovvero non c'erano batteri...quella muffa (*penicillium notatum*) produceva degli acidi che uccidevano gli stafilococchi confinanti!! Ecco una delle più grandi scoperte della medicina del XX secolo.

Che fortuna...

Bè anche il darwinista Ivan Pavlov, oltre ad essere uno dei pochi scienziati pre-rivoluzionari apprezzati dai Soviet, cosa che gli valse la possibilità di fare ricerca, conduceva studi sulla salivazione dei cani e “scopri” i riflessi condizionati.

Ancora che fortuna...

Qualche tempo prima invece Cristoforo Colombo viaggiando verso le Indie e prendendo il mare, per così dire, “contro mano”, scoprì l'America!

Che fortuna...

E tornando ad un argomento più vicino a noi fisioterapisti ed al quale io, in prima persona, sono particolarmente legato, cito l'aneddotica e quanto si racconta riguardo la scoperta del team di ricerca di G.Rizzolatti a Parma, nel 1992...quei ricercatori, che indagavano la corteccia premotoria, avevano collocato degli elettrodi nella corteccia frontale inferiore di un macaco per studiare i neuroni specializzati nel controllo di movimenti della mano, come il raccogliere o il maneggiare oggetti.

Mentre uno degli sperimentatori prendeva una banana in un cesto di frutta preparato per



degli esperimenti, alcuni neuroni del macaco, che osservava la scena, avevano reagito. In un primo momento i ricercatori pensarono si trattasse di un difetto nelle misure o un guasto nella strumentazione, ma tutto risultò a posto e le reazioni si ripeterono. Ancora una volta:

che gran fortuna... furono scoperti i Neuroni Specchio.

Ma quante persone, prima di Isaac Newton hanno visto cadere due corpi...?? E quante di loro hanno goduto della fortuna di intuire quel qualcosa, indagare quella stranezza, accogliere quell'imprevisto e trasformare il tutto in una gran bella scoperta oppure in una folgorante illuminazione, sempre sostenuta da una forma di sagacia profondamente radicata nella loro stessa persona?

Ebbene abbiamo utilizzato spesso (a volte

abusandone) il termine fortuna per spingere il lettore ad una deresponsabilizzazione giustificatrice di quel senso di colpa che ognuno di noi prova quando ad esserci riuscito è “un altro”. E quando all’opposto “l’altro” siamo proprio noi, ci capita di avvertire un bisogno di dimostrarci degni di quella stessa fortuna; una fortuna che ci auguriamo perda un qualcosa in favore di un po’ di merito! E la sfortuna, dove la mettiamo? Ovviamente all’estremo, lì dove, dicotomicamente, scarichiamo le nostre colpe e compensiamo le nostre mancanze.

Ma possiamo vivere una vita intera, professionale e non, nell’attesa di eventi più o meno (s) fortunati?

Ci si scontra spesso con la voglia di abbandonarsi a questo atteggiamento lascivo, prima di tutto in noi stessi, poi nei colleghi, negli amici e nei parenti ... ci si accorge allora come l’attitudine a imprigionare il mondo, da vivere e da pensare, ai due estremi del fortuitosia, di fatto, così esasperato ed esasperante.

Ma allora, perché alcuni uomini, i protagonisti delle storie raccontate per esempio, hanno colto quella ventura e ne hanno fatto nascere

un grande merito? Ebbene la risposta è in un neologismo, ancora poco utilizzato in Italia, ma molto caro agli anglosassoni, la cui definizione continua a subire continui cambiamenti; tra queste, quella del Century Dictionary <<.. la felice facoltà o fortuna di trovare per sagacia accidentale>> e quella, più felice, di Julius H. Comroe “... è cercare un ago in un pagliaio e trovarci la figlia del contadino”.

Parliamo di **SERENDIPITA’**... non solo un termine, non solo una definizione complessa; bensì un atteggiamento, che nel corso della vita e con buon allenamento può divenire un modo di essere, di proporsi, di accogliere le informazioni dal mondo e trarne sempre, o cercare di farlo, vantaggi per noi stessi, per la nostra causa, quale essa sia...

Vorremmo invitare tutti, ma solo per provocazione, ad un’andatura serendipitosa, per essere nella vita tanto curiosi quanto poco frettolosi; a raggiungere l’equilibrio tra la voglia di scoprire e di ricercare senza dimenticare, fondamentalmente, che la scoperta è anche e soprattutto nell’attesa e nel farsi trovare con la mente lucida: attendere il momento giusto, comprenderlo, analizzarlo con grande ma fortunato ingegno. Per ritrovare e irrobustire quello stato mentale che rende ragione al buon fiuto e quella perspicace prontezza che illumina congiuntamente intuito e ragione: la sagacia.

D’altronde Louis Pasteur diceva “il caso favorisce solo la mente preparata”; e questa preparazione dovrebbe essere colta nel suo equilibrio tra conoscenza, ricerca e attesa: il tessuto di una saggezza pronta ad assorbire, trasformare, riproporre, formulare...

Ed allora ci sentiamo di poter affermare che il segreto di una vita all’insegna della Serendipity sia una vita dove ci abbandoniamo alla curiosità ed alla voglia di capire, studiare, ricercare...senza cedere al grande nemico: l’aspettativa; quella che partorisce ansia e che smaglia il tessuto tanto delicato della nostra mente recettiva. Sarebbe bello creare nella nostra vita un grande ambiente serendipitoso, che accolga al suo interno la famiglia, il posto di lavoro, gli amici, lo svago... così da poter rapportarsi con il tutto, nel sen-



so più esteso del termine; aprirsi ad una visione propositiva, audace e stimolante di ogni accadimento ed essere pronti a modificare il proprio punto di vista senza la paura e l'insicurezza del cambiamento, supportati da una grande riflessività accompagnata da una allenata capacità inquisitiva.

E noi fisioterapisti possiamo essere serendipitosi? Oppure dobbiamo esserlo.

Un po' di storia della serendipità (da Wikipedia).

Il termine deriva da Serendip, l'antico nome persiano di Sri Lanka. Il termine fu coniato dallo scrittore Horace Walpole che lo usò in una lettera scritta il 28 gennaio 1754 a Horace Mann, un suo amico inglese che viveva a Firenze. Horace Walpole fu ispirato dalla lettura della fiaba persiana "Tre principi di Serendippo" di Cristoforo Armeno nel cui racconto i tre protagonisti trovano sul loro cammino una serie di indizi, che li salvano in più di un'occasione.

La storia descrive le scoperte dei tre principi come intuizioni dovute sì al caso, ma anche allo spirito acuto e alla loro capacità di osservazione:

« È stato una volta che lessi una favoletta dal titolo "I tre principi di Serendippo". Quando le loro altezze viaggiavano, continuavano a fare scoperte, per accidente e per sagacia, di cose di cui non erano in cerca: per esempio, uno di loro scoprì che un cammello cieco dall'occhio destro era passato da poco per la stessa strada, dato che l'erba era stata mangiata solo sul lato sinistro, dove appariva ridotta peggio che sul destro - ora capisce la serendipità? Uno dei più ragguardevoli esempi di questa casuale sagacia (lei deve infatti notare che nessuna scoperta di cosa che si stia cercando può ricadere sotto tale descrizione) è stato quello del mio Lord Shaftsbury, il quale, capitato a pranzo dal Lord Chancellor Clarendon, si accorse del matrimonio del duca di York e di Mrs. Hyde, dal rispetto con cui la madre di quest'ultima trattava la figlia a tavola. »

Soluzioni per il Linfedema



Bende elastiche con varie estensibilità

Calze e Bracciali medicali di compressione a trama piatta o senza cucitura



Kit Bendaggio Multistrato per linfedema arto superiore o inferiore

Dermocosmetici a base di sostanze naturali





Gloria Med S.p.A. - Via Diaz 7 - 22017 Menaggio (CO) - ITALY - Tel. 0344 32123 - Fax 0344 32035 - gloriamed@gloriamed.it - www.gloriamed.it

PILLOLE DI LETTERATURA

Dott. FT Denis Pennella¹, Dott. FT Filippo Maselli²



L'argomento di questo numero è la scoliosi. In letteratura scientifica la produzione è davvero notevole sebbene risenta delle scarse conoscenze sull'eziologia e sulla storia naturale che ne inficiano la qualità metodologica.

Le acquisizioni che oggi guidano la nostra pratica clinica derivano da studi primari, ma di tipo osservazionale, con tutti i limiti legati a questo tipo di ricerca. In primis, per esempio, l'impossibilità a confrontare in modo specifico ed esaustivo, senza bias di metodologia, due trattamenti o approcci differenti tra loro; o ancora l'incapacità di eseguire studi eziologici accurati, discriminando le popolazioni sperimentali e di controllo sulla base di specifiche caratteristiche.

Il trattamento della scoliosi, inoltre, soffre di una forte tradizionalità di approccio, legata spesso ad alcune scuole di pensiero che non hanno altresì mai cercato di dare alla luce prove di efficacia meno, attraverso il metodo scientifico. Viviamo quindi una palese condizione di vuoto di "evidence" nei confronti di un argomento tanto vasto quanto complicato, forse timorosi di non poter poggiare i piedi su solide acquisizioni ed esser costretti a navigare attraverso un mare d'informazioni, utilizzando come timone il solo lume della ragione e della critica.

Consapevoli comunque di non poter tediare il lettore con uno stato dell'arte della scoliosi, citiamo alcuni studi di recente pubblicazione (2015) riguardanti alcuni aspetti specifici:

- eziologia;
- necessità di studi clinici primari;
- dolore e scoliosi nell'anziano e nel bambino.

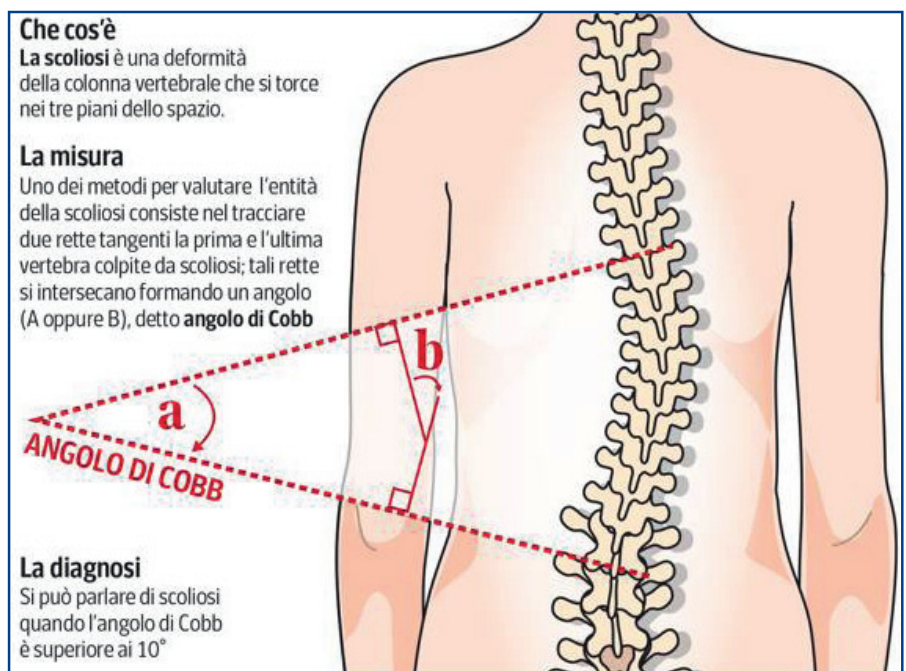
In tal modo ci auguriamo di spingere il lettore ad approfondire l'argomento, consapevoli che dietro un approccio piuttosto che

un altro, si cela un mare di studi scientifici che indagano ogni aspetto di questa relativamente diffusa deformità del rachide.

E ciò che sappiamo e che possiamo lealmente affermare è che la categoria dei fisioterapisti ha necessità di dedicare maggiore attenzione, qualitativamente parlando, all'argomento.

¹ [A polygenic burden of rare variant sacrossextracellular matrix genes among individuals with adolescent idiopathic scoliosis.](#)

In questo studio gli autori hanno indagato la correlazione tra modificazione di determinati loci rispetto al fenotipo scoliotico. L'analisi è stata condotta su 391 sequenze di DNA di pazienti affetti da Scoliosi Idiopatica Adolescenzeale confrontate con 843 sequenze controllo. Diverse varianti di geni sono state individuate nei soggetti scoliotici e si è potuta evidenziare una forte associazione con determinate sequenze che codificano per il collagene nella matrice extracellulare, anche in assenza di patologia muscoloscheletrica specifica (es. Marfan sdr). Tali sequenze geniche, come ad esempio la COL11A2, quando presenti possono quindi essere associate a relativo maggior rischio di sviluppare scoliosi, rendendo ragione della grande attenzione verso l'ipotesi di una componente eziologica di tipo genico.



² Active Treatment for Idiopathic Adolescent Scoliosis (ACTIVATeS): a feasibility study.

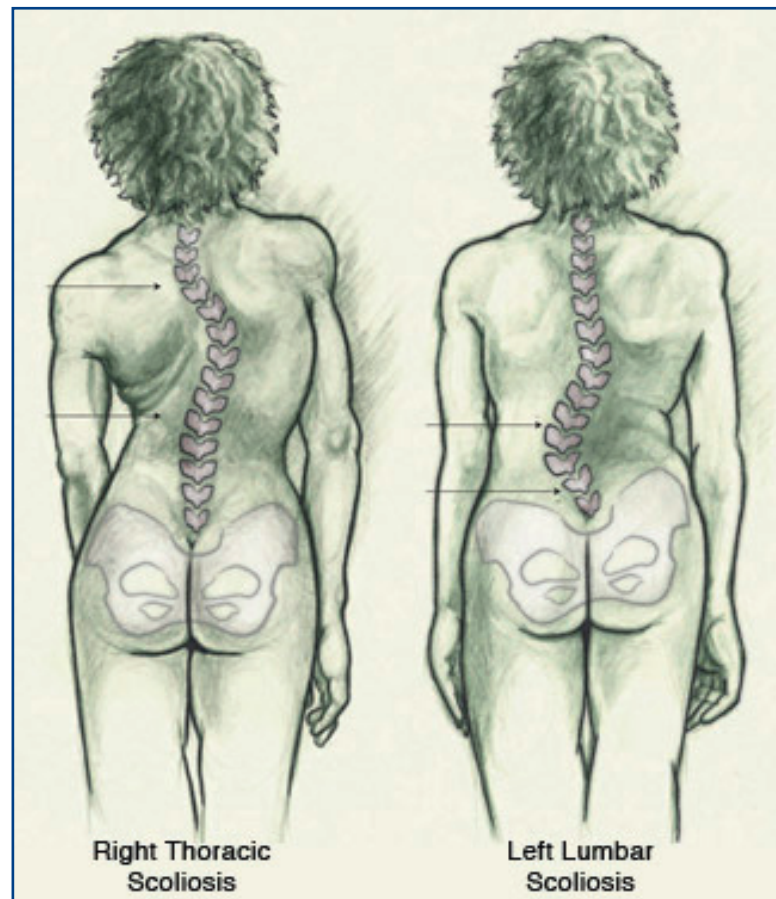
Parlando di trattamento e proposte che ne possano dare valenza scientifica, gli autori di questo studio hanno indagato la fattibilità sul territorio britannico di un futuro studio primario di alto valore, ovvero un RCT (randomised controlled trial), per analizzare l'efficacia clinica dell'esercizio specifico e la sua sostenibilità economica, quesiti di grande attualità, a cui la comunità scientifica non può ancora rispondere.

Lo studio è stato condotto in differenti centri di trattamento della scoliosi con esercizio specifico per confrontare i dati con quelli di centri di trattamento standard (multicenter trial). Gli obiettivi dello studio sono stati:

1. effettuare una revisione della letteratura in merito all'efficacia degli esercizi specifici nel trattamento della scoliosi idiopatica adolescenziale
2. intervistare ortopedici (chirurghi) e fisioterapisti in merito alla loro pratica clinica quotidiana
3. reclutare e randomizzare 50 pazienti per lo studio di confronto tra approccio specifico ed approccio standard, tutti dai 10 ai 16 anni e con scoliosi inferiore a 50° Cobb
4. indagare l'accettabilità e l'aderenza al trattamento da parte dei pazienti/famiglie e degli operatori clinici stessi

L'intervento specifico proposto nel trial è stato ricavato dall'analisi della letteratura e consisteva in esercizi specifici associati a un piano terapeutico casalingo in auto-trattamento. L'outcome principale indagato era la fattibilità dell'intervento terapeutico specifico e la relativa adesione del paziente alla proposta; gli altri dati riguardavano qualità di vita, la severità della curva, il rischio di peggioramento (ortesi o chirurgia), gli effetti avversi, i sintomi psicologici, i costi terapeutici.

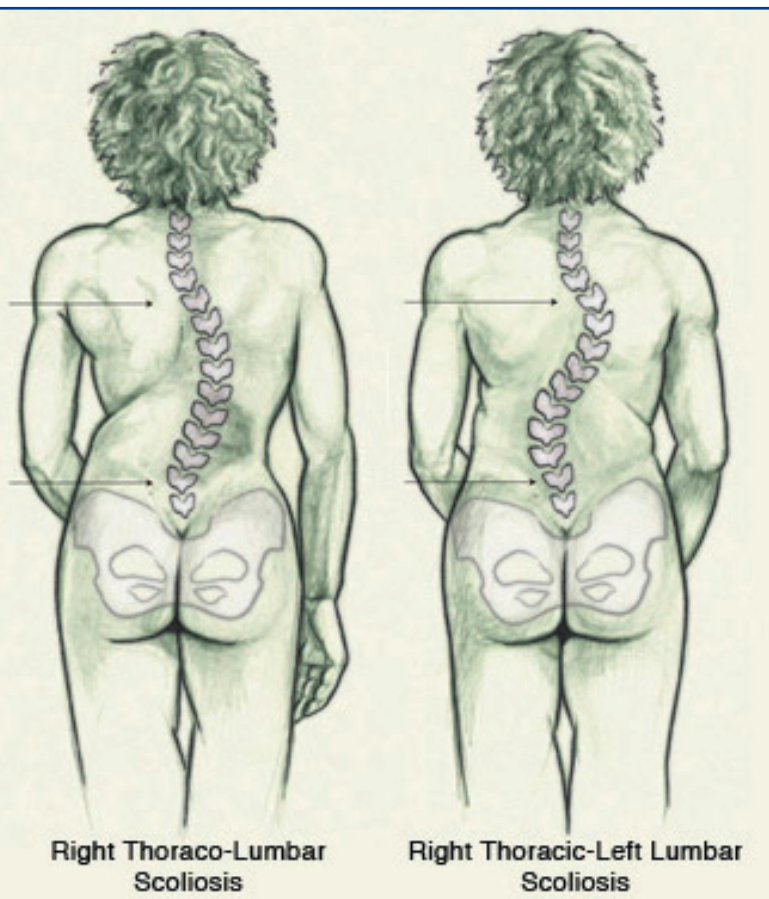
L'analisi preventiva della letteratura ha individuato pochi studi metodologicamente validi, ma che evidenziavano un'ipotesi di efficacia nel trattamento della scoliosi con esercizio specifico. Il dato più interessante è stato che il 73% dei pazienti reclutati (58 in quattro centri) ha superato i primi 6 mesi di follow-up ed il 56% ha completato il trattamento. Questo dato conferma



la volontà comune dei pazienti, delle famiglie e del personale sanitario a seguire programmi specifici d'intervento, anche "home made", nel trattamento della scoliosi; evidenza inoltre che vi siano le basi culturali, oltre che la necessità, per investire in un progetto di ricerca, come un RCT, che analizzi l'efficacia dell'esercizio specifico nel trattamento della scoliosi idiopatica adolescenziale.

³ Bone Marrow Edema and Low Back Pain in Elderly Degenerative Lumbar Scoliosis: A Cross-sectional Study

Partendo dall'assunto che la scoliosi determina un carico meccanico differente su ogni vertebra a causa della deformità nei tre piani dello spazio, è logico pensare che questo possa, in età adulta, determinare degenerazioni differenti rispetto alla popolazione normale, senza però che siano necessariamente correlate a sintomo specifico, come per esempio il mal di schiena. In questo studio gli autori hanno indagato un segno di degenerazione importante, quale l'edema della spongiosa, in pazienti anziani con scoliosi. L'obiettivo era di individuare le eventuali correlazioni esistenti tra segni di degenerazione, lombalgia



e scoliosi. Sono stati reclutati 120 pazienti dai 65 anni in su, sottoposti a indagini strumentali e valutazione clinica per comparare la prevalenza di edema della spongiosa tra soggetti affetti e soggetti non affetti da lombalgia; nei primi inoltre si è ricercata l'eventuale corrispondenza tra localizzazione del segno/i e tender point dolorosi alla palpazione.

Il 96,9% dei pazienti affetti da lombalgia evidenziava edema della spongiosa rispetto al 37,5% dei soggetti non affetti da lombalgia. La localizzazione del segno degenerativo era inoltre più frequentemente situata in corrispondenza della concavità della curva scoliotica (significatività raggiunta, $p < 0,001$), e strettamente associata a tender point dolorosi alla palpazione.

Questo studio ci conferma che sebbene il mal di schiena su base degenerativa conosca una serie di cause non ancora chiare e delle strette correlazioni con i meccanismi neurofisiologici di gestione e modulazione del dolore, nei pazienti affetti da scoliosi non bisogna dimenticare la componente meccanica che gioca il carico asimmetrico sulle vertebre coinvolte nella curva quale fattore, se non eziologico, almeno di rischio.

4 Evaluation and Diagnosis of Back Pain in Children and Adolescents

Sulla falsa riga dello studio appena citato, i due autori di questo lavoro pongono l'attenzione verso il mal di schiena del bambino e dell'adolescente. Anche in tal caso non possiamo dimenticare che tal condizione abbia una eziologia non chiara e non identificabile, ma comunemente ascrivibile a cause non organiche e non strutturali. Ad ogni modo, tale affermazione, ampiamente supportata da ricerca in campo biomedico, non deve distogliere l'attenzione dei clinici dalla possibilità che l'affezione in questione possa essere legata a cause organiche quali: spondilolistesi, spondilolisi, cifosi di Scheuermann, sindrome da overuse, ernie del disco, fratture apofisarie, spondilodiscite, osteomielite vertebrale e neoplasie. Tra le condizioni citate dagli autori non vi è la scoliosi, che quindi, almeno non direttamente non costituisce primaria causa di mal di schiena. Sperando di aver stimolato l'attenzione dei lettori verso un argomento così vasto e così interattivo rispetto alla pratica clinica quotidiana del fisioterapista e, dandovi appuntamento al prossimo numero della rivista, auguriamo a tutti voi lettori un Buon Natale e Felice Anno Nuovo.

Bibliografia

1. Haller G, Alvarado D, McCall K, Yang P, Cruchaga C, Harms M, Goate A, Willing M, Morcuende JA, Baschal E, Miller NH, Wise C, Dobbs MB, Gurnett CA. A polygenic burden of rare variants across extracellular matrix genes among individuals with adolescent idiopathic scoliosis. *Hum Mol Genet.* 2015 Nov 12
2. Williams MA, Heine PJ, Williamson EM, Toye F, Dritsaki M, Petrou S, Crossman R, Lall R, Barker KL, Fairbank J, Harding I, Gardner A, Slowther AM, Coulson N, Lamb SE. Active Treatment for Idiopathic Adolescent Scoliosis (ACTivATeS): a feasibility study. *Health Technol Assess.* 2015 Jul;19(55):1-242
3. Nakamae T, Yamada K, Shimbo T, Kanazawa T, Okuda T, Takata H, Hashimoto T, Hiramatsu T, Tanaka N, Ochi M, Olmarker K, Fujimoto Y. Bone Marrow Edema and Low Back Pain in Elderly Degenerative Lumbar Scoliosis: A Cross-sectional Study. *Spine (Phila Pa 1976).* 2015 Dec 3
4. Shah SA, Saller J. Evaluation and Diagnosis of Back Pain in Children and Adolescents. *J Am Acad Orthop Surg.* 2015 Nov 20

¹Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Collaboratore Master in TMRDMS Università di Padova, Direttivo Nazionale GTM, Studi Professionali a Bari e Taranto

²Docente Master in RDMs Università degli Studi di Genova, Direttivo Nazionale (GTM), Sovrintendenza Sanitaria Regionale Puglia Inail

MY HEAD SHAKES: COS'È?

Dott. M.le FT Alessandro Rahino'

*Fisioterapista e Specialista in Scienze Riabilitative, Coordinamento e Management Sanitario.
Istituto S. Agostino - Noicattaro BA.*



Milioni di persone in tutto il mondo usano la loro testa e il loro collo per trasportare merci pesanti. Per fare ciò, il controllo della posizione della testa deve essere fenomenale e non consente alcun leggero movimento involontario. Purtroppo, per altre persone la testa comincia a muoversi anche quando non la stanno usando come mezzo di trasporto. Questa è condizione patologica e può essere molto invalidante.

Il tremore della testa è descritto come un movimento di oscillazione involontario e ritmico. Quando l'oscillazione è di tipo latero-laterale viene definito **tremore tipo no-no**, o su e giù, chiamato **tremore sì-sì**. Il tremore della testa può essere sia regolare come un pendolo o irregolare con il movimento di volta in volta che più pronunciato.

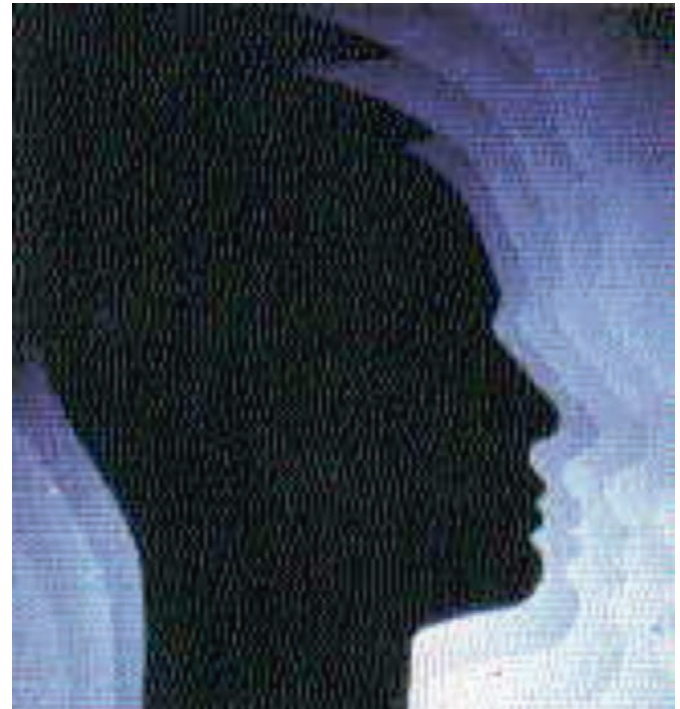
Il tremore della testa può essere dovuto a una condizione patologica chiamata tremore essenziale (essential head tremor: EHT) o a causa di distonia e in tal caso il tremore è etichettato tremore distonico (dystonic head tremor: DHT).

La diagnosi clinica di diversi tipi di tremore della testa può essere un dilemma quando appare isolato da altri sintomi e molto spesso i neurologi non sono d'accordo tra di loro sulla definizione dei vari tipi di tremore. Tuttavia, la distinzione deve essere fatta, in quanto trattamento e prognosi possono variare.

Tremore essenziale della testa (EHT)

Essential tremor (ET) è una descrizione clinica su base ereditaria, che colpisce il 50% dei fratelli quando un genitore è affetto con una incidenza maggiore per le femmine. Il tremore può influenzare le mani, la testa, il mento, la lingua e la voce.

ET si verifica quando il corpo è in postura eretta, per cui il tremore essenziale della testa (EHT) è presente anche quando si è seduti o mentre



si sta camminando e scompare quando si sta sdraiati. Inoltre non è possibile inibire il tremore con la stimolazione sensoriale dei punti cardinali come toccare la guancia o il mento con la mano. Invece quando il tremore si estende anche alle mani, può essere migliorato temporaneamente assumendo piccole quantità di alcool (utilizzato per fare diagnosi differenziale) e può rispondere ai farmaci beta-bloccanti come il propranololo.

Il tremore essenziale della testa è sempre associato anche tremore alle braccia o della lingua o della voce. Uno studio collaborativo tra la Turchia e gli Stati Uniti sulla causa del tremore della testa (ET 583 casi) non ha trovato nessun caso di tremore testa isolato; tutti sono stati associati con almeno un lieve tremore della mano.

Tremore distonico della testa (DHT), con distonia focale.

Il DHT provoca una oscillazione irregolare della testa, che è facile da diagnosticare quando si verifica in un paziente con un'evidente distonia cervicale con la testa in postura anomala e

presenza di spasmi muscolari. In questi casi, la condizione è descritta come una distonia cervicale tremula. DHT è uno dei primi sintomi di distonia cervicale nel 30% dei casi e viene riportato dal 30% al 60% dei casi di distonia cervicale stabiliti. Tale attività muscolare provoca posture abnormi e in molti casi dolore cervicale, che spesso rappresenta il sintomo più disabilitante. Il picco massimo di incidenza è tra la IV e la VI decade, il rapporto maschi femmine: 1:1.5-1.9, l'incidenza è pari a 10 casi /1.000.000 ab.

DHT può anche essere presente in assenza di distonia cervicale, ma associata ad altre distonie focali, come il blefarospasmo, distonia oromandibolare, distonia della voce o anche crampo dello scribano. Pertanto i pazienti con tremore della testa devono essere esaminati a fondo quando essi parlano, mangiano, scrivono, ecc.

Un ulteriore problema per la diagnosi è che non ci può essere una storia familiare di tremore o di distonia. Molte distonie non hanno alcuna causa genetica conosciuta e anche quando c'è una causa genetica i sintomi distonici potrebbero non apparire a membri della famiglia. Tuttavia, la diagnosi di tremore distonico della testa verrà fatta clinicamente sulla base dei seguenti segni:

1. Il tremore è irregolare all'osservazione;
2. Il tremore è non-responsivo a stimolazioni sensoriali inibitorie;
3. Il tremore persiste quando il paziente è sdraiato;
4. Posizione dipendente, il tremore peggiora in una determinata posizione della testa;
5. È associato a un tremito irregolare di una mano, (in contrasto con un tremore essenziale che è regolare e colpisce entrambe le mani);
6. Il tremore della testa è isolato, senza tremito nelle mani o la faccia o voce (in contrasto con un tremore EHT che è sempre associato con tremore in altre parti del corpo).

Forme secondarie si possono presentare in corso di malattia di Parkinson, Paralisi Sopranucleare Progressiva, malattia di Wilson o essere indotte dall'uso di alcuni farmaci



(neurolettici, metoclopramide, flunarizina, cinarizina), ictus.

In un quarto dei pazienti con distonia cervicale è presente distonia in altri distretti (oromandibolare, blefarospasmo, distonia assiale, distonia dell'arto superiore) e/o tremore posturale o d'azione. Il tremore del capo sia di tipo distonico che essenziale viene considerato parte integrante della patologia.

La valutazione è clinica, goniometrica, con sistemi di analisi del movimento e con scale semiquantitative (es. scala TSUI; Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale, TWSTRS, VAS per la valutazione del dolore). Le complicanze più temibili sono le alterazioni degenerative della colonna cervicale con, talora, compressione midollare e/o radicolare.

Nonostante il fatto che i pazienti non sempre sono consapevoli del loro tremore della testa, in particolare in caso di EHT, può essere difficile invece la gestione della loro sfera sociale che è causa spesso di imbarazzo e frustrazione tale da diventare un vero e proprio handicap. Tuttavia, il tremore della testa può beneficiare di un trattamento farmacologico per o.s. e/o

infiltrazioni di tossina botulinica soprattutto di tipo α . Il trattamento appropriato dipenderà dal tipo di tremore. Sono necessarie ulteriori ricerche per aumentare la comprensione di questa condizione. Forse nuove intuizioni potranno arrivare da inaspettato ambito di studio come per esempio il tremore della testa che colpisce anche i cani doberman e i pinscher le cui cause che non sono ancora conosciute.

Riabilitazione

A seconda della causa e della gravità del tremore, la fisioterapia e la terapia occupazionale possono essere necessarie per aiutare l'individuo ad affrontare i deficit di controllo neuromotorio. Noi fisioterapisti possiamo trattare i tremori a riposo con l'istruzione di tecniche di rilassamento, attività funzionali incorporando movimenti di rotazione, e alternando movimenti degli arti superiori e/o inferiori (modelli di reciprocità). Quando gli individui hanno un tremore significativo, mantenendo postura seduta o in piedi, il trattamento può concentrarsi su esercizi per promuovere il controllo neuromotorio del tronco come esercizi di stabilizzazione ritmiche e spostamento del peso orientato a promuovere l'aumento del tono propriocettivo del sistema vestibolo-cervicale.

Il programma riabilitativo attuativo varia da soggetto a soggetto affetti da tremori della testa. Il tipo, l'intensità e la progressione degli esercizi dipendono dalla specifica malattia che colpisce

il sistema nervoso. Se mansioni specifiche richiedono movimenti di motricità fine, possono essere necessari interventi di training di gesto specifico e riabilitazione professionale.

Inoltre la gravità del tremore, la causa di fondo, la responsività al trattamento, e requisiti professionali rappresentano fattori che influenzano la durata del trattamento e della disabilità.

REFERENCES

- Pal PK, Samii A, Schulzer M, Mak E, Tsui JK. Head tremor in cervical dystonia. *Can J Neurol Sci.* 2000 May;27(2):137-42.
- Godeiro-Junior C, Felicio AC, Aguiar PC, Borges V, Silva SM, Ferraz HB. Head tremor in patients with cervical dystonia: different outcome? *Arq Neuropsiquiatr.* 2008 Dec;66(4):805-8.
- Agnew A, Frucht SJ, Louis ED. Supine head tremor: a clinical comparison of essential tremor and spasmodic torticollis patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2012 Feb;83(2):179-81. doi: 10.1136/jnnp-2011-300823. Epub 2011 Nov 5.
- Masuhr F, Wissel J, Müller J, Scholz U, Poewe W. Quantification of sensory trick impact on tremor amplitude and frequency in 60 patients with head tremor. *Mov Disord.* 2000 Sep;15(5):960-4.
- Louis ED, Dogu O. Isolated head tremor: part of the clinical spectrum of essential tremor? Data from population-based and clinic-based case samples. *Mov Disord.* 2009 Nov 15;24(15):2281-5. doi: 10.1002/mds.22777.
- Wolf M, Bruehschwein A, Sauter-Louis C, Sewell AC, Fischer A. An inherited episodic head tremor syndrome in Doberman pinscher dogs. *Mov Disord.* 2011 Nov;26(13):2381-6. doi: 10.1002/mds.23936. Epub 2011 Sep 13.

TECARTERAPIA

ATRmed SMART

Innovativa Trasportabile
Pratica Tecnologica Unica
con piastra dinamica

MEDICALTOOLS

Tecnologia per il benessere

WWW.MEDICALTOOLS.IT

TEL. 0805341358 - info@medicaltools.it
Via Salvatore Matarrese, n. 47/H, 70124 Bari

OTTIMISMO E FELICITÀ IL SEGRETO DEL BENESSERE

Dott. Carmelo Ciraci, *Psicologo-Psicoterapeuta.*
Responsabile U.O.S. Consultori Familiari D.S.S n.3 ASL BR

“Se vuoi che la vita ti sorrida regalale il tuo buonumore”

Baruch Spinoza



Negli ultimi anni si è osservato un notevole aumento dell'interesse scientifico nei confronti del benessere. In realtà la psicologia si è occupata del benessere fin dalle sue origini, tuttavia, l'attenzione è stata rivolta soprattutto alle condizioni di assenza di benessere, cioè l'infelicità e la sofferenza umana.

La concezione di salute è cambiata nel corso del tempo e la condizione di benessere non può più essere considerata semplicemente “assenza di malessere”. Il benessere, infatti, è un costrutto multidimensionale che concerne sia la salute fisica che quella mentale e sociale dell'individuo.

Le scienze mediche e quelle psicologiche, da sempre centrate sulla cura dello stato di malessere, hanno tralasciato di occuparsi, invece, del benessere e di fornire delle indicazioni concrete per il suo raggiungimento.

Per quanto a molti possa sembrare strano, l'ottimismo e la felicità potrebbero rappresentare un efficace strumento in tal senso.

La “felicità” è un'emozione positiva che, distinguendosi dalla gioia (emozione positiva improvvisa ed intensa), designa, più in generale, uno stato emotivo di benessere.

Il termine deriva dal latino “*felicitas*” la cui radice “-fe” significa abbondanza, ricchezza e prosperità.

Oggetto di diverse speculazioni filosofiche, la felicità è stata anche studiata dagli psicologi. Tra questi Argyle è colui che si è occupato maggiormente di questa emozione e, nel suo libro *Psychology of Happiness* del 1987, egli ha spiegato che la felicità può essere intesa come una riflessione sull'appagamento nei riguardi della vita.

Gli studi di varia natura condotti sulla felicità

mettono in evidenza come essa non dipenda tanto da variabili anagrafiche quali l'età o il sesso, né dalla bellezza, ricchezza, salute o cultura. A tal proposito il demografo statunitense Richard Easterlin ha parlato del “paradosso reddito-felicità” riferendosi al fatto che nonostante negli ultimi decenni il reddito pro capite delle nazioni sviluppate ha continuato a crescere, i loro abitanti non sono diventati più felici. Appare interessante la proposta di Gabriele Giacomini, specializzato in Filosofia della Mente, della Persona, della Città e della Storia presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, di affiancare al PIL, indice della ricchezza di uno stato, un criterio di misura della felicità della popolazione.

Ma, se la felicità non può essere misurata o, comunque, spiegata esclusivamente in riferimento alla presenza di condizioni oggettive, a cosa la si può ricondurre?

Dalle indagini condotte, le relazioni umane rappresentano di gran lunga il migliore investimento in termini di felicità. Ma, come aveva già messo in evidenza Quennell negli anni Ottanta, la felicità è il godimento di uno stato di attività e quindi si potrebbe dire che essa è anche poter fare quello che ci rende contenti. Infatti, i ricercatori suggeriscono alle persone di focalizzarsi su quelle attività che le fanno più felici nel momento in cui le stanno vivendo, cercando di attribuire a quest'ultime un ruolo sempre più importante nella propria vita. La felicità è dunque qualcosa di soggettivo e può risiedere nelle piccole cose. Dan Gilbert, psicologo americano che si occupa da tempo dell'argomento, ha dimostrato, coi suoi studi, che il cervello dell'uomo si comporta come un simulatore in grado di “strizzare” felicità da condizioni che apparentemente non contengono alcun “succo di felicità”.

Perché proporre la felicità e l'ottimismo come



strumento per il raggiungimento del benessere?

La risposta sta in quanto è stata ritrovata nelle varie ricerche condotte finora sugli effetti dell'ottimismo e della felicità sulla salute fisica, mentale e sociale dell'individuo.

Ad esempio, l'ipotesi di una relazione fra le nostre emozioni e il sistema immunitario è stata suffragata da importanti evidenze empiriche. Per quanto riguarda l'ottimismo, uno studio, condotto da un gruppo di ricercatori di Pittsburgh guidati dallo psicologo Sheldon Cohen e pubblicato alcuni anni fa su *Psychosomatic Medicine*, ha mostrato come chi ha un atteggiamento positivo verso la vita e verso gli altri si mostra più resistente alle malattie virali; in sostanza, si ammala di meno!

Di recente, è stata anche pubblicata sull'*European Heart Journal* una ricerca della Columbia University Medical Center (New York, Usa) in cui si cerca di dimostrare che le persone contente, felici ed entusiaste hanno meno probabilità di sviluppare malattie cardiache di quelle che tendono a non essere felici.

Infatti, l'affettività positiva, come rilevato in altri studi, predice una maggiore modulazione parasimpatica della frequenza cardiaca proteggendo dalle malattie coronariche attraverso buone abitudini di sonno e assenza di abitudini al fumo.

Le ricerche sperimentali però confermano gli effetti positivi del buonumore anche per quel che riguarda i processi cognitivi e l'apprendimento. Diversi studi mettono in evidenza come l'allegria influisca positivamente sulla capacità di apprendimento e sulla memoria.

Evidenze empiriche mostrano un effetto positivo del buonumore anche sui meccanismi linguistici-cognitivi di base che risultano migliori in termini di velocità ed efficienza. Così come maggiormente positive risultano essere le valutazioni che una persona fa di se stessa, delle proprie azioni passate e degli altri.

Influenzando il modo di analizzare la realtà, ma anche la stessa percezione, l'umore positivo agevola le persone non solo nella risoluzione di problemi astratti e di tipo logico ma anche nella gestione delle relazioni.

Per quanto concerne gli effetti del buonumore, sul piano del comportamento sociale, le ricerche hanno trovato svariati effetti positivi. Tra

questi quello socialmente più rilevante è il comportamento altruistico (helping behavior). Infatti le persone, quando sono allegre, si mostrano anche più inclini a compiere azioni pro-sociali. Tra le manifestazioni dello stato di felicità e contentezza ve n'è una innata e contagiosa: il sorriso. Il sorriso è l'espressione facciale più precocemente riconosciuta ed è universale in quanto associata ad un umore positivo in tutte le culture, come emerge dagli studi condotti finora.

Interessante la funzione di una sana risata che, come è stato più volte messo in evidenza, ha un effetto benefico sul nostro organismo.

Il collega Pasquale Ionata, psicologo-psicoterapeuta e docente di psicologia della personalità alla Pontificia Auxilium di Roma, mette in evidenza gli effetti del sorriso e della risata sul benessere psicofisico sottolineando, così, sia l'utilità fisiologica che quella psicologica di tali gesti. Egli mette in evidenza come *"l'azione benefica sul nostro corpo si traduce in rapide contrazioni ritmiche delle fibre muscolari del diaframma. Esse producono un massaggio salutare sugli organi addominali, stimolandone le funzioni, attivando le secrezioni digestive ed empatiche; influiscono, inoltre, sul ritmo respiratorio, attivano la funzione polmonare e l'azione del cuore, producendo una migliore ossigenazione"*.

Azionando le dinamiche alla base del benessere, sorriso e risata si rivelano anche gesti di notevole utilità psicologica e di grande efficacia terapeutica. Infatti essi innescano un allentamento della tensione psichica oppure ancora costituiscono uno sfogo innocuo ed opportuno



delle tendenze represses.

Ne consegue l'importanza di tali gesti che, inseriti all'interno di una prospettiva più ottimista e positiva della vita costituiscono una modalità efficace per fronteggiare ogni tipo di problema come ha già trovato con le sue ricerche lo psicologo Owen Fitzpatrick, allievo di un grande della psicoterapia, Richard Bandler.

Sebbene già nell'antichità, filosofi quali Ippocrate e Galeno avessero attribuito al buon umore la potenzialità di migliorare il decorso di una malattia, il suo potere terapeutico, trascurato per secoli, è divenuto oggetto di un sempre più crescente interesse da parte della comunità scientifica a partire dagli anni Settanta del Novecento. William Fry, studioso della biologia del ridere, attraverso una rassegna delle ricerche empiriche sull'argomento, mette in evidenza l'impatto che la risata esercita sull'organismo a livello respiratorio, muscolare, cardiovascolare ed endocrino. Infatti durante una risata, aumenta il ritmo della respirazione, i muscoli si muovono, aumentano i battiti cardiaci, la pressione arteriosa e la temperatura, e viene stimolata la produzione ormonale. La risata, stimolando il rilascio di catecolamine ed endorfine, svolge un potente effetto analgesico e, allo stesso tempo, contrasta la secrezione di cortisolo e diminuisce il tasso di sedimentazione stimolando, in questo modo, la risposta immunitaria.

Emblematico il caso di uno scrittore americano, Norman Cousins. Egli, colpito da spondilite anchilosante, rifiuta la terapia farmacologica prescritta dai medici (che non gli avevano lasciato molte speranze circa la sua guarigione) e decide di curarsi a casa assumendo massicce dosi di vitamine C e guardando film comici e vecchi filmati di candid camera. Dieci minuti di risata riuscivano a farlo stare due ore senza sentire dolori, così, in maniera lenta e progressiva, dopo alcuni mesi, Norman riuscì a riacquisire la capacità di scrivere e dopo un anno anche a ristabilirsi.

Gli effetti positivi dell'ottimismo e delle sue manifestazioni (sorriso e risata) sono stati riscontrati in diversi studi così come numerose evidenze empiriche testimoniano come soddisfazione di vita, autostima ed ottimismo siano importanti rispetto ad un buon stato di salute, al successo lavorativo e a delle buone relazioni

con gli altri.

Il circolo virtuoso della felicità e dell'ottimismo è rappresentato dal fatto che atteggiamenti ed attese positive generano spesso dei comportamenti positivi.

Perché non pensare dunque alla promozione di questo salutare stile di vita basato sull'ottimismo e sulla positività?

Molti studiosi, tra cui lo psicologo statunitense Seligman, hanno affermato come l'ottimismo non sia una caratteristica di personalità immutabile ma un atteggiamento che si può apprendere.

Se il suo apprendimento è ampiamente possibile, l'educazione all'ottimismo dovrebbe essere ritenuta un diritto-dovere di ogni persona. Questo è ancora più vero per quel che riguarda l'educazione che i genitori dovrebbero impartire ai propri figli. Simone De Beauvoir scrive che *"i figli sono l'impegno di formare degli esseri felici"* mettendo in evidenza il ruolo centrale giocato dai genitori nel porre le buone condizioni per lo sviluppo sano ed emotivamente equilibrato dell'individuo.

BIBLIOGRAFIA

CAPRARA, G.V. & STECA, P. (2006). *"Voglia di felicità. Soddisfazione di vita, autostima e ottimismo: le tre risorse del pensiero positivo"*. *Psicologia Contemporanea*, 198, 62-69. Firenze: Giunti.

DATO, G. (2011). *"Formula matematica per trovare la felicità"*. *La Gazzetta del Mezzogiorno*, Lunedì 8 Agosto 2011, 18-19.

DE BEAUVOIR, S. (1961). *Il secondo sesso*. Milano: Il Saggiatore. Pp: 304.

DELHEY, J. (2010). *"Cosa ci rende felici?"*. *Psicologia Contemporanea*, 218, 44-50. Firenze: Giunti.

DIONIGI, A. (2009). *"La comico terapia"*. *Psicologia Contemporanea*, 214, 58-62. Firenze: Giunti.

D'URSO, V. & TRENTIN, R. (1998). *Introduzione alla psicologia delle emozioni*. Roma-Bari: Gius Laterza & Figli Spa.

FONTANA, E. (2011). *"Col sorriso sulle labbra"*. *Messaggero di Sant'Antonio*, dicembre 2011, 20-23.

GARDINI, S. & VENNERI, A. (2011). *"Il benessere psicologico"*. *Psicologia Contemporanea*, 226, 76-80. Firenze: Giunti.

REALIZZIAMO IL TUO PROGETTO DI FISIOTERAPIA INNOVATIVA

Medical Calò è il partner tecnologico ideale per la tua fisioterapia, forte di una esperienza quasi trentennale. Abbiamo selezionato da tutto il mondo i migliori apparecchi elettromedicali, per offrirti l'eccellenza. Ogni tecnologia ha una sua specifica caratteristica che soddisferà l'esigenza del tuo lavoro quotidiano e dei tuoi pazienti ideali. Il progetto di fisioterapia tecnologica viene così definito "sinergie strumentali", proiettando il tuo centro al futuro già da oggi. I nostri consulenti, specialisti, tecnici e formatori sono a tua completa disposizione per analizzare il tuo caso e rendere la tua fisioterapia innovativa e personalizzata. Tutti i sistemi rispettano rigorosamente le normative vigenti e sono dotati di Marcatura CE.

TERAPIA CELLULARE ATTIVA

INDIBA® da sempre tecarterapia **activ**

tecnologia brevettata con triplice effetto:
 ✓ bio stimolazione
 ✓ microcircolazione
 ✓ iperattivazione

Certificazione EMC
 COMPATIBILITÀ
 ELETTROMAGNETICA



RADICOLOPATIE

Frems®

la soluzione definitiva per il trattamento delle radicolopatie

anche portatile

effetto curativo e davvero duraturo



LASER AD ALTA POTENZA

Hilterapia®

il laser Nd:YAG più potente al mondo

rapida risposta analgesica, antinfiammatoria e rigenerativa

MIG
 Multiwave
 Lockdown System

lasertherapie portatile evoluta



FISIOTERAPIA HI-TECH

ENRAF NONIUS
 PARTNER FOR LIFE

elettroterapia, ultrasuoni e combinato con testina multifrequenza 1,3 MHz e biofeedback

trasportabile e con protocolli trattamenti precaricati rapidi ed efficaci

letti trattamento di design, robusti e con alzata elettrica / idraulica



LEADER NELLE ONDE D'URTO

EMS®
 ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

manipoli di ultima generazione per trattamenti ad onde d'urto radiali e focali

una tecnologia straordinaria e ricca di documentazione scientifica, casi clinici e il know how di Swiss Dolorclast

RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

TecnoBody®

valutazione posturale e controllo propriocettivo mono-bipedalico

il medical fitness per la prevenzione e il mantenimento

immersione virtuale e feedback in tempo reale



medical **calò**

☎ 080.3023188

🌐 medicalcalo.it



TECNOLOGIE PER LA RIABILITAZIONE



CONSULENZA



FORNITURA



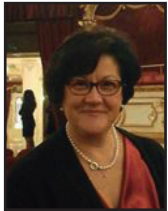
FORMAZIONE



ASSISTENZA

RISK MANAGEMENT NELLE ATTIVITÀ RIABILITATIVE DOMICILIARI

Dott. FT Beatrice Illuzzi, ASL BARI DSS 3 - Bitonto, Palo del Colle



Il Risk Management, RM d'ora in poi, in sanità è un'analisi di eventi che possono avvenire durante l'esecuzione materiale di una prestazione sanitaria che coinvolge non solo il singolo operatore ma l'intera organizzazione; l'analisi di questi eventi e la prevenzione dei rischi può migliorare notevolmente le risposte del SSN alla richiesta di salute del cittadino.

In questo lavoro si cercherà di dimostrare come il RM durante l'esecuzione di trattamenti fisioterapici a domicilio degli ammalati (per definizione sono pazienti molto complessi perché affetti da gravi patologie invalidanti con evidenti comorbilità) è particolarmente difficile da studiare e da applicare; si dimostrerà anche che solo con una formazione adeguata e una organizzazione snella ed efficiente si possono ridurre i rischi impliciti di questo particolare tipo di lavoro.

Il RM si presenta come l'insieme di attività coordinate per gestire i rischi legati alle attività sanitarie all'interno di una organizzazione.

Il rischio clinico si verifica quando un paziente diventa vittima di un evento avverso, imputabile a cure mediche o paramediche che si svolgono in ambiente ospedaliero e non, per cui il paziente subisce un danno che causa un allungamento dei tempi di degenza, un peggioramento delle condizioni cliniche generali o un decesso.

Inoltre, il RM rappresenta l'insieme delle strategie di gestione del rischio attraverso strumenti, metodi e azioni con cui si stima il rischio stesso e si studiano le opportune strategie per prevenire eventi avversi.

L'evento o "errore" può essere determinato da fattori tecnici, strutturali e organizzativi.

Ma l'"errore" può avere anche una valenza positiva, perché attraverso l'analisi delle cause che lo hanno provocato si può evitare il suo ripetersi.

Il rischio clinico, quindi, è la possibilità di subi-

re un Adverse Events, dunque eventi avversi di qualsiasi natura e gravità che causano la morte, una malattia, una menomazione, una disabilità ma anche una sofferenza temporanea importante.

Ricordiamo le cause più importanti che possono aumentare il rischio clinico:

- Aumento eccessivo dei carichi di lavoro
- Continue situazioni di emergenza ed urgenza
- Inadeguata dotazione organica del personale
- Introduzione non pianificata di nuove procedure terapeutiche
- Introduzione non pianificata di nuove regole o di nuove strategie di intervento
- Mancanza di **protocolli e linee guida**
- Aumento ingiustificato dell'inserimento di dati e parametri in forma orale o scritte
- Utilizzo di personale non adeguatamente addestrato o proveniente da enti esterni o non in grado perfettamente di comprendere e parlare la lingua del posto.

A tale riguardo le organizzazioni si sono dotate di particolari schede denominate **Incident Reporting**, in cui vengono segnalati con modalità standardizzate gli eventi per definizione negativi: adverse events, no harm events, nearmissis.

Le **linee guida** orientano l'operatore nello scegliere la migliore opzione possibile nell'agire, ciò che è necessario e ciò che non lo è, ciò che è di provata efficacia e ciò che non lo è.

Le **procedure** sono descrizioni dettagliate di atti da compiere in successione per l'attuazione di specifiche attività. Sono uno strumento rigido che applica i concetti scientifici senza lasciare adito a discrezionalità soggettive

I protocolli sono strumenti che:

- Rendono omogenea la prestazione sanitaria

- Sono uno strumento di formazione permanente
- Facilitano l'inserimento dei nuovi assunti con opportuni tutoraggi
- Costituiscono un elemento di tutela professionale da un punto di vista giuridico perché seguendo il protocollo si ha la certezza di aver agito correttamente
- Fungono da promemoria per il ripristino del materiale
- Sono la traduzione delle linee guida
- Vengono redatti da operatori all'interno della stessa U.O.
- Non si possono fare protocolli per ogni azione ma i primi che devono essere creati sono quelli per le situazioni a rischio

In Italia, il tema dell'errore professionale e della responsabilità dell'ente in medicina è sempre stato nel passato considerato di competenza della medicina legale e si basava su un approccio rivolto alla ricerca della responsabilità professionale.

A novembre 2006, si è realizzato il primo Forum sul RM dal quale è emersa la necessità di attuare progressivamente e mettere il KNOW HOW acquisito teoricamente in materia di RM a livello aziendale per evitare i problemi connessi alla cosiddetta medical malpractice che facevano lievitare le coperture assicurative. Si sono mossi quindi i primi passi per ottenere delle normative che riguardassero il RM, non solo sulla qualità del servizio ma anche sugli aspetti concernenti la gestione del rischio stesso.

Le Aziende sanitarie si sono dunque dotate del Piano gestionale del RM con specifici obiettivi:

- Identificare il rischio tramite la mappature
- Quantificare, analizzare, comunicare, eliminare, monitorare attraverso un gruppo di lavoro
- Valorizzare il rispetto di terzi, sia esso operatore che paziente

La **responsabilità professionale sanitaria** è legata all'illecito penale, civile o amministrativo: un comportamento vietato da una norma a cui segue una sanzione.

Risk management nel lavoro del Fisioterapista domiciliare

I bisogni di salute della popolazione si sono via via modificati negli ultimi anni. Ragioni economiche dettate da politiche sanitarie che puntano al risparmio, carenze di strutture di accoglienza post-acuta, comorbilità e cronicità di malattie invalidanti hanno spostato la centralità dell'assistenza sanitaria dall'Ospedale al Territorio. Tutto questo ha decentrato compiti sanitari, compresi quelli riabilitativi, dall'ospedale al territorio non adeguatamente organizzato per diventare protagonista dei processi di Salute. Il ruolo del Fisioterapista ha visto un deciso aumento di **Competenza e Autonomia e Responsabilità** alla luce del DM 741/94, legge 42/99, che lo ha trasformato da professione ausiliaria a professione sanitaria. Le competenze sono Prevenzione, Cura e Riabilitazione secondo criteri di Appropriatazza, Efficienza, Efficacia e anche secondo il Codice Deontologico.

La Qualità del lavoro fisioterapico si può definire come il "Rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze avanzate e delle risorse disponibili.

Quando il fisioterapista opera in spazi istituzionali, nella gestione di eventi avversi può contare sulla intera organizzazione ospedaliera o ambulatoriale mentre a domicilio del paziente può contare solo sulle sue competenze.

Pertanto tra le pareti domestiche aumentano le aspettative di elevata competenza tecnica, la capacità di adattarsi a lavorare in contesti talvolta notevolmente inappropriati con un notevole aumento del **RISCHIO CLINICO**.

Il domicilio rappresenta il luogo "facilitato" per tutti gli interventi di competenza fisioterapica compreso l'addestramento ambientale e utilizzo di tecnologia miranti all'autonomia.

Per evitare rischi al paziente domiciliare di per sé molto complesso, quindi garantire una prestazione sanitaria adeguata, è necessaria una maggiore competenza che deve realizzarsi attraverso:

- Attivazione specifica di corsi per l'emergenza BLSD-PBLS
- Formazione dei Care givers per la gestione delle posture, per i passaggi di posizione, per

la gestione del cammino e delle autonomie ed
minimizzare rischio CADUTE

-Valutazione del rischio cardiovascolare perché
spesso trattasi di pazienti allettati o parzialmente
allettati attraverso la osservazione delle
REDFLAGS, letteralmente bandierine rosse che
stanno ad indicare quando al paziente non va
somministrata alcuna terapia riabilitativa

- Rischio del Burn out, inteso come reazione allo
stress lavorativo tipico delle helping professions

- Rischio nella gestione della movimentazione
dei carichi Cfr legge 626 e modifiche

In conclusione l'attività riabilitativa domiciliare
presenta notevoli fattori di rischio non del tutto
ancora pienamente conosciuti ed esplorati.
Anche perché non esistono in letteratura lavori
validati per linee guida e protocolli.

Purtroppo si assiste ancora oggi a un approccio
riabilitativo soggettivo perché mentre una prestazione
infermieristica è precisamente oggettivabile, una prestazione
fisioterapica non presenta questa possibilità. Quello che somministra un
infermiere solitamente è un farmaco o una procedura precisa, il fisioterapista invece somministra
un trattamento che ancora oggi risente **troppo**

delle scuole di pensiero e pertanto non valutabile
con precisa oggettività. Si dovrebbe guardare al
lavoro riabilitativo sulla base di risultati e obiettivi
raggiunti e non in relazione ad un risultato produttivo
numerico. Ma, si sa, la riabilitazione è una scienza medica
giovane che ha da compiere ancora grandi passi assieme alla
identità culturale e professionale del lavoro del fisioterapista.

BIBLIOGRAFIA

- *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista*

- *Disposizioni in Materia di Professioni Sanitarie Legge*

- *Regolamento Regionale Regione Puglia 4 agosto 2011 n° 20 e modifiche a regolamento 16 del 4 novembre 2010 n° 16*

- *Atti IX congresso Card Puglia relazione Dott. Beatrice Illuzzi "Gestione del paziente domiciliare, le buone pratiche in fisioterapia. Le risorse del territorio". Noicattaro 10/11 aprile 2014.*

- *Buscemi Antonio. Piattaforma Unitelma 2015*

- *Donabedian "La qualità dell'assistenza sanitaria" Firenze 1990*



TOMBOLINI
OFFICINE ORTOPEDICHE

**ACCANTO A TE,
IN TUTTE LE FASI DELLA VITA**



errepinet.it

SPECIALISTI IN ORTOPROTESICA

Stabilimento produttivo:
Via San Giovanni - Zona Industriale
74027 San Giorgio Jonico
Tel. 099 5927761
Fax 099 5919865
Email: info@ortopediatombolini.it

www.ortopediatombolini.it

Azienda Accreditata ASL / INAIL
Ministero della Sanità

SAN GIORGIO JONICO (TA)
TARANTO
CASTELLANETA (TA)
MATERA
BARI

follow us



Azienda certificata
ISO 9001:2008
ISO 13485:2004



*Buon Natale
Felice Anno Nuovo*