



# fisioterapisti

## LA NOSTRA VOCE Puglia

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti  
Regione Puglia n. 56 (1° Trimestre 2016) - 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



**Dx**

**#fisioterapistaok**

# AIFI PUGLIA UNA BELLA REALTÀ

...CON UNA STORIA DI QUASI MEZZO SECOLO



**L**AIFI Puglia vuole essere, non solo per decreto ministeriale, ma anche per la sua attività l'Associazione rappresentativa dei Fisioterapisti. L'attività che da quasi 50 anni svolgiamo è quella dettata dal nostro Statuto nel quale all'art. 2 afferma:

- sviluppare la formazione in riabilitazione e migliorare le conoscenze scientifiche, professionali e culturali degli associati e in genere dei fisioterapisti; a tal fine, l'Associazione Regionale può promuovere la pubblicazione di opere e di editoriali a carattere scientifico e divulgativo nelle materie di competenza,
- promuovere e collaborare con i mass media per la diffusione di una corretta informazione sulle tematiche della riabilitazione, promuovere, organizzare e svolgere convegni, corsi di formazione professionale rivolti alla qualificazione sia degli associati che dei non associati;
- promuovere e collaborare con il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano, le aziende sanitarie, gli altri organismi e istituzioni sanitarie pubbliche e con le associazioni dei cittadini per la tutela della salute anche perseguendo legalmente ogni forma di esercizio abusivo della professione;

**La pubblicazione di questa rivista** è il risultato di come continua a migliorare la nostra comunicazione; siamo partiti 15 anni fa con la prima edizione, voluta dalla visione lungimirante di Concetta Pesce, per diventare una realtà giornalistica specializzata che si arricchisce di contenuti ed innovazioni che consentono di migliorare la promozione della nostra professione. La rivista, spedita a fisioterapisti e strutture sanitarie e scaricabile dal nostro sito, è uno strumento che dà valore alla nostra professione e permette a chi opera nella sanità pugliese di apprezzare il nostro livello di competenze e professionalità.

**La nostra attività regionale è visibile,**

**anche, dalla pagina Facebook e dal sito [www.aifipuglia.it](http://www.aifipuglia.it).** Inoltre, la **collaborazione con RC NEWS** (radio cittadella news) ci **consente di divulgare nei social** le competenze del fisioterapista; queste sono illustrate con un linguaggio chiaro per permettere a tutti i cittadini di comprendere l'importanza della nostra professione per contribuire al benessere della popolazione.

**La realizzazione delle giornate formative** da questo anno consentono di affrontare diversi ambiti della fisioterapia, **permettendo l'aggiornamento dei colleghi con costi ridotti.**

In questi eventi continuiamo a preferire docenti pugliesi, sia perché abbiamo nella nostra regione soci specializzati, ma anche perché vogliamo dare la possibilità agli esperti della nostra terra di trasmettere le proprie esperienze agli altri colleghi.

L'offerta formativa iniziata con le proposte del primo semestre si concluderà con l'organizzazione del Convegno regionale, del 18 giugno, che affronterà con i medici di medicina generale il problema della lombalgia. Inoltre, a breve renderemo nota la programmazione formativa per il secondo semestre 2016.

**L'attività di relazione** ci vede punto di riferimento in Puglia: **con le Associazioni dei cittadini**, (vedi la nostre partecipazioni sia al convegno delle Malattie Mitocondriali a Molfetta che a quello dell'associazione "Cuore di Donna" a Brindisi), **con i partiti politici, l'Ordine dei Medici, La Fimmg regionale, CARD Puglia, le Asl, le università, e in particolare con le istituzioni della Regione Puglia.**

**Con la Regione Puglia abbiamo avviato una importante collaborazione.** Infatti, In novembre siamo stati in audizione nella Terza commissione Assistenza Sanitaria e Servizi Sociali della Regione. In quella occasione ringraziammo la Commissione che stava elaborando il progetto di legge, presentato dai Consiglieri Giuseppe Romano e Michele Mazzarano, per l'istituzione del Consiglio Sanitario Regionale, necessario per fornire pareri sugli effetti e sui risultati pro-

dotti dalle deliberazioni di Giunta e dalle leggi del Consiglio in materia di tutela della salute.

Il CSR è uno strumento necessario per far dialogare con le professioni sanitarie, le istituzioni regionali e le associazioni dei cittadini per contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie nella nostra regione.

In quella audizione ponemmo all'attenzione della Commissione, la mancanza, all'interno dell'ufficio di presidenza del CSR, della presenza di tutte le Professioni Sanitarie. Quindi, sarebbero venuti a mancare tutti i loro contributi per fornire pareri più completi nell'interesse del benessere dei cittadini pugliesi.

Il 15 marzo sc. il Consiglio Regionale ha approvato l'istituzione del CSR con la presenza, nel

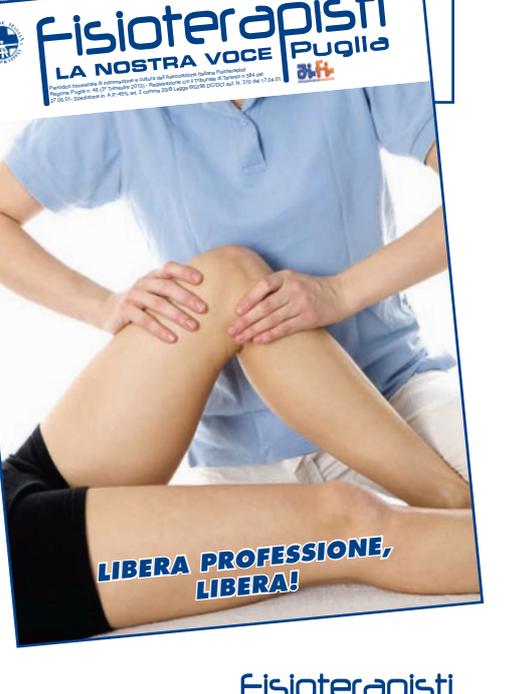
suo Ufficio di Presidenza, di tutte le aree delle PPSS.

La Puglia è la seconda Regione, oltre la Toscana, ad istituire questo importante organo consultivo ponendosi all'avanguardia in Italia.

L'A.I.F.I. Puglia ringrazia sia il consigliere Giandiego Gatta, perchè ha riproposto l'emendamento che prevedeva la presenza di tutte le Professioni Sanitarie nell'Ufficio di Presidenza del CSR, che tutti i consiglieri che lo hanno votato dimostrando di avere l'interesse a migliorare la legge.

**L'A.I.F.I. Puglia rappresenta e valorizza i Fisioterapisti, non solo per decreto ministeriale ma anche nei fatti.**

Il Presidente  
**Dott. FT. Eugenio D'Amato**



# A I F I

## ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE, NON ASSOCIAZIONE SINDACALE

Dott. Ft. Fabio Domenico Mazzeo, Vicepresidente A.I.F.I. Puglia

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



**L**a Costituzione italiana (art. 18) riconosce ai cittadini il diritto di associarsi liberamente, senza autorizzazione, per

fini che non sono vietati ai singoli dalla legge penale. Lo stesso articolo proibisce le associazioni segrete e quelle che perseguono, anche indirettamente, scopi politici mediante organizzazioni di carattere militare.

La stessa Costituzione (art. 39) definisce l'organizzazione sindacale come "una organizzazione libera. Ai sindacati non può essere imposto altro obbligo se non la loro registrazione presso uffici locali o centrali, secondo le norme di legge. È condizione per la registrazione che gli statuti dei sindacati sanciscano un ordinamento interno a base democratica. I sindacati registrati hanno personalità giuridica. Possono, rappresentati unitariamente in proporzione dei loro iscritti, stipulare contratti collettivi di lavoro con efficacia obbligatoria per tutti gli appartenenti alle categorie alle quali il contratto si riferisce".

In diritto, un'associazione è un ente costituito da un insieme di persone fisiche o giuridiche (gli associati) legate dal perseguimento di uno scopo comune.

Nell'ordinamento giuridico italiano, l'associazione è una delle forme aggregative riconosciute dalla legge, che ne tutela la libertà costitutiva e le forme di attività. L'associazione ha base personale ed è costituita da almeno due persone che perseguano uno scopo comune legittimo, non essendo il patrimonio un elemento essenziale. Con il contratto associativo (l'atto costitutivo), due o più soggetti si obbligano, attraverso una organizzazione stabile, a perseguire uno scopo comune non economico.

L'Associazione Italiana Fisioterapisti è Associazione di rilevanza nazionale di categoria dei "Fisioterapisti", così come definiti dal D.M. n. 741 del 14 settembre 1994 e dalle successive norme relative al suddetto profilo professionale (art. 1, comma 2 Statuto A.I.F.I.).

Con il Decreto Ministeriale 28 luglio 2014, Definizione delle Associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale per le Professioni Sanitarie della Riabilitazione, Professioni

Sanitarie Tecniche, Professioni tecniche della Prevenzione, il Ministero della Salute ha riconosciuto solo ad A.I.F.I. il ruolo di Associazione maggiormente rappresentativa a livello nazionale per le Professioni Sanitarie della Riabilitazione per la categoria dei Fisioterapisti.

L'Associazione si propone di rappresentare, tutelare e promuovere la categoria dei fisioterapisti, coniugare gli interessi dei suoi membri con i bisogni della comunità e



sviluppare la conoscenza e l'approfondimento scientifico della professione, incluse la pratica professionale, la formazione e la ricerca (art. 2, comma 1 Statuto A.I.F.I.).

Ai predetti fini l'Associazione si propone di svolgere le seguenti attività (art. 2, comma 2 Statuto A.I.F.I.):

- a) definire e promuovere principi etici e deontologici, che siano vincolanti per gli associati e riferimento per tutti i fisioterapisti, garantendo e vigilando sul loro rispetto;
- b) affermare e sviluppare il ruolo e le competenze professionali del fisioterapista nei processi di prevenzione, valutazione, intervento e di mantenimento, relativi a menomazioni, limitazioni funzionali e disabilità;
- c) definire, mantenere e promuovere standard e linee guida per l'esercizio professionale ai fini del miglioramento continuo dello stato di salute/benessere della collettività;
- d) sviluppare la formazione in riabilitazione e migliorare le conoscenze scientifiche, professionali e culturali degli associati e in

genere dei fisioterapisti; a tal fine, l'Associazione può promuovere la pubblicazione di opere e di editoriali a carattere scientifico e divulgativo nelle materie di competenza, promuovere e collaborare con i mass media per la diffusione di una corretta informazione sulle tematiche della riabilitazione;

- e) intervenire, a tutti i livelli, nella definizione e nella adozione delle politiche di settore che abbiano ricadute dirette e indirette sulla professione;
- f) promuovere e collaborare con il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le aziende sanitarie, gli altri organismi e istituzioni sanitarie pubbliche e con le associazioni dei cittadini per la tutela della salute anche perseguendo legalmente ogni forma di esercizio abusivo della professione;
- g) tutelare e implementare il rispetto del codice deontologico da parte dei professionisti, nei vari contesti operativi o regimi contrattuali (libera professione o alla dipendenza di terzi soggetti);



**TOMBOLINI**  
OFFICINE ORTOPEDICHE

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



errepnet.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](mailto:info@ortopediatombolini.it)

[www.ortopediatombolini.it](http://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



h) promuovere gli atti necessari per addivenire ad una struttura associativa a carattere federativo.

L'Associazione non ha finalità di natura sindacale (art. 2, comma 3 Statuto A.I.F.I.).

Nella mission di A.I.F.I. è compresa l'istituzione dell'ordine professionale, necessario per garantire la qualità delle attività svolte dai professionisti, impedendo l'esercizio abusivo di persone non abilitate.

Se esistesse l'ordine, tutti i fisioterapisti sarebbero obbligati, per legge, ad essere iscritti per poter esercitare la professione. Non esistendo l'ordine, vengono conferiti all'A.I.F.I. compiti tipici delle professioni ordinate, come ad esempio la nomina di due commissari che fanno parte delle commissioni di Laurea.

Ma allora, cos'è un sindacato? cosa fa per i cittadini e i lavoratori? cerchiamo di chiarire questi ed altri dubbi nel nostro approfondimento...

Le organizzazioni sindacali, o semplicemente sindacati, sono enti costituiti da una collettività di lavoratori che ad esso si associano e che si propongono di tutelare i diritti e gli interessi professionali degli iscritti sul luogo di lavoro e all'interno della società.

Il principale obiettivo del sindacato, è la regolazione congiunta delle condizioni di lavoro, che si realizza prevalentemente attraverso la stipulazione dei contratti collettivi. La trattativa tra sindacato e parte datoriale può svolgersi a vari livelli, ovvero aziendale, territoriale, regionale o nazionale. Il contratto collettivo, quindi, ha la funzione generale di tutelare gli interessi dei lavoratori rappresentati.

Altresì, il sindacato si adopera per fornire diversi servizi ai propri iscritti, qualiconsulenza e assistenza nelle controversie di lavoro, supporto nell'impugnazione del licenziamento e altri provvedimenti disciplinari; offrire attraverso società loro collegate, come i patronati, attività di assistenza e consulenza negli ambiti previdenziali, assicurativi, ed i centri di assistenza fiscale (compilazione e trasmissione all'Agenzia delle Entrate della dichiarazione dei redditi, con i modelli 730 - per i lavoratori dipendenti e i pensionati e Unico - per i possessori di redditi da impresa o da lavoro autonomo, e la compilazione della certificazione ISEE).

I principali sindacati italiani (dei lavoratori) sono i confederali (CGIL, CISL, UIL, ecc.), gli autonomi (F.S.I., FLP, NURSIND, ecc.), di base (Cobas, USI, USB, ecc.), i settoriali/specifici (AIC, FABI, CONFISAL, ecc.).

In definitiva, il sindacato normalmente rappresenta le parti in un rapporto di lavoro, per la tutela di interessi professionali collettivi, come il contratto collettivo nazionale di lavoro.

Per questo motivo i soci A.I.F.I. possono iscriversi a qualunque sindacato, così come succede per i medici: iscritti tutti all'Ordine, divisi nelle diverse sigle sindacali, uniti nella difesa della professione.

Segreteria Redazionale:

**A.I.F.I. - 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)**

# PROFESSIONISTI SENZA FRONTIERE EUROPEAN PROFESSIONAL CARD: DAL 18 GENNAIO SI PARTE

**Dott. Ft. Michele Cannone**

*Coordinatore dell'Ufficio Esteri e del Supporto Tecnologico alla comunicazione - Ufficio di Presidenza AIFI Nazionale*



Il 18 gennaio 2016 è una data storica per i fisioterapisti europei. L'Europa, infatti, ha deciso di ridurre ancora meno l'altezza delle barriere che ci separano dall'essere "liberi" di vivere e lavorare nei Paesi dell'Unione e del SEE. Ironia della sorte! Mentre scrivo queste parole al TG annunciano che Shengen sta per saltare in nome della sicurezza.

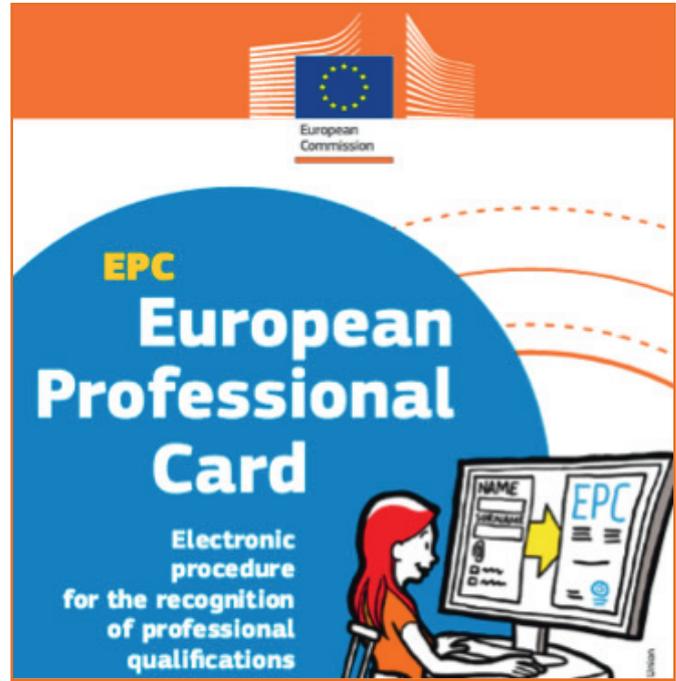
Il progetto della "European Professional Card (EPC)" introdotta dalla direttiva 2013/55/EU che modifica l'attuale Direttiva 2005/36/CE nasce all'interno di una *vision*, quella di **Europa 2020**, che punta ad una economia di tipo intelligente, sostenibile ed **INCLUSIVO**.

La **tessera professionale europea** non è una tessera fisica ma si tratta di una procedura elettronica finalizzata al riconoscimento delle proprie qualifiche professionali in altro paese dell'UE. È, di fatto, la prova elettronica del fatto che si sono superati i controlli amministrativi per il riconoscimento delle proprie qualifiche professionali nel paese in cui si intende lavorare (Paese ospitante) sia **in modo temporaneo** ma anche per **stabilimento** definitivo. Nel secondo caso saranno previsti dei controlli supplementari prima di iniziare a lavorare.

Rispetto alla vecchia procedura prevista dalla 36/2005/CE è anche più facile e trasparente perché permette di seguire l'andamento della propria domanda online e riutilizzare i documenti già caricati per presentare nuove domande in altri Paesi.

Dal 18 gennaio 2016 possono usufruire della nuova procedura solo le seguenti figure:

- fisioterapisti
- farmacisti
- infermieri
- guide alpine
- agenti immobiliari.



Per gli altri professionisti restano valide le procedure standard per il riconoscimento delle qualifiche professionali. In futuro, la procedura potrebbe essere estesa ad altre professioni.

Quando una domanda è stata approvata, puoi creare il certificato della tessera professionale europea in formato PDF, comprendente anche un numero di riferimento utilizzabile per verificare online la validità della tessera.

Tra i maggiori vantaggi di questa nuova procedura c'è la possibilità di utilizzare i propri dati anche in futuro per muoversi verso un altro differente Paese; inoltre se le autorità del Paese ospitante non si pronunciano nei tempi previsti le proprie qualifiche verranno riconosciute tacitamente.

La tessera sarà valida a tempo indeterminato in caso di trasferimento a lungo termine (stabilimento) e 18 mesi (12 per le professioni della salute) in caso di trasferimento temporaneo.

## LA PROCEDURA

Per richiedere una tessera professionale europea, occorre innanzi tutto **connettersi a ECAS**, il servizio di autenticazione della Commissione

europea e creare un account.

Una volta completato il proprio profilo **con i** dati personali e i recapiti si potrà **creare una domanda**, caricare le scansioni dei documenti necessari e trasmetterli all'autorità del paese ospitante.

Ogni documento giustificativo deve essere scansionato e poi caricato singolarmente.

Per ogni domanda, **sia le autorità del Paese di origine che quelle del Paese ospitante possono applicare tariffe** per esaminare il fascicolo. In tal caso, riceverai una fattura distinta da ciascuna autorità.

Le autorità possono anche chiederti di fornire copie certificate conformi dei documenti, se non riescono a verificare la validità dei tuoi documenti.

Ecco tariffa e documenti richiesti in una nostra (Ufficio Esteri Nazionale) simulazione di EPC verso il Regno Unito:

1. Prova della nazionalità/identità (passaporto o della carta d'identità)
2. Prova del domicilio legale (prova documentale che confermi che rispetti le condizioni per praticare la professione nel tuo paese di origine e che non ti è stata vietata la possibilità di praticarla (sei "legalmente stabilito" nel tuo paese di origine)
3. Titolo di formazione o qualifica professionale
4. Prove relative all'onorabilità / moralità / assenza di dichiarazione di fallimento
5. Prova dell'assenza di sospensioni dall'esercizio della professione
6. Prova dello stato di buona salute
7. Prova della capacità finanziaria (rilasciato da una banca, oppure altra prova pertinente come estratti conto bancari)
8. Prova della copertura assicurativa professionale
9. Informazioni aggiuntive sulla durata e il contenuto della formazione
10. Altre formazioni pertinenti ma che restano facoltative (ad esempio i corsi ECM)
11. Esperienza professionale (un documen-



to che provi che negli ultimi 10 anni hai esercitato la professione a tempo pieno per 1 anno o a tempo parziale per una durata complessiva equivalente) e che indichi chiaramente le attività professionali interessate (buste paga, attestati dei datori di lavoro o altri documenti affini)

12. Informazioni sui titoli di formazione assimilati (Un documento rilasciato dall'autorità competente del tuo paese di origine che confermi che, ai sensi della legislazione nazionale, hai il diritto di esercitare la professione nel tuo paese, anche se le qualifiche non rispondono più ai requisiti nazionali vigenti.

13. Altri documenti (facoltativo)

La tariffa calcolata nella simulazione è stata di 220 GBP

### Considerazioni finali

Con la nuova direttiva non solo si avrà l'opportunità di modernizzare le regole di riconoscimento delle qualifiche professionali ma la stessa porterà a riesaminare l'ambito delle professioni regolamentate poiché ogni Stato dovrà rivedere tutta la propria regolamentazione delle professioni per verificare che sia non discriminatoria, proporzionale e basata su un motivo imperativo di interesse generale.

L'Italia dovrà fare un grande lavoro in questo ambito essendo tra i Paesi europei con un maggior numero di professioni regolamentate. Quest'ultimo sarà l'ultimo step per aprirci all'Europa, ovvero avere un "quadro comune di formazione" in modo che il percorso di studi sia lo stesso ovunque nell'UE.

# EVENTI FORMATIVI AIFI

## UN'OPPORTUNITÀ DI CRESCITA PER I SOCI

Dott.ssa FT Debora Pentassuglia, Responsabile Libera Professione AIFI Puglia



*“Facciamo della NOSTRA PROFESSIONE la COSA Più BELLA che ESISTA”*  
Maselli F.



**P**assione, Dedizione, Competenza, Professionalità e Ricerca sono soltanto alcuni degli ingredienti che hanno portato alla realizzazione dei primi due eventi formativi dell'Aifi Puglia, di notevole spessore per la nostra categoria.

Il tempo è il comune denominatore di tutti gli esseri umani e ciascuno decide quale senso dare ad esso: quattro colleghi, orgoglio pugliese, impegnati come docenti su tutto il territorio nazionale hanno deciso di condividere il frutto delle loro “scelte” con gli studenti del corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli studi di Bari. Prima del fatidicogiorno che ci permette di arrivare al traguardo della Laurea ci si trova spesso lontano dalla realtà della professione, della pratica clinica e del percorso formativo specialistico che plasmerà senza mai un “punto e basta” la vita professionale. Per questo motivo AIFI Puglia ha proposto di affrontare due argomenti di interesse specialistico fra i banchi

dell'Università. Lo scopo non è stato insegnare, ma dare l'idea del meraviglioso futuro che attende gli “studenti oggi, colleghi domani”:

- **“La spalla fra totem e tabù”** Giovanni Di Giacomo, Mario Rojas, Fabrizio Brindisino.

Un concreto approccio multidisciplinare per il trattamento di “un” articolazione molto complessa: un chirurgo ortopedico, un radiologo e un fisioterapista specializzato in terapia manuale (OMT Orthopaedic Manipulative Therapist). L'anatomia spiegata da un punto di vista funzionale, le bioimmagini raccontate da occhi esperti e l'approccio riabilitativo applicato soltanto dopo il connubio fra evidenze scientifiche, clinica ed esigenze del paziente.

Perché la glena è a forma di pera? Tutte le lesioni del m. sovraspinato devono essere riparate con la chirurgia artroscopica? Cosa è in realtà l'impingement? C'è sempre correlazione fra bioimmagini e clinica? La discinesia scapolotoracica ha un'origine biomeccanica?

La legge di Wolff dice che la risposta a carichi deformanti causa un rimodellamento osseo, pertanto la glena che subisce maggiori sollecitazioni sulla sua parte inferiore presenta questo cercine più allargato e quindi meno mobile, e il cercine superiore più ristretto e più mobile.

Come conferma da tempo la letteratura scientifica, noti



Filippo Maselli durante la sua relazione.

sono gli esempi secondo cui la bioimmagine di una colonna lombare non faccia il mal di schiena, data l'alta prevalenza di impairment anatomici (artrosi, ernie discali, ecc) anche in persone asintomatiche; anche per la spalla, la letteratura scientifica conferma che diversi impairment anatomici, come la lesione della cuffia dei rotatori, sono presenti in alta percentuale nella popolazione anziana ma questo non significa che tutti siano candidati alla risoluzione chirurgica. La funzionalità della spalla può essere preservata anche con la compresenza di un'alterazione anatomica dei muscoli della cuffia dei rotatori. Occorre soltanto lavorare con criterio e competenza, rispettando la richiesta funzionale del paziente che potrà essere un atleta di 20 anni oppure un pensionato di 92 anni.

Alla luce di questo non esistono condizioni patologiche con un quadro diagnostico e sintomatologico pre-classificato. Esiste il paziente, l'esperienza del suo dolore e poi il "danno anatomico" o la sua disfunzione, che può o meno correlarsi.

"La mancanza di diagnosi non significa impossibilità al trattamento" McKenzie 2000.

• **"WHIPLASH: colpo di frusta cervicale"** Filippo Maselli, Fabio Cataldi, Denis Pennella,

tutti fisioterapisti specializzati OMT Orthopaedic Manipulative Therapist.

Spitzer lo definisce come "un trasferimento di energia al rachide cervicale conseguente a un meccanismo di accelerazione e decelerazione provocato da un incidente stradale o di altro tipo, il quale può causare lesioni ai vari tessuti e una moltitudine di manifestazioni cliniche definite WAD *whiplash associated disorders*". 300 abitanti ogni 100.000 nella popolazione generale Americana ed Europa sono colpite ogni anno.

Se la valutazione ci conduce a collocare il paziente in questo disordine neuromuscoloscheletrico, allora occorre individuare i sintomi correlati e trattarli. Può essere presente dolore, rigidità e limitazione funzionale al rachide cervicale,

Fabrizio Brindisino durante il suo intervento.



cefalea e sbandamenti; l'anamnesi rappresenta un momento fondamentale del percorso diagnostico al fine di programmare un trattamento quanto più possibile coerente con la richiesta d'aiuto della persona.

Altri sintomi possono essere correlati al whiplash: dolore alle spalle, al rachide toracico e lombare, parestesie e ipoestesie alle braccia, debolezza generalizzata, difficoltà di concentrazione, disturbi visivi e uditivi...

Il professionista deve sempre rivolgere la giusta attenzione non solo all'aspetto patoanatomico (che come abbiamo già accennato non sempre correla con i sintomi del paziente) ma anche e soprattutto a quello psicosociale e alle reazioni da stress post-traumatico, molto spesso presenti nei pazienti affetti da WAD che possono sfociare in una restrizione della partecipazione sociale.

*Non esiste un unico "approccio" per tutte le patologie:*

AIFI in qualità della più rappresentativa Associazione di categoria si impegna per affiancare i professionisti durante tutto il percorso formativo e offrire diverse possibilità di confronto sulle più diverse aree di specializzazione. Attraverso la promozione di eventi a carattere scientifico AIFI Puglia dà voce a tutti i colleghi che sul territorio nazionale e anche internazionale si prodigano per la crescita della professione.

Per questo è nostro dovere sostenere secondo ogni possibilità questa squadra: AIFI siamo tutti noi insieme.

*"You don't waste good"*  
J.L. Gibbs

# AIFI PUGLIA E THE MCKENZIE INSTITUTE ITALIA UNA COLLABORAZIONE NON SOLO DIDATTICO-FORMATIVA

Paolo DiGiuseppe, Amministratore Delegato e Responsabile Relazioni Esterne del The McKenzie Institute Italia



**È** stata una giornata fantastica, grazie ad A.I.F.I. Puglia il 27 febbraio u.s. presso l'Hotel Tiziano in Lecce, The McKenzie Institute Italia ha avuto modo di incontrare un centinaio di professionisti e

giovani del 3° anno del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Foggia e Bari (compresi Polo di Brindisi e Taranto).

Per l'Istituto McKenzie è stato un incontro non solamente didattico e formativo, ma anche uno scambio di come una metodologia si evolve nel tempo, restando sempre attuale nella clinica di tutti i giorni.

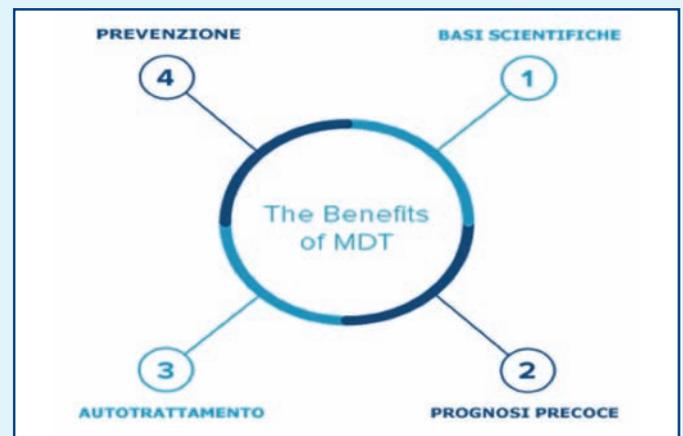
Il sistema di cura conosciuto come Metodo McKenzie per la Terapia e Diagnosi Meccanica (MDT) è un approccio attendibile, utilizzato da medici e pazienti in tutto il mondo per la cura dei dolori più comuni della schiena, collo e problemi articolari delle estremità.

La maggior parte dei dolori muscoloscheletrici sono di origine "meccanica", ciò significa che ogni giorno movimenti e posture causano dolore. Con una valutazione sistematica dei suoi pazienti, Robin McKenzie fisioterapista neozelandese, ha scoperto che è possibile eliminare i dolori causati da alcuni movimenti e posture,

ripristinando in questo modo la loro funzione.

Egli si diceva certo che la maggior parte dei pazienti potevano imparare a curare se stessi, se gli si fossero impartite le indicazioni corrette. Sentiva che l'auto-trattamento eseguito

correttamente avrebbe sensibilmente ridotto i frequenti ricorsi alle cure mediche. Il Metodo McKenzie promuove la capacità del corpo a guarire se stesso senza farmaci, ne chirurgia o altre modalità passiva come il calore, ghiaccio o terapia ad ultrasuoni. Si affronta anche la crescente domanda da parte dei pazienti e collaboratori di terze parti per i servizi di riabilitazione professionale che sviluppano capacità di auto-trattamento del paziente in un modo conveniente ed efficace nel tempo.



Un momento dell'evento formativo.

Durante lo svolgimento dell'evento, si è notato come molti giovani, specialmente le nuove leve, hanno una voglia incredibile di mettersi in gioco ed è molto difficile per loro trovare realtà formative che possano dare capacità di ragionamento clinico, specialmente con la propria testa.

A tal proposito, A.I.F.I. riveste un ruolo importante nell'indirizzare e far comprendere al professionista la giusta scelta formativa, a trasmettere il concetto di autonomia nella gestione della clinica e della valutazione dei propri pazienti, cosa che l'Istituto McKenzie sia Italiano che Internazionale, ha già fatto nelle linee guide riconosciute non solo dai medici, ma anche dalla ricerca scientifica.



Marco Cortesi durante una dimostrazione pratica.

## CORSO E LABORATORIO PRATICO DI "FISIOTERAPIA DELLO SPORT"



Alcuni momenti del Convegno "Fisioterapia dello Sport"

## A COLLOQUIO CON I DUE DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DI AREA RIABILITATIVA PRESENTI IN PUGLIA

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



Dirigenti delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione nelle Aziende Sanitarie pubbliche in Italia sono in totale 17. Il quadro che ne emerge è variegato, con una presenza rilevante in alcune Regioni, come ad esempio Toscana ed Emilia Romagna, che vantano la più alta concentrazione nazionale, ed altre zone ancora sprovviste. In Puglia ci sono due Dirigenti, dunque in questo panorama la Regione Puglia dimostra di essere sulla buona strada, dovendo ancora nominare i responsabili della altre ASL regionali.

I due dirigenti pugliesi sono la **Dott.ssa Maria Ripesi da due anni nella ASL BAT** ed il **Dott. Michele Fabiano nella ASL TA**.

Li abbiamo intervistati.



**Qual è stato il percorso che l'ha portata ad occupare questa posizione e quale realtà ha trovato nell'ASL BT?**

**Ripesi** "E' stato semplice, appassionante ed inaspettato giungere a rivestire questo ruolo,

infatti è bastato non smettere mai di studiare, di interessarsi, di aggiornarsi, di confrontarsi e di sperimentare e l'ho fatto attraverso il corso di laurea magistrale, il master di secondo livello in direzione aziendale, i numerosi concorsi espletati in tutta Italia, il coordinamento del Corso di Laurea e le docenze universitarie, i numerosi interessi professionali di tipo tecnico ed organizzativo, l'aggiornamento continuo e tanta formazione sul campo.

L'ASL BT, come prima in Puglia, all'art. 49 dell'atto aziendale, dava attuazione di quanto previsto all'art. 34 della L.R. 26/2006 individuando i Servizi delle Professioni Sanitarie che operano in autonomia tecnico-professionale nel rispetto dei decreti ministeriali d'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali, nonché nel rispetto della L. 42/1999. Nonostante ciò sono trascorsi diversi anni prima che si bandisse il concorso e più di tre anni dalla sua conclusione per la mia assunzione in servizio.

Personalmente ho ricevuto un'ottima accoglienza in questa Azienda ed in particolare nell'area riabilitativa sia da parte dei dirigenti sia dagli operatori, ciò mi ha permesso da subito di integrarmi e di avviare alcune attività.

Tra l'altro l'aver trovato in questa ASL già altre tre aree rappresentate dal Dirigente delle Professioni Sanitarie (Tecnico-sanitaria, Infermieristica territoriale e della Prevenzione) ha rappresentato da subito una forza per l'azienda e per me da "utilizzare". Abbiamo avuto la dimostrazione di come le diversità sono un arricchimento, una risorsa. La squadra creata, pur salvaguardando le peculiarità individuali dei Servizi, lavora in sintonia di intenti, come coordinamento delle Professioni Sanitarie.

Al di là dei nostri obiettivi che sono comuni e che non possono che essere il miglioramento dell'assistenza attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie e la cura della governance perseguendo il trait d'union tra il gover-

no clinico e quello assistenziale, siamo convinti che solo un pieno riconoscimento della nostra funzione ed un pieno inserimento nel sistema possono dare il miglioramento della governance sanitaria. Ci siamo, per tale motivo, occupati della stesura di un Regolamento attuativo che definisse l'organizzazione, gli obiettivi e le responsabilità dei Servizi e dei Dirigenti. Non ha ancora trovato completamento e deliberazione per l'avvicinarsi della direzione generale e per la necessità del rinnovo dell'atto aziendale.

E' stato definito il Piano delle performance che individua nello specifico i nostri ruoli e le nostre responsabilità con l'esplicitazione delle attività di cui siamo responsabili ed a cui collaboriamo”.



**Fabiano** “Sicuramente un percorso di studi che si è evoluto nel tempo, che comincia con la laurea in Fisioterapia della durata di 3 anni, continua con la laurea specialistica magistrale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell' Università di Bari, per poi indirizzarsi verso il conseguimento di un Master di II livello in Management Sanitario e organizzazione dei servizi. Dopo la fase formativa ho partecipato a diversi concorsi nelle varie regioni italiane, fino ad ottenere l'idoneità al concorso per Dirigente, indetto dall' ASL BAT e risultare vincitore del concorso presso l'ASL di Taranto, unici due concorsi al momento, espletati dalla Regione Puglia per Dirigente delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione. Riguardo al secondo punto della sua domanda,

va detto, che non solo nella Asl di Taranto, ma anche nelle altre Asl Pugliesi, in questi anni, la Riabilitazione ha dovuto pagare ancora di più, secondo il mio parere, lo scotto derivante dal Piano di Rientro della Regione e dal Riordino Ospedaliero, che di fatto ha spostato l'attenzione e le necessità impellenti, più su altri Servizi, questo si è tradotto nella difficoltà per le Asl di reperire quelle risorse umane, necessarie a poter avviare quel processo di riorganizzazione e miglioramento dei servizi di Riabilitazione, che noi tutti speravamo”.

### Cosa pensa del ruolo del Dirigente delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione?

**Ripesi** “La dirigenza delle professioni sanitarie è una struttura organizzativa che agisce trasversalmente uniformando, sviluppando e implementando i percorsi professionali in funzione all'area professionale di appartenenza.

Ai servizi afferiscono i professionisti sanitari dell'area infermieristico-ostetrica, dell'area tecnico-sanitaria, dell'area riabilitativa, dell'area della prevenzione e di supporto, cioè la maggioranza del personale sanitario di una ASL.

Nella gestione di tale personale il Dirigente delle Professioni Sanitarie, ne programma la dotazione organica complessiva, il reclutamento, la selezione, l'inserimento, l'assegnazione e la valutazione; promuove e progetta programmi di aggiornamento e formazione permanente; coordina e promuove progetti di rilevamento dei carichi di lavoro del personale, all'interno di una strategia di decentramento organizzativo e di integrazione organizzativa e professionale; fornisce supporto metodologico e tecnico ai Dipartimenti nella programmazione e nella valutazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse assegnate e nella verifica dell'efficacia dei risultati, in relazione agli obiettivi di programmazione e ai fabbisogni individuati; garantisce la corretta programmazione delle risorse professionali necessarie ad assicurare adeguati livelli di assistenza; migliora i livelli di attività con l'utilizzo integrato e l'interscambio delle risorse esistenti nelle diverse strutture, garantendo i collegamenti operativi; propone e partecipa alla definizione dei criteri per i sistemi di progressione di carriera e di incentivazione del personale.

Come può non essere presente nell'organigramma di una ASL tale figura? Come si possono lasciare tali importanti ambiti di intervento senza un dirigente di riferimento?"

**Fabiano** "Il ruolo del Dirigente delle Professioni Sanitarie deve caratterizzarsi nello svolgimento delle funzioni proprie, di Pianificazione, Gestione, Organizzazione, Direzione, Sviluppo delle Risorse Umane e Strumentali, Valutazione e Controllo.

In definitiva deve essere un manager, un leader capace di rappresentare l'organizzazione in generale e la cultura riabilitativa in particolare.

Un ruolo strategico, che deve riconoscere alle professioni sanitarie riabilitative la giusta valorizzazione e potenzialità professionale, funzionale al buon governo aziendale e a soddisfare il bisogno di salute della popolazione e far conseguire quei risultati di efficacia, efficienza e qualità in campo riabilitativo.

Va anche sottolineato, come più volte evidenziato dai vari contesti normativi, che risulta necessario, avviare, un adeguato livello di integrazione e collaborazione con le altre figure dirigenziali aziendali, al fine di garantire il rispetto dell'unicità della responsabilità dirigenziale per gli aspetti professionali ed organizzativi interni delle strutture di appartenenza, evitando sovrapposizioni e duplicazioni di competenze, possono ostacolare od impedire un regolare avvio e funzionamento dei nuovi Servizi delle Professioni Sanitarie, già normati dalla Regione Puglia, nonché l'ottimale organizzazione Aziendale".

### **Cosa ritiene sia importante fare nel presente e nel futuro per sensibilizzare le istituzioni alla valenza strategica di questo ruolo?**

**Ripesi** "Da un recente incontro di tutti i dirigenti delle professioni sanitarie pugliesi con il governatore Emiliano è scaturita consapevolezza di una certa sensibilità da parte del Presidente, confermata da quanto lui stesso ha dichiarato nella recente intervista che ha rilasciato ad AIFI Puglia in cui ha dichiarato: "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

*sensu le aziende avranno precise indicazioni perché tali dirigenze non siano marginali, ma anzi siano strategiche".*

Ritengo sia indispensabile stendere delle Linee Guida Regionali come regolamento attuativo della 251/2000 in Puglia e tale necessità è stata evidenziata anche nel succitato incontro.

E' stata inoltre sottolineata l'opportunità di indire i concorsi in tutte le ASL della Regione, convinti della valenza fondamentale che tali dirigenti hanno nell'organizzazione aziendale.

Siamo in attesa di futuri incontri per concretizzare quanto evidenziato e condiviso.

Contemporaneamente solo un pieno riconoscimento all'interno dell'Azienda di appartenenza ed un totale inserimento nel sistema organizzativo possono sfociare nell'auspicato miglioramento della qualità delle prestazioni e del management sanitario".

**Fabiano** "Penso, che la Regione Puglia, debba far attuare quanto stabilito dall'art. 34 della L.R. n. 26 del 9/08/2006 presso ogni Azienda Sanitaria, sulla base di quanto stabilito dalla L. 251/2000, ovvero, l'istituzione del Servizio delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione (U.O. a valenza Dipartimentale) all'interno di un istituendo Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali e all'interno del Dipartimento di Riabilitazione (RR.n.6/2013), per separare, l'attività clinica il cui governo deve essere ad appannaggio dei Dipartimenti a Direzione Medica, da quella assistenziale il cui governo, deve essere di competenza del Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Non solo, ma sarebbe auspicabile, che il Dirigente delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, partecipasse in qualità d'interlocutore qualificato, all'interno del Consiglio Regionale Sanitario, al tavolo tecnico di prossima istituzione, al fine di contribuire ad assicurare quelle scelte responsabili e consapevoli di promozione e tutela della salute, che vengono dal mondo della Riabilitazione e delle Associazioni dei malati di Puglia.

Su questo, e su altri punti, va dato atto, che il nostro Presidente Michele Emiliano è in perfetta sintonia, come più volte lui stesso ha ribadito in diverse occasioni".

## Quali attività in particolare ha intrapreso in questi due anni?

**Ripesi** “Le mie responsabilità vanno dal creare un clima favorevole all’evoluzione e al cambiamento, all’agire in coerenza con i valori di riferimento e le linee strategiche dell’Azienda e coinvolgere i collaboratori allo stesso approccio; contribuire a gestire le competenze del personale promuovendo un clima collaborativo e assicurare la coerenza gestionale e organizzativa e l’allocazione ottimale; nonché contribuire ad erogare prestazioni sanitarie efficaci, appropriate e sicure.

Il tutto è passato attraverso una ricognizione accurata e precisa del personale afferente alla mia area e degli impianti organizzativi; la chiarezza sui differenti ruoli e competenze; la valutazione del personale afferente all’area riabilitativa; l’applicazione del sistema informativo Edotto; il protocollo d’intesa tra la Neuropsichiatria infantile e la Riabilitazione; la costruzione di un percorso terapeutico-riabilitativo tra ospedale e territorio; il miglioramento delle procedure di accesso e la leggibilità e completezza della documentazione sanitaria.

Con questo obiettivo si è avviato il progetto “Documentare la riabilitazione – La Cartella Riabilitativa” che ha dato l’ottimo risultato di implementare una cartella comprensiva di spazio valutativo per tutti i professionisti sanitari della riabilitazione e di integrare più operatori di diverso profilo professionale sullo stesso progetto. Infine è stato fondamentale il mio apporto al Piano Formativo Aziendale nel quale ho inserito eventi formativi che rappresentassero dei corsi professionalizzanti, come il corso ICF al termine del quale tutti saranno in grado di utilizzare il sistema di classificazione, il corso per il trattamento del Linfedema da cui in futuro potrà nascere un servizio di linfologia ed altri già approvati ed in corso di organizzazione che senz’altro daranno un importante apporto alla crescita professionale degli operatori.

Ho voluto anche svolgere un censimento nazionale dei Dirigenti delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione che disegnasse il quadro della situazione in Italia, sintetizzato nella premessa.

La soddisfazione più grande del mio lavoro è

riuscire a dare risposte alle richieste ed ai bisogni dei colleghi, che molto spesso corrispondono alle esigenze degli assistiti; di ricevere da loro il riscontro positivo del risultato raggiunto: si tratta quasi sempre di risultati sulla professionalità e sull’organizzazione. Il fascino di questo lavoro è dato, inoltre, dall’inventare ex novo un ruolo mai esistito prima d’ora, costruendolo un po’ alla volta grazie a tutte le esperienze e le conquiste passate.

Ed ancora molti traguardi ci sono da raggiungere!”

**Fabiano** “Nonostante le difficoltà iniziali nel far accettare la nuova figura e il nuovo ruolo, in quanto le organizzazioni sanitarie, si sa, sono organizzazioni complesse, precostituite, che mal si adattano ai cambiamenti, va detto che su disposizione della Direzione Strategica Aziendale e in collaborazione con il Direttore del Dipartimento di Riabilitazione ho avviato una serie di attività, quali:

- percorsi di formazione per il personale della riabilitazione;
- procedure, per informatizzare, le prenotazioni riabilitative presso i centri unici di prenotazione, per tutto il territorio aziendale;
- implementazione di progetti, per le Strutture dell’Area Riabilitativa al fine di migliorare l’integrazione ospedale- territorio, ridurre la degenza ospedaliera e potenziare l’assistenza domiciliare riabilitativa.
- Avvio e potenziamento, negli ambulatori di riabilitazione, provvisti di Palestra, di attività riabilitative di gruppo, al fine di prevenire i disturbi cronici, mantenere un buon grado di tonicità ed elasticità dei tessuti, educare i pazienti a migliorare il proprio stile di vita e a gestire meglio la patologia, evitando almeno si spera il ricorso all’ospedalizzazione.

Molti di questi progetti, saranno opportunamente valutati e validati dalla Direzione Aziendale della ASL di Taranto, al fine di garantire al cittadino, la migliore assistenza riabilitativa possibile, in un momento storico come quello in cui viviamo, caratterizzato sempre più, da ristrettezze economiche e carenza di personale.

Ad maiora !”

# TAGLI E SPRECHI: ECCO PERCHÉ IL SSN STA AFFONDANDO

Nino Cartabellotta, *Presidente Fondazione GIMBE*



La sostenibilità di tutti i sistemi sanitari è oggi una sfida globale per un mix di diversi fattori: il progressivo invecchiamento delle popolazioni, il costo crescente delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, e il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti. Tuttavia, il concetto di sostenibilità non può essere ricondotto a una questione squisitamente finanziaria, perché un'augmentata disponibilità di risorse non permette di risolvere cinque questioni chiave ampiamente documentate nei paesi industrializzati:

- l'estrema variabilità nell'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, non giustificata dalla eterogeneità clinica né dalle preferenze dei pazienti;
- gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione, in particolare *overdiagnosis* e *overtreatment*;
- le diseguaglianze conseguenti al sottoutilizzo di servizi e prestazioni sanitarie dall'elevato *value*;
- l'incapacità di attuare efficaci strategie di prevenzione, specialmente quella non medicalizzata;

- gli sprechi, che si annidano a tutti i livelli.

Da quando la sostenibilità del SSN è divenuta una questione cruciale per il nostro Paese, la Fondazione GIMBE ha lanciato la campagna "Salviamo il Nostro SSN", per diffondere a tutti i livelli la consapevolezza che la Sanità pubblica è una conquista sociale irrinunciabile da difendere e consegnare alle generazioni future. La Fondazione GIMBE ha identificato e analizzato le determinanti che stanno minando la sostenibilità del nostro SSN: tagli e sprechi in un contesto di continue scaramucce tra categorie professionali e sfrenato consumismo sanitario.

**Definanziamento.** In Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria è inferiore alla media OCSE e tra i paesi del G7 siamo ultimi per spesa pubblica e spesa totale, ma secondi solo agli USA per spesa out-of-pocket, a inequivocabile testimonianza che la politica si è progressivamente sbarazzata di una consistente quota di spesa pubblica, scaricandola sui cittadini, ignorando le raccomandazioni dell'OCSE che nel rapporto del gennaio 2015 ribadiva la necessità di "garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza". Nei fatti il definanziamento della sanità pubblica si



sta pericolosamente avvicinando a una soglia che, oltre a compromettere la qualità dell'assistenza, riduce anche l'aspettativa di vita, mentre l'avanzamento strisciante dell'intermediazione assicurativa mina silenziosamente il modello di un servizio sanitario pubblico. Al di là degli slogan populistici, i dati sono incontestabili: oltre 30 miliardi di euro in meno dal 2012 al 2015 per effetto di varie manovre finanziarie (figura 1).



Il 2016 rappresenta un esempio emblematico (Figura 2): in 32 mesi, precipitando attraverso stime DEF e manovre, il finanziamento pubblico della sanità è crollato dagli ipotetici € 117,6 miliardi (aprile 2013) ai € 110,2 miliardi (dicembre 2015)



**Sprechi.** Se da un lato la politica investe sempre di meno nel SSN, si continuano a sprecare preziose risorse: una voragine di 25 miliardi che ogni anno viene assorbita da sovra e sottoutilizzo di servizi e prestazioni sanitarie, corruzione, acquisti a costi eccessivi, complessità amministrative e inadeguato coordinamento dell'assistenza (tabella). Ecco perché le stime della Fondazione GIMBE sulle risorse disponibili per la Sanità sino al 2025 indicano che – indipendentemente dalla quota di finanziamento pubblico – la sostenibilità del SSN è stretta-

mente legata al disinvestimento da sprechi e inefficienze. Infatti, in assenza di una strategia di sistema per ridurre gli sprechi e aumentare il value del denaro investito, una consistente quota della spesa sanitaria non produce alcun ritorno di salute.

Categoria sprechi	%	Miliardi di euro*	Range (± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,69	(6,15 – 9,23)
2. Frodi e abusi	20	5,13	(4,10 – 6,15)
3. Acquisti a costi eccessivi	16	4,10	(3,28 – 4,92)
4. Sotto-utilizzo	12	3,08	(2,46 – 3,69)
5. Complessità amministrative	12	3,08	(2,46 – 3,69)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	10	2,56	(2,05 – 3,08)

\*25,64 miliardi di euro calcolati proiettando la stima di Don Berwick (23% della spesa sanitaria) sui 111,475 miliardi di spesa pubblica nel 2014

Indubbiamente, per alcune categorie di sprechi le Istituzioni stanno andando nella giusta direzione, almeno a livello normativo: anticorruzione, criteri di selezione dei direttori generali, acquisti centralizzati, patto per la sanità digitale. Rimangono ancora un lontano miraggio la riorganizzazione integrata tra ospedale e cure primarie (fortemente legata alle politiche sanitarie regionali) e soprattutto il contributo attivo dei professionisti nel definire in maniera condivisa servizi e prestazioni sanitarie da cui disinvestire. Infatti, se l'etica del razionamento appartiene alla politica, l'etica della riduzione degli sprechi è legata anche alla professionalità dei medici, con le loro prescrizioni diagnostico-terapeutiche. In tal senso, guidati da un equilibrato mix di evidenze e buon senso, i medici dovrebbero collaborare con le Istituzioni per identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low value, che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano i rischi e determinano un ingente spreco di risorse. E quando le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico ha il dovere etico di rifiutarle per contribuire a riformulare l'imperativo socio-culturale more is better in lessis more, vessillo di una medicina parsimoniosa.

Il framework GIMBE per il disinvestimento in sanità, presentato in occasione della 11ª Conferenza Nazionale, ha proprio l'obiettivo di guidare Regioni, Aziende e professionisti nel recupero di preziose risorse, con strumenti e azioni che agiscono sulle tre determinanti del sovra- e

sotto-utilizzo: (ri)programmazione sanitaria, al fine di riallineare l'offerta di servizi e prestazioni ai reali bisogni di salute della popolazione; knowledgetranslation per migliorare il trasferimento delle evidenze alle decisioni professionali e ridurre l'inappropriatezza prescrittiva; informazione e coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti per diminuire aspettative irrealistiche e domanda inappropriata. In questa direzione va anche il "confronto culturale in territorio neutrale" avviato dalla Fondazione GIMBE con i vertici di tutte le professioni sanitarie, che

vuole ripartire dall'integrazione di competenze e responsabilità di tutti i professionisti sanitari in percorsi assistenziali basati sulle evidenze e centrati sul paziente.

Salvare il SSN è una "missione possibile" ma ciascuno deve fare la sua parte sino in fondo perché la sostenibilità della sanità pubblica è nelle mani di Stato, Regioni, professionisti sanitari e cittadini: ecco perché la Fondazione GIMBE richiama tutti alle proprie responsabilità formulando precise richieste (box).

## PER SALVARE LA SANITÀ PUBBLICA LA FONDAZIONE GIMBE CHIEDE...

### ALLO STATO DI:

- Arrestare il defianziamento del SSN e fornire ragionevoli certezze sulle risorse da destinare alla Sanità pubblica.
- Avviare un'adeguata governance per regolamentare su scala nazionale l'intermediazione assicurativa.
- Rendere realmente continuo l'aggiornamento dei LEA.
- Potenziare gli strumenti di indirizzo e verifica nei 21 Servizi Sanitari Regionali.

### ALLE REGIONI DI:

- Avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento da sprechi e inefficienze e riallocazione delle risorse in servizi essenziali e innovazioni.
- Responsabilizzare e coinvolgere attivamente in questo processo le Aziende sanitarie e queste, a cascata, professionisti sanitari e cittadini.

### A TUTTI I PROFESSIONISTI SANITARI DI:

- Mettere da parte interessi di categoria e sterili competizioni.
- Integrare competenze e responsabilità in percorsi assistenziali condivisi, basati sulle evidenze e centrati sul paziente.
- Identificare servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriati e dal *low value* da cui disinvestire.

### A CITTADINI E PAZIENTI DI:

- Accettare che SSN non significa Supermercato Sanitario Nazionale.
- Ridurre le aspettative nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile.

Essere consapevoli, in qualità di "azionisti di maggioranza", che il SSN è un bene comune da tutelare e garantire alle future generazioni.

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

MOV LABORATORIO ORTOPEDICO  
MEDICAL ORTOPEDIA VERGATI

# ENTUSIASMO E MOTIVAZIONE INTRINSECA: ESPERIENZA DI COORDINATORE DIDATTICO

Dott. Ft. Marco Cortesi,

PT, MSc, OMT-DVMT Coord. Didattico - Sez. Don Gnocchi CdL in Fisioterapia - Università degli Studi di Milano



**A**vevo 12 anni (era l'anno dei mondiali di calcio del 1994) quando decisi di diventare un fisioterapista, l'adenovirus mi aveva colpito e l'esito fu una mielite trasversa acuta con neurite ottica sinistra, la paraplegia era una condizione che non potevo tollerare, ma con il tempo e la riabilitazione tornai ad essere un ragazzino pieno di entusiasmo e senza alcun apparente problema motorio, solo il poter vedere di un altro colore (il rosa nel dettaglio) penso mi rendesse (e lo è ancora) speciale. In quel periodo decisi che da grande sarei diventato un fisioterapista, e questa motivazione intrinseca condita con tanta curiosità (e soprattutto tanto studio) e voglia di voler fare del bene, mi ha portato a determinati traguardi. Infatti, come recita Plutarco "La mente non è un vaso da riempire ma un legno da far ardere perché s'infuochi il gusto della ricerca e l'amore della verità".



Sono ormai trascorsi più di 3 anni da quando sono stato incaricato di svolgere il delicato compito del Coordinatore Didattico di una sezione del Corso di Laurea in Fisioterapia, e sempre di più mi convinco che è un ruolo molto complesso, e sicuramente non semplice. Gli studenti spesso vivono la nostra figura come una mera posizione istituzionale, priva di sentimenti, che impone limiti e fa rispettare regole...una sorta di poliziotto.

Ma con il tempo, e solo se lo vorranno, potranno capire che il percorso è calibrato su loro, le loro necessità, e le loro esigenze; un grande progetto su di una persona (intesa come la definirebbe Severino Boezio "Rationalis naturae individua substantia"), che in quel momento svolge il ruolo dello studente.

Nella preparazione che noi (Coordinatori, Tutor, Assistenti e Docenti) offriamo ai discenti, sempre più spazio andrebbe dedicato al ragionamento clinico, riassumibile come *wise action* con la quale il Fisioterapista crea una diagnosi clinica (Harris 1993), con diverse modalità di approccio educativo, in modo da poter plasmare una determinata forma mentis, spendibile in diversi ambiti.

La metodologia didattica, ancora oggi, largamente utilizzata, è quella centrata sul docente, nella quale l'insegnante si assume la responsabilità dei contenuti di ciò che viene appreso. In questa metodologia, lo studente non ha alcuna opportunità di condizionare i contenuti o contribuire allo svolgimento della lezione e ancor di più di influenzare i processi d'apprendimento.

La conoscenza è trasmessa in modo diretto dal docente allo studente, che subisce passivamente il ruolo dell'insegnante (derivante dal latino "*in-signàre*" imprimere sulla lavagna che è la mente dello studente). La comunicazione avviene in maniera unidirezionale e ciò rende difficile (vista la mancanza di *feedback*) la verifica dell'efficacia degli apprendimenti.

Il nuovo modello *student-centered* (introdotto anche in Italia all'inizio del XXI secolo), dà forma all'apprendimento in base alle necessità dello studente, anche se l'insegnante continua ad avere un ruolo molto attivo, con una preparazione adeguata e un lavoro intenso in fase di progettazione, il cui fine è di facilitare l'apprendimento. L'esperienza dell'apprendimento è molto più individuale e piacevole per ogni studente, migliora le abilità nel prendere decisioni, aumenta il grado di consapevolezza e permette al

discente di diventare parte attiva del processo di valutazione.

Con la metodologia *student-centered* gli studenti iniziano a essere consapevoli del proprio apprendimento e sono stimolati nello sperimentare e sviluppare una propria concezione di vita (Biasutti M 2007).

È comunque ormai convinzione consolidata che nell'insegnamento, non si possa parlare di un unico metodo capace di imporsi come il migliore, ma il concetto di apprendimento auto-diretto è fondamentale per una formazione universitaria orientata verso fini specialistici.

L'apprendimento auto-diretto è efficace nel soggetto perché diretto da una motivazione intrinseca; quindi, il soggetto è spinto a conoscere ciò che considera "interessante" piuttosto che ciò che gli è "imposto o proposto" da altri (Quaglino 2004). Ma per giungere a questa consapevolezza e motivazione intrinseca, bisogna osservare lo studente in un'ottica di educazione degli adulti, e facendo, riferimento all'andragogia definita da Knowles come modello di processo, nel quale il docente andragogico (facilitatore) prepara in anticipo una serie di procedure per coinvolgere i discenti in un processo.

Coordinatori e Tutor dovrebbero, quindi, fungere anche da riferimento e modello di crescita professionale, aspetto che purtroppo viene colto solo alla fine del percorso universitario, quando i neolaureati tornano a chiedere consigli su come proseguire la loro formazione.

Credere negli studenti, affinché loro siano le

fiamme che alimentano in noi la curiosità e la motivazione ad approfondire e confrontarci con modelli sempre più internazionali, lasciando libero sfogo alle loro domande, proprio perché "La domanda giusta nel momento giusto ha, infatti, un potenziale concreto di trasformare la confusione in chiarezza, il conflitto in consenso, e la frustrazione in soddisfazione" (Deep 1995).

Se potessi lasciare ai miei studenti un consiglio e un suggerimento citerei il 7° assioma della teoria semantica della persona, che richiama la grande scuola di pedagogia americana di Palo Alto, "Ogni persona è chiamata dal proprio dover essere a realizzare qualcosa di singolare che solo a lei spetta di fare."

### Bibliografia

Biasutti M. L'importanza delle metodologie didattiche. Pegaso ed, 2007

Deep S, Sussman L. Smart moves for people in charge: 130 checklist to help you be a better leader. Perseus Publishing 1995

Harris IB. New expectations for professional competence. In educating professionals: responding to new expectations for competence and accountability (L Currin & J Wergin Ed) pp. 17-52. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1993.

Knowles M. Self-Directed Learning: A Guide for Learners and Teachers. New York: Association Press, 1975

Knowles M. Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia. AIF (associazione italiana formatori) Ed. Franco Angeli 1993

Quaglino GP. Autoformazione. Autonomia e responsabilità per la formazione di sé nell'età adulta. Raffaello Cortina Editore, 2004.



## TECARTERAPIA

## ATRmed SMART

Innovativa Trasportabile  
Pratica Tecnologica Unica  
con piastra dinamica

Utilizzata da:




### MEDICALTOOLS

Tecnologia per il benessere

www.MEDICALTOOLS.IT

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

# IL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA, ESPRESSIONE DI UNA PREPARAZIONE SEMPRE PIÙ COMPLETA E ATTENTA

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



Il Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", della durata di tre anni, ha come riferimento la Scuola di Medicina e prepara alla professione di Fisioterapista. Un percorso gratificante, caratterizzato da un percorso didattico preciso, che forma lo studente con una serie di materie ed esami che lo renderanno, nel futuro, in grado di affrontare con professionalità qualsiasi caso riabilitativo. Il Corso di Laurea è oggi una realtà molto prestigiosa, come A.I.F.I. abbiamo voluto conoscerlo meglio. Abbiamo così intervistato la prof.ssa Marisa Megna, Professore Associato in Medicina Fisica e Riabilitativa, Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Fisioterapia, Coordinatore della Scuola di specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze ed Organi di Senso dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro".

## **Il ruolo di Coordinatore Didattico del corso di laurea è impegnativo. Lei crede nel lavoro di squadra e lo utilizza?**

«Lo considero imprescindibile. Il lavoro come Coordinatore del corso di laurea in Fisioterapia può essere vincente solo se condiviso in un'armoniosa cooperazione delle competenze mediche, fisioterapiche, logoterapiche, infermieristiche e del personale sociosanitario. Il personale tutto, che costantemente riceve *feedback* sia dagli studenti che dai pazienti presi in carico,

deve valutare la qualità e il successo del proprio lavoro e cercare di trovare nuove soluzioni per migliorare le proprie prestazioni e apportare maggior beneficio agli altri. Lavorare in *team* è uno stimolo alla crescita professionale. Il ruolo di responsabile del corso è diventato sempre più impegnativo anche per la recente introduzione dei sistemi di assicurazione e valutazione interna della qualità dei corsi di studio, conformi agli *standard* di riferimento dell'area europea dell'istruzione superiore. Il presidio di qualità dell'ateneo, in collaborazione con il nucleo di valutazione universitario e la commissione paritetica docenti-studenti, si propone di valutare e monitorare l'organizzazione, la qualità didattica e i servizi associati dei vari corsi di laurea istituiti o da istituire. Ciò per promuovere un migliore funzionamento dell'istruzione, una più agevole fruibilità formativa, una valutazione più attenta degli interventi correttivi da apportare con un successivo studio dei risultati raggiunti dai singoli corsi di laurea. Tutto questo non fa che confermare quanto il lavoro di squadra sia essenziale».

## **Come donna ha avuto difficoltà ad affermarsi nel suo ruolo?**

«Sostanzialmente no. Ho potuto e continuerò a dare il mio apporto umano, culturale e scientifico in una maniera che considero soddisfacente. Se invece devo riferirmi al contesto sociale e organizzativo che riguarda tutte le donne, ho vissuto e vivo una continua dicotomia in affanno per la gestione familiare: ho tre figlie, di cui una di tre anni. Sebbene, rispetto al passato, ci sia una migliore regolamentazione dei congedi di maternità e parentali, le donne che hanno una loro famiglia ancora subiscono una mentalità organizzativa prettamente maschile che le costringe a non essere sempre sufficientemente presenti nelle questioni familiari, e ad essere non di rado scavalcate, nel lavoro, dagli uomini che non hanno analoghi impegni».

## **In Italia il corso di laurea per fisioterapisti**



***dura tre anni, mentre in molti Paesi europei la sua durata è quinquennale. Pensa che sia necessaria una maggiore durata anche in Italia?***

«No, non penso che sia necessaria una maggiore durata perché non reputo utile un ampliamento del periodo di studio. Del resto, è vero che il corso è costituito da un triennio, ma segue un biennio necessario a ottenere la laurea magistrale che fino a qualche anno fa era presente anche a Bari. Secondo me occorre invece migliorare le strutture e il tutoraggio con un incremento del rapporto numerico tra *tutor* e studenti, nonché favorire maggiormente uno scambio interculturale sul territorio da arricchire anche con *stage* all'estero. Quest'ultimo aspetto lo stiamo attuando, però vorrei che fosse ottimizzato».

***Come valuta la formazione di base dei fisioterapisti?***

«Credo che sia andata sempre più migliorando, raggiungendo significativi livelli scientifici. Lo riscontro dalla qualità delle tesi di laurea che annualmente valutiamo e dalla media delle votazioni di laurea, espressione d'una preparazione sempre più completa e attenta».

***Molti fisioterapisti, laureati all'Università di Bari, sono affermati relatori e docenti in master presso diverse università italiane. Pensa che sarebbe possibile una collaborazione dell'Università di Bari con loro?***

«Sì, certamente. Avviene già. Aggiungo che molto spesso quei fisioterapisti sono cooptati come relatori in congressi medici».

***Quanto sono importanti il tirocinio e l'attività dei tutor nella formazione dei futuri fisioterapisti?***

«Sono fondamentali ai fini di una concreta e completa formazione. Il rapporto numerico fra *tutor* e studenti dovrebbe essere di uno a uno o al massimo di uno a due. Questo però non avviene perché l'Azienda sanitaria non bandisce concorsi per *itutor*».

***La libera professione rappresenta un'occasione professionale per i fisioterapisti. Crede che sia auspicabile un tirocinio presso studi professionali gestiti da fisioterapisti?***

«Può essere utile purché ci sia la supervisione periodica del fisiatra, soprattutto nella presa in carico della disabilità in fase acuta e subacuta».

Gloria<sup>®</sup> 1926

## Soluzioni per il Linfedema



Bende elastiche con varie estensibilità

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





Dermocosmetici a base di sostanze naturali



Kit Bendaggio Multistrato per linfedema arto superiore o inferiore



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

# CONVEGNO NAZIONALE GIS FISIOTERAPIA PEDIATRICA

## IL CORE COMPETENCE DEL FISIOTERAPISTA DELL'AREA PEDIATRICA

### PROPOSTA PER IL CONTESTO ITALIANO

Dott.ssa Ft Antonella D'AVERSA, Referente Regionale GIS Fisioterapia Pediatrica



*“Il giovane cammina più veloce dell’anziano  
ma l’anziano  
conosce la strada.”*

Proverbio africano



**N**i 19 dicembre 2015, nella cornice fiorentina dell’Azienda Ospedaliero Universitaria “Meyer” che, nel lontano 2006, ha visto nascere, in collaborazione con l’Università degli Studi di Firenze, il Master di I livello in Fisioterapia Pediatrica, ha avuto luogo il Convegno Nazionale dell’omonimo GIS. Il tema del Congresso, a otto anni dall’inizio dei lavori sul *Core Competence* del Fisioterapista di Area Pediatrica, nel decennale del Master e nel diciottesimo compleanno del *nostro* GIS, non poteva che essere la presentazione del “*Core Competence del fisioterapista dell’area pediatrica*”.

Un documento, quest’ultimo, non definitivo ma “una prima dichiarazione di intenti, un canovaccio di quelle che sono e che saranno le competenze del fisioterapista che lavora in ambito pediatrico, un *work in progress* pronto a crescere e modificarsi con nuovi spunti ed, allo stesso tempo, arricchire i colleghi intervenuti rendendoli protagonisti del cambiamento”, per citare la Presidente del GIS, la Dott.ssa Ft Loretta Carturan, che ha dato il via ai lavori.

Nell’intervento introduttivo è stato illustrato, inoltre, l’*excursus* storico dalla nascita della Fisioterapia sino ai giorni nostri. Nello specifico, la Fisioterapia Pediatrica si è sviluppata in Italia in modo considerevole solo nell’ultimo decennio, grazie alle opportunità fornite da alcune Università, dalle Società Scientifiche e, anche, dall’impegno dei fisioterapisti che lavorano nei servizi di riabilitazione per l’età evolutiva. Come succede da tempo nei Paesi più avanzati e unitamente ad altre aree cliniche, il settore

sta emergendo dall’inquadramento generico per essere identificato come area specialistica specifica. Il fisioterapista non è più un “tutto fare” ma ha l’obbligo, morale e professionale, di rispondere alle esigenze di salute e ai diritti dei bambini/adolescenti e delle loro famiglie di essere seguiti da professionisti altamente qualificati e specificamente formati. Pertanto, con il riconoscimento dell’area pediatrica, diventa sempre più necessario identificare le funzioni, le attività e i compiti specifici del professionista oltre che chiarire le competenze transdisciplinari, mediante la stesura di un *Core Competence*, un sistema basato sulle competenze, adeguato al nostro sistema sanitario.

Il documento dell’*American Physical Therapy Association (APTA)*<sup>1</sup>, che ha orientato finora i fisioterapisti dell’area pediatrica, esprime in maniera precisa le competenze che codesti fisioterapisti debbano avere e/o alle quali debbano aspirare. Purtroppo però, per differenze di tipo legislativo e amministrativo di fondo, il documento in questione è sempre risultato poco conforme al contesto italiano. Di qui è nato il bisogno, nel 2008, su proposta del GIS Fisioterapia Pediatrica, di propendere verso un documento, altrettanto chiaro ed *evidence based*, appropriato per il nostro sistema sanitario. L’Università degli Studi di Firenze, poi, nel 2013, ha avviato un progetto di ricerca che ha previsto, sulla base di quello americano, cinque fasi di realizzazione con l’obiettivo

1 Chiarello L, Effgen SK. Updated competencies for physical therapists working in early intervention. *PediatrPhysTher* 2006, 18(2): 148-58.



Un momento del Convegno.

di elaborare un modello di *Core Competence* adatto al fisioterapista italiano (1-4) e rilevare le opinioni dei genitori circa le abilità e le competenze auspicabili per il fisioterapista che lavora in ambito pediatrico (5):

1. Una raccolta di proposte venute fuori da vari *focus group* dei corsisti delle prime sei edizioni del Master di I livello in Fisioterapia Pediatrica dell'Università degli Studi di Firenze (A.A. 2006 – 2013) a cui era stato chiesto se le competenze evidenziate dal documento dell'APTA in Italia fossero valide, non valide o auspicabili.
2. Revisione delle norme e delle legislazioni, per renderle pertinenti alla fisioterapia pediatrica nel contesto italiano.
3. Stesura di una prima versione e revisione del documento realizzato da parte di cinque fisioterapisti esperti.
4. Costituzione di un gruppo di consenso formato da rappresentanti di AIFI, GIS e SIF, docenti del Corso di Laurea in Fisioterapia e fisioterapisti ospedalieri e territoriali. Stesura di una seconda versione del documento con inserimento delle dieci aree di competenza.
5. Coinvolgimento delle associazioni dei genitori e interviste per comprendere le esigenze dei genitori e dei bambini con disabilità e/o problematiche di interesse fisioterapico.

Il documento rielaborato è stato dunque pre-

sentato al Convegno, durante la sessione mattutina, con l'obiettivo di condividerne i contenuti e, durante i workshop del pomeriggio, raccogliere suggerimenti, dubbi e contributi e discutere le implicazioni per lo sviluppo futuro della professione. Dal confronto sono emerse criticità e punti di forza del *Core Competence* del fisioterapista italiano che lavora in area pediatrica, punti di partenza per una nuova revisione, rielaborazione e verifica del documento. Tutti i novantuno colleghi presenti, in particolare, hanno avvalorato la scelta

degli esperti di inserire l'area della formazione, non presente nel documento dell'APTA, a dimostrare l'evidente necessità di una crescita formativa specifica *post-lauream* in ambito pediatrico, in virtù delle peculiarità dello stesso, con lo scopo di dichiarare le competenze necessarie, di esplicitare il rationale di tale professione ed eliminare, finalmente, i dubbi sulla transdisciplinarietà e sulla interscambiabilità della figura del fisioterapista specializzato in area pediatrica con altre professioni sanitarie più o meno specializzate (così come dichiarato anche dagli stessi genitori al momento dell'intervista<sup>2</sup>), senza dimenticare l'attenzione all'insegnamento delle materie pediatriche, spesso sottovalutate, all'interno della formazione di base del fisioterapista.

2 "Il fisioterapista di mio figlio deve essere preparato e, se non sa, che può capitare, deve essere umile e informarsi o mandarci da chi può risponderci."



Un momento del Convegno.

# DA QUALCHE MESE ESISTE A BRINDISI UNA NUOVA IMPORTANTE REALTÀ ASSOCIATIVA

Tiziana Piliego, Referente Gruppo Operativo Cuore di Donna - Brindisi

Lo scorso mese di ottobre è stato infatti costituito, il gruppo operativo per Brindisi e provincia, dell'Associazione Nazionale "Cuore di donna". L'associazione si occupa di dare sostegno e guida alle donne che hanno affrontato o stanno ancora affrontando, il difficile percorso della lotta contro un tumore, con particolare attenzione per quello al seno. Lo scopo principale delle donne di Cuore, è diffondere la cultura della prevenzione, unica vera arma per "battere il cancro sul tempo", come recita il nostro motto.

Nata tre anni fa in provincia di Bergamo, da un piccolo gruppo di donne coraggiose, Cuore di donna è cresciuta in questi anni contando attualmente numerosi gruppi operativi in molte città del nord Italia, a Roma ed ora finalmente, anche a Brindisi, prima sede della Puglia e di tutto il sud Italia.

Ho creduto nelle finalità dell'associazione fin da quando nel dicembre 2014 ho conosciuto la Presidente nazionale **Myriam Pesenti**. A maggio scorso, quando anche io mi sono ammalata, ho sentito l'esigenza di dare vita a questa realtà anche nella mia città, percependo sin da subito l'esigenza da parte di altre donne, di confrontarsi, parlare e condividere il proprio dolore e le proprie paure".

Appena nato il gruppo di Brindisi, ha messo a segno una importante iniziativa di sensibilizzazione, proprio nel corso del mese di ottobre, da anni ormai mese dedicato alla prevenzione del tumore al seno. Con la collaborazione della locale amministrazione comunale e di Confesercenti Brindisi, è stata organizzata la manifestazione "La prevenzione, ancora di salvezza". Un'intera via cittadina è stata addobbata con le vetrine in rosa e la fontana della àncore, nella centralissima piazza Cairoli, è stata illuminata di rosa. Abbiamo voluto dare un segnale forte a tutte le donne che spesso non danno la giusta importanza ai periodici controlli. Molte di noi sono salve e hanno lunghissime aspettative di vita, proprio grazie ad una prevenzione precoce, vogliamo che ci sia più attenzione e sensibilità.

A Natale alcune volontarie, hanno presidiato le



cassette di legno del mercatino natalizio, sfidando freddo e pioggia in nome della prevenzione. In questi mesi, alcune volontarie, stanno frequentando dei corsi di formazione organizzati da Europa Donna Italia, alla quale Cuore di donna è associata, destinati proprio alle associazioni di volontariato che opereranno all'interno delle breastunit di senologia degli ospedali. Una figura importante quella del volontario nel reparto che ora è anche formato ed istruito. Nei prossimi mesi Cuore di donna – Brindisi sarà impegnata in un importante convegno sul tema della prevenzione che vedrà il coinvolgimento di Aifi Puglia, AMMI Brindisi, Sos linfedema e fondazione "Tonino di Giulio".

Naturalmente l'associazionismo è fatto anche di momenti conviviali ed il prossimo 8 marzo "Cuore di donna" su invito del ristorante sociale "Xfood" di San Vito dei Normanni, parteciperà ad una cena di beneficenza durante la quale saranno illustrati gli scopi di Cuore e sarà possibile tesserarsi per essere parte dei progetti in programma. Parte del ricavato della cena sarà devoluto a Cuore di Donna per finanziare ambiziosi progetti.

Donne per le donne, perché siamo certe che unite si può vincere!!!





## dopo di noi...

Una rete di protezione per assicurare un futuro alle persone con disabilità anche dopo la scomparsa dei genitori

**On. Elena Carnevali, XII Commissione (Affari Sociali)**



*L'Onorevole Elena Carnevali è nata a Ciserano (BG) e vive a Bergamo. Si laurea in Fisioterapia a Verona e lavora in case di riposo a Calusco D'Adda, in via Gleno a Bergamo ed infine presso l'Azienda Ospedaliera di Bergamo. Gli anni della formazione sono stati anche quelli dell'impegno nel volontariato con l'Associazione Disabili Bergamaschi. Nel 1999 inizia il suo impegno politico, quando viene eletta Consigliere comunale. Nel 2004, con la vittoria del centro sinistra a Bergamo, viene nominata assessore alle politiche sociali, migrazione e cooperazione internazionale. Nel 2009 viene nuovamente eletta consigliere comunale, diventando capogruppo del Partito Democratico.*

*È nel direttivo di ANCI Lombardia, vicepresidente del dipartimento Istruzione fino alla metà del 2012 e oggi impegnata nel dipartimento Welfare. Alle elezioni politiche del 2013 viene eletta deputata della XVII Legislatura della Repubblica Italiana nella circoscrizione IV Lombardia per il Partito Democratico: è componente della Commissione Permanente XII Affari Sociali. L'On. Carnevali è stata relatrice, alla Camera, della legge del "dopo di noi", le abbiamo chiesto di presentarla ai nostri lettori.*

**L**a più grande preoccupazione per ogni mamma e ogni papà di una persona disabile è: "Cosa succederà a mio figlio quando io non ci sarò più?" La legge "Dopo di noi", approvata alla Camera dei deputati lo scorso 4 febbraio, cerca di dare una vera risposta a questa domanda, introducendo misure che tutelino i disabili gravi nel periodo di vita successivo alla scomparsa dei genitori.

Trattandosi di materia che riserva allo Stato la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e alle Regioni l'attuazione dei servizi

nonché il controllo, il provvedimento delinea la procedura per individuare i livelli minimi, prevedendo obiettivi di servizio per garantire l'omogeneità territoriale.

"È una legge di responsabilità – commenta la deputata Elena Carnevali, relatrice del provvedimento - che tiene conto delle esperienze particolarmente importanti avviate in passato, come la precedente proposta di legge a prima firma Livia Turco, esaminata durante la scorsa legislatura. La scelta che abbiamo fatto è quella di individuare la platea che in questo momento è più orfana, cioè quella della disabilità intellettuale e cognitiva, coniugando i diritti con la sostenibilità economica. Questa legge è frutto dell'esperienza maturata in alcune Regioni, negli enti locali e nel mondo del volontariato e del terzo settore, con cui in questi mesi abbiamo a lungo dialogato. Siamo partiti dall'esigenza del disabile grave di realizzare un proprio progetto di vita, evitando il rischio di istituzionalizzazione nel momento in cui viene meno la famiglia. Per questo prevediamo il potenziamento di realtà di accoglienza più piccole, che favoriscono relazioni più strette e familiari".

A chi è rivolta la legge?

A poter beneficiare delle nuove misure di assistenza e protezione sono le persone con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive di sostegni familiari, attraverso la progressiva presa in carico della persona disabile durante l'esistenza in vita dei genitori. Restano comunque in vigore i livelli essenziali di assistenza e gli altri benefici previsti su questo tema dalla legge in vigore.

Il fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave e disabili prove del sostegno familiare. Per adottare le misure previste è istituito un

nuovo fondo con una dotazione di 90 milioni di euro per il 2016, 38,3 per il 2017 e 56,1 all'anno a partire dal 2018. Il fondo destinato ad interventi pubblici viene ripartito tra le Regioni, ed è rivolto a favorire i percorsi di de-istituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità in abitazioni o gruppi-appartamento che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare, e che tengano conto delle opportunità offerte dalle nuove tecnologie. Su questa linea, saranno potenziati i progetti di co-housing. Verà inoltre finanziata la possibilità per il disabile di risiedere in via temporanea in una soluzione abitativa extrafamiliare per far fronte a eventuali situazioni di emergenza.

Consapevoli che non si può realizzare un "Dopo di noi" a prescindere dall'esistenza persona e che è fondamentale tenere conto del suo progetto individuale, la proposta di legge del punta sullo sviluppo di programmi di accrescimento della consapevolezza, di abilitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livello di autonomia possibile.

Le spese assicurative e i trust

Oltre agli interventi diretti, la legge potenzia la detraibilità delle spese sostenute per le polizze assicurative rivolte a tutelare le persone con disabilità grave, con l'incremento della somma dei premi per assicurazioni versati per rischi di morte che si può detrarre da 530 a 750 euro per anno di imposta. Il testo stabilisce inoltre una serie di agevolazioni a vantaggio dei trust, già previsti dal nostro ordinamento, istituiti in favore dei disabili. Per poter fruire di questi vantaggi il trust deve essere istituito per atto pubblico, deve indicare le attività assistenziali necessarie a garantire la cura e la soddisfazione dei bisogni, comprese le attività finalizzate a ridurre il rischio della istituzionalizzazione e devono essere indicati gli obblighi del gestore del trust, con riguardo al progetto di vita e agli obiettivi di benessere che lo stesso deve promuovere nei confronti della persona disabile. Unico beneficiario del trust deve essere il disabile, e i beni, di qualsiasi natura, conferiti nel trust devono essere destinati unicamente alla realizzazione delle finalità assistenziali. Le modalità degli interventi di agevolazione in favore dei trust dovranno comunque essere precisate con un successivo decreto.

"Dopo di noi" punta a quindi a invertire una tendenza che vede oggi la stragrande maggioranza degli adulti con disabilità ospiti di grandi strutture (l'86 per cento dell'offerta è costituita da strutture che contano più di 30 posti letti, solo 3,7 per cento vive in realtà alternative).

"Durante i 18 mesi di preparazione di questo testo – continua Elena Carnevali - trascorsi ad incontrare operatori del settore, istituzioni, enti locali e a visitare strutture grandi e piccole ho conosciuto un Paese che sa far fronte ai problemi e sperimentare moltissime esperienze positive e diverse tra loro. Ma ho visto anche situazioni in cui più di cento persone dai 18 ai 65 anni vivevano in luoghi troppo simili a reparti ospedalieri, senza la possibilità di uscire e di incontrare il mondo. Sono i luoghi come questi che la legge "Dopo di noi" vorrebbe far sparire".

La residenzialità non è un male in sé, se si rispettano certi criteri, né l'indipendenza è possibile per tutti. Molto dipende dalle condizioni e dal progetto di vita del disabile e della sua famiglia: "Esistono comunità di accoglienza di ottima qualità – chiude Carnevali – la nostra non è una crociata contro le strutture, purché non siano luoghi di segregazione e abbandono. Né per tutti può essere possibile una vita completamente indipendente condotta in casa propria, o deve essere questa la scelta migliore. Questa legge serve proprio a consentire al disabile di poter scegliere la condizione più adatta per sé e per il proprio progetto di vita. In molti posti si sperimentano tipologie di residenze che consentono alle persone di continuare a vivere nei contesti che sono a loro familiari, dove hanno amici e conoscenti. Anche questa deve essere una via, è giusto sostenerla anche finanziariamente. Tutto poi è sempre migliorabile e capisco l'esigenza di incrementare le risorse disponibili, anche a sostegno delle misure per garantire la Vita indipendente previste dalla legge 162/98. Ma stiamo parlando di un pezzo di mondo che fino a oggi ha ricevuto risposte solo dalle famiglie e dall'associazionismo, mentre è giusto che il pubblico faccia la sua parte. Questo è il primo mattone di una rivoluzione, non abbiamo intenzione di fermarci qui".

Il provvedimento, già discusso alla Camera, dovrà ora approdare al Senato per l'approvazione definitiva.

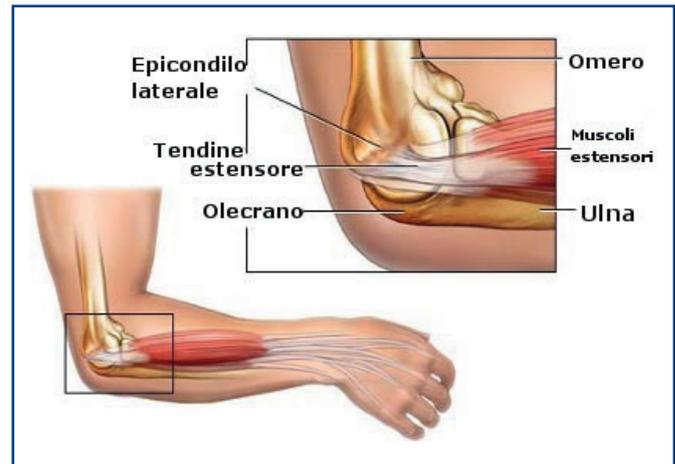
## PILLOLE DI LETTERATURA

Dott. FT Denis Pennella<sup>1</sup>, Dott. FT Fabio Cataldi<sup>2</sup>



L'argomento di questo numero è la condizione dolorosa più comune tra tutti i disordini muscolo-scheletrici che riguardano

il gomito, nonché causa di disabilità e perdita di produttività. Una condizione che può vantare oltre 2000 lavori dedicati in archivio MEDLINE negli ultimi 10 anni e ben 51800 cercando su Google Scholar! Una vastità di riferimenti e di ricerche che tuttavia non ne hanno reso più semplice la comprensione ed il trattamento. Parliamo dell'epicondilalgia laterale di gomito (EL), o più comunemente chiamata, anche in letteratura scientifica, "tennis elbow". I dati epidemiologici sono impressionanti: il 40% della popolazione ne soffre almeno una volta nella vita con una prevalenza da 1 a 3% della popolazione mondiale, di cui lo 0,4-0,7% richiede l'aiuto del personale sanitario<sup>1-2</sup>; tuttavia il 50% dei pazienti residua dolore dopo 12 mesi di trattamento ed il 20% soffre ancora dopo 3/5 anni. Questi dati suggeriscono come l'EL, a dispetto della maggior parte dei disordini muscolo-scheletrici, non sia autolimitante e determini disabilità in una parte sostanziale degli affetti<sup>3</sup>. La complessità dell'EL è stata peraltro documentata attraverso numerosi studi che hanno correlato questa condizione dolorosa a: tipologia di lavoro (d'ufficio), età avanzata, sesso femminile, tabagismo e altri disordini muscolo-scheletrici concomitanti<sup>4</sup> (es. tendinopatia cuffia dei rotatori). La motivazione alla base della difficoltà della gestione del do-



lore nell'EL risiede nei meccanismi neurologici che la caratterizzano: diversi studi hanno infatti dimostrato la presenza, nei pazienti affetti, di sensibilizzazione centrale (meccanismo neurologico per il quale s'instaura una condizione di aumentata sensibilità al dolore al di fuori del sito anatomico di lesione/infiammazione), diminuzione della soglia di percezione del dolore, incremento della sommazione temporale (aumento progressivo della risposta dolorosa ad uno stimolo doloroso somministrato ripetutamente, indice clinico di una condizione di dolore complessa), iperalgesia e allodinia<sup>5</sup>.

La diagnosi è basata sulla storia clinica e l'esame fisico: il paziente lamenta un dolore in corrispondenza dell'epicondilo laterale dell'omero, con riferimento eventualmente nell'avambraccio, che peggiora con il gripping, con la palpazione e con i test resistiti in estensione del polso e/o del II o III dito; inoltre può o meno esserci correlazione con concomitanti sovraccarichi funzionali o recenti cambiamenti di attività dell'arto superiore<sup>6</sup>. L'approfondimento diagnostico, eventualmente con ecografia, s'inserisce nell'ottica di risposta a specifico quesito di diagnosi differenziale, dal momento che caratteristiche morfologiche patologiche del tendine (regioni ipoecogene, lesioni tendinee, neovascolarizzazione...) sono presenti nel 50% dei soggetti sani/asintomatici<sup>7</sup>. Detto ciò, non si deve dimenticare che la valutazione del paziente



affetto da dolore laterale al gomito non è scevra da un approfondimento clinico maggiore che indaghi la condizione del rachide cervicale e toracico, eventuali lesioni mio-tendinee, instabilità o altre patologie articolari, eventuale irritabilità del fascio vasculo-nervoso (es. nervo interosseo posteriore), pervietà meccanica dei tessuti molli della regione cervicale e di tutto l'arto superiore, eventuale presenza di patologie gravi<sup>8-9</sup>.

Fino ad oggi sono stati pubblicati oltre 200 lavori, tra RCT e revisioni sistematiche, sul trattamento della EL che investigano l'efficacia a breve, medio e lungo termine dei numerosi approcci terapeutici possibili: manipolazione fasciale, manipolazioni high velocity/low amplitude (HVLA) cervicali, toraciche e periferiche, esercizio, ortesi, laser, onde d'urto, agopuntura, chirurgia, gestione farmacologica, trattamenti multimodali (cioè più strumenti terapeutici opportunamente combinati). L'analisi dei risultati propende sempre per l'abbattimento del concetto di trattamento diretto a favore di quella che è la miglior gestione della condizione, nell'ambiente bio-psico-sociale del paziente, attraverso l'esercizio e l'ottimale identificazione del carico funzionale, servendosi di ogni altra strategia al fine di accelerare il

recupero e migliorare gli outcome<sup>10</sup>.

In tal senso Bisset and Vicenzino<sup>11</sup> hanno elaborato un algoritmo (in Figura 1) che, sulla base delle migliori e più attuali evidenze, aiuta il clinico a muoversi al meglio nella gestione della EL confrontandosi con le caratteristiche di base del paziente, la gravità della condizione ed il suo specifico psico-sociale. La particolarità della proposta di questi autori risiede proprio nella spinta a identificare la condizione dolorosa all'interno delle stesse capacità prognostiche del paziente, per vagliare l'approccio multimodale più consono.

Nei lavori che seguono, affrontiamo due aspetti interessanti di questa articolata condizione clinica, spesso poco considerati dal fisioterapista.

*Qi L, Zhang YD, Yu RB, Shi HB. Magnetic Resonance Imaging of Patients with Chronic Lateral Epicondylitis: Is There a Relationship between Magnetic Resonance Imaging Abnormalities of the Common Extensor Tendon and the Patient's Clinical Symptom? Medicine (Baltimore). 2016 Feb;95(5):e2681*

In questo studio 3 radiologi hanno indagato

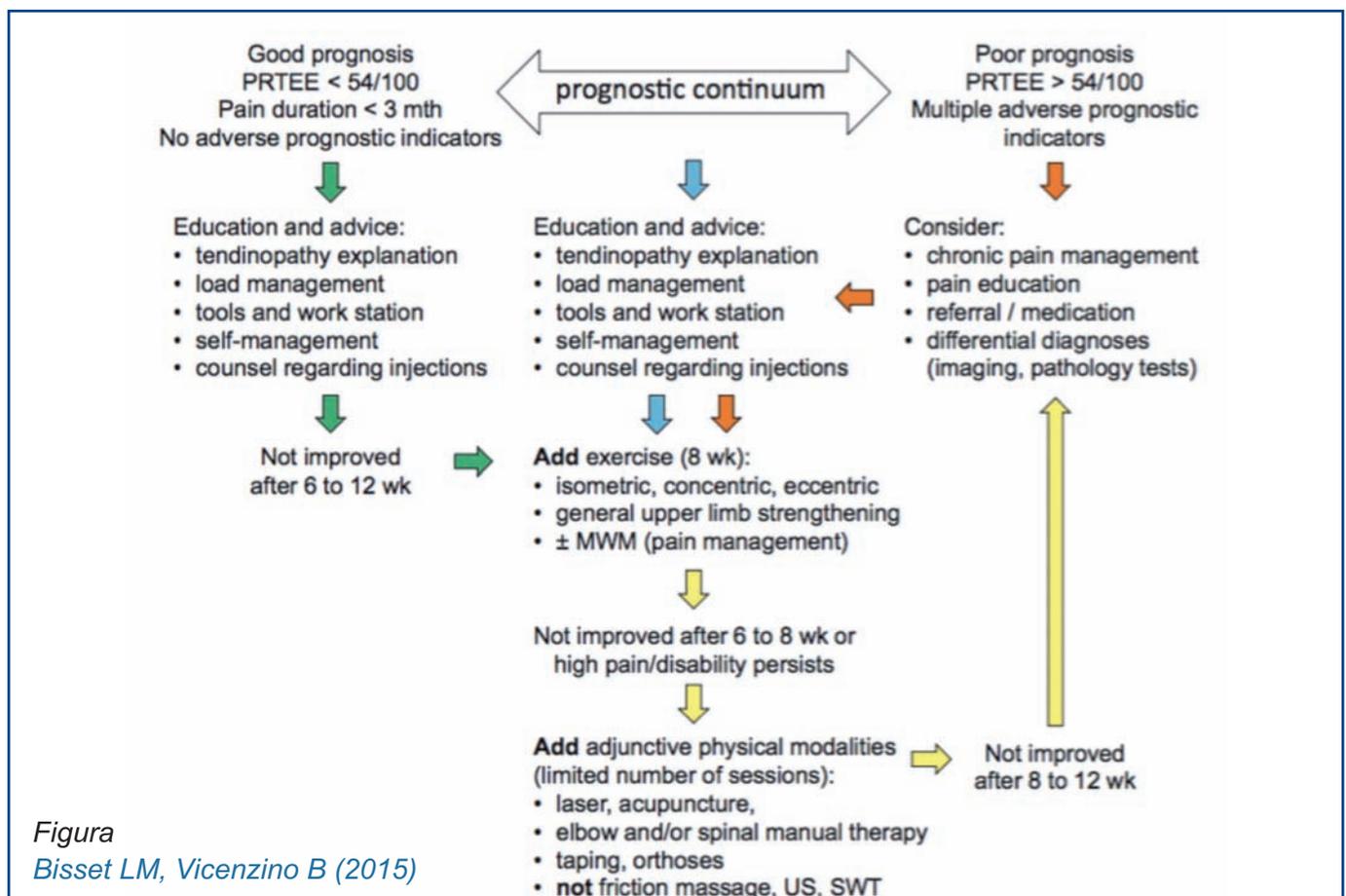


Figura  
Bisset LM, Vicenzino B (2015)

l'affidabilità inter-operatore e intra-operatore, nonché la correlazione della Risonanza Magnetica (RM), in 96 pazienti affetti da EL, con la presentazione clinica. Il confronto è stato eseguito tra la Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE), questionario di autovalutazione che indaga l'impatto della EL cronica nell'ambito del dolore, delle attività quotidiana e delle attività specifiche e l'imaging, opportunamente classificato in base ai segnali anomali del tendine comune degli estensori. Lo studio ha mostrato come la RM sia uno strumento affidabile nella valutazione della gravità radiologica della EL cronica, correlata positivamente al sintomo clinico del paziente.

L'utilità di confermare o stadiare la EL attraverso tecniche di imaging biomedico, con un impatto economico ancora elevato sul paziente, rimane comunque da indagare nella possibilità di miglioramento degli outcome o riduzione della prognosi, soprattutto alla luce del fatto che lo stesso studio conferma una correlazione evidente tra imaging e condizione clinica, la quale, da sola, basterebbe a classificare opportunamente il paziente per intraprendere il percorso terapeutico adeguato, come già proposto da Bisset and Vicenzino (2015).

*Jiménez I, Marcos-García A, Muratore-Moreno G, Medina J. **Foursurgicaltips in the treatment of epicondylitis.** RevEspCirOrtopTraumatol. 2016 Jan-Feb;60(1):38-43*

In questo lavoro, un piccolo gruppo di 35 pazienti è stato sottoposto a tecnica di chirurgia a cielo aperto (denervazione epicondylare, localizzazione e rimozione dei noduli degenerativi del tendine, chiamati di Nirshl, e liberazione del Nervo Interosseo Posteriore) con risultati da eccellenti a molto buoni nel 94,3% dei casi.

Questo studio, sebbene limitato dal numero esiguo del campione utilizzato, ci spinge a considerare, dopo il fallimento della terapia conservativa, anche un'eventuale possibilità chirurgica, non come panacea dell'EL cronica ma quale possibilità lì dove i meccanismi di sensibilizzazione centrale e il probabile coinvolgimento del nervo radiale siano di forte ostacolo al trattamento.

L'invito per i lettori è al prossimo numero della nostra rivista, nella speranza di continuare a

ricevere i vostri importantissimi contributi e le vostre opinioni alla mail [redazione@aifipuglia.it](mailto:redazione@aifipuglia.it) o attraverso i nostri account social ufficiali.

#### Bibliografia

1. Gruchow HW, Pelletier D. An epidemiologic study of tennis elbow. Incidence, recurrence, and effectiveness of prevention strategies. *Am J Sports Med.* 1979;7:234-238
2. Hamilton PG. The prevalence of humeral epicondylitis: a survey in general practice. *J R Coll Gen Pract.* 1986;36:464-465
3. Coombes BK, Bisset L, Brooks P, Khan A, Vicenzino B. Effect of corticosteroid injection, physiotherapy, or both on clinical outcomes in patients with unilateral lateral epicondylalgia: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2013;309:461-469
4. Titchener AG, Fakis A, Tambe AA, Smith C, Hubbard RB, Clark DI. Risk factors in lateral epicondylitis (tennis elbow): a case-control study. *J Hand Surg Eur Vol.* 2013;38:159-164
5. Fernandez-Carnero J, Fernandez-de-las-Penas C, Sterling M, Souvlis T, Arendt-Nielsen L, Vicenzino B. Exploration of the extent of somato-sensory impairment in patients with unilateral lateral epicondylalgia. *J Pain.* 2009;10:1179-1185
6. Palmer K, Coggon D, Cooper C, Doherty M. Work related upper limb disorders: getting down to specifics. *Ann Rheum Dis.* 1998;57:445-446
7. Heales LJ, Broadhurst N, Mellor R, Hodges PW, Vicenzino B. Diagnostic ultrasound imaging for lateral epicondylalgia: A case control study. *Med Sci Sports Exerc.* 2014;46:2070-2076
8. duToit C, Stieler M, Saunders R, Bisset L, Vicenzino B. Diagnostic accuracy of power-doppler ultrasound in patients with chronic tennis elbow. *Br J Sports Med.* 2008;42:872-876
9. Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Bilateral cervical dysfunction in patients with unilateral lateral epicondylalgia without concomitant cervical or upper limb symptoms: a cross-sectional case-control study. *J Manip Physiol Ther.* 2014;37:79-86
10. Khan K, Scott A. Mechanotherapy: how physical therapists' prescription of exercise promote tissue repair. *Br J Sports Med.* 2009;43:247-252
11. Bisset LM, Vicenzino B (2015) Physiotherapy management of lateral epicondylalgia. *Journal of Physiotherapy* 61: 174-181

<sup>1</sup>Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Studi Professionali a Bari e Taranto

<sup>2</sup>Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Studio Professionale a Bari

## 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



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

↳ lettini trattamento di design, robusti e con alzata elettrica / idraulica



LASER AD ALTA POTENZA

**Hilterapia®**

il laser Nd:YAG più potente al mondo

rapida risposta analgesica, antinfiammatoria e rigenerativa

**MIS**  
Multiwave  
Lockersystem

laserterapia portatile evoluta



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



LEADER NELLE ONDE D'URTO

**EMS**  
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

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

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



**EXPOSANITA'**

20ª mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

VI ASPETTIAMO A BOLOGNA | PAD. 22  
 DAL 18 AL 21 MAGGIO 2016 | STAND C19 - C26

medical **calò**

☎ 080.3023188

🌐 medicalcalo.it



TECNOLOGIE PER LA RIABILITAZIONE



CONSULENZA



FORNITURA



FORMAZIONE



ASSISTENZA