



# fisioterapisti

## LA NOSTRA VOCE Puglia

Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti  
Regione Puglia n. 60 (1° Trimestre 2017) - Registrazione c/o il Tribunale di Taranto n 2544 del  
04.11.16 - Spedizione in A.P.-45% art. 2 comma 20/B Legge 662/96 DC/DCI aut. N. 310 del 17.04.01



**#rispettaleregole**

# A.I.FI. C'È: È PRESENTE E FORTE



**I**n Italia ci sono 65.000 fisioterapisti in attività; questo dato che è stato condiviso con il Ministero della Salute, è il risultato di un'indagine svolta in proprio dall'A.I.FI. utilizzando le banche dati disponibili collegando i dati forniti dal CoGeAPS e dall'ISTAT.

**A.I.FI. è l'unica associazione rappresentativa per decreto ministeriale**, oltre questo riconoscimento legale, il nostro sodalizio è per davvero impegnato a promuovere la professione

**A.I.FI. Puglia percepisce questo dato come una conferma della nostra responsabilità nel rappresentare la professione sanitaria del fisioterapista con serietà.** Lo statuto A.I.FI. indica l'importanza di collaborare con le istituzioni per valorizzare il ruolo della fisioterapia come strumento di prevenzione-cura-riabilitazione per il benessere dei cittadini.

Valorizzare l'importanza della nostra professione sanitaria per la tutela della salute del cittadino, significa avere una presenza costante ed una forza determinante nell'inibire tutte le azioni che possono recargli danno.

**A.I.FI. lavora per il costante sviluppo tecnico scientifico della professione** e l'Università è il luogo dove la formazione di base deve garantire sempre di più una migliore preparazione dei futuri colleghi, aumentando il livello di qualità e contrastandone i tentativi di semplificare la formazione.

**Succede, però, che anche le Università possano sbagliare, provocando problemi che talvolta arrivano all'aberrazione**, decretando la possibilità di ammissione nei nostri corsi di laurea di persone che non hanno avuto la volontà o capacità di superare le prove di ammissione necessarie per accedere a tutte le professioni sanitarie. Queste persone che frequentano alcuni corsi a pagamento, creati da società che sfruttando la mancanza di chiarezza legislativa, permettono di distribuire titoli, tipo masso fisioterapista, che nulla hanno in comune con l'abilitazione alla nostra professione sanitaria. Proprio per questo motivo queste persone cercano di sfruttare, in tutti i modi, la persistente debolezza legislativa per convertire quel titolo in quello di fisioterapista.

**Purtroppo è successo che l'Università di Foggia**, ha decretato di aprire i corsi di laurea a queste persone, che come disperati in cerca di un riconoscimento professionale, si sono piombati ad iscriversi in circa 200 unità, con la conseguenza immediata di ridurre la qualità della formazione degli studenti dell'Ateneo foggiano che sono regolarmente iscritti all'Università e decretare il sovvertimento delle regole di ammissione con numero nazionale programmato ai corsi di laurea per le professioni sanitarie.

**Ma A.I.FI. c'è ed è presente e forte**, e la sua funzione di difendere la salute dei cittadini garantendo la formazione di veri professionisti sanitari formati secondo le regole legislative, si è fatta sentire.

**Essere presenti e sempre attenti ci ha permesso di intervenire immediatamente** contro il "decreto di urgenza del 23.12.16", emanato prima della chiusura dell'Ateneo per le vacanze di Natale, dall'Università di Foggia, che permetteva l'iscrizione al terzo anno di coloro che avevano un titolo di mft.

**Essere forti e presenti, anche durante il periodo natalizio**, e consapevoli del nostro ruolo rappresentativo di tutti i fisioterapisti ha consentito di illustrare al MIUR l'assurdità di quel provvedimento.

**A.I.FI. è immediatamente intervenuta chiedendo al Ministero di bloccare quell'immissione** di persone che vogliono avere un posto al sole senza rispettare le regole.

**Il MIUR ha compreso la fondatezza delle nostre richieste e ha risposto alla nostra lettera chiedendo al Rettore dell'Università di Foggia "di provvedere il più presto al ritiro del provvedimento adottato".**

Chi lavora può sbagliare, la cosa bella è capire i propri errori. A.I.FI. è l'associazione rappresentativa che desidera valorizzare la nostra professione ed è disponibile a collaborare con tutte le istituzioni che hanno interesse a migliorare la nostra formazione; A.I.FI. sarà sempre al loro fianco perché la collaborazione può generare migliori valori di prestigio per tutti.

**#rispettaleregole**

Il Presidente

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

# Sommario



A.I.Fi. c'è: è presente e molto forte .....	2
Il direttore della ASL di Taranto Stefano Rossi parla di Sanità, Prevenzione e Riabilitazione .....	4
IV Edizione Fuorigioco: grande giornata di calcio e sociale a Taranto .....	8
Dalla vision alla mission: l'arte di comunicare l'identità .....	9
Un'invenzione per caso... ma non troppo .....	12
Noi siamo i limiti che ci impongono .....	14
Viaggio nell'autismo .....	16
Un benvenuto ai neolaureati .....	19
Trattamento conservativo per l'osteoartrosi del ginocchio .....	20
Il contributo del fisioterapista alla prevenzione primaria e alla promozione della salute in età pediatrica .....	24
Pillole di letteratura .....	26
L'assistente sanitario: un prezioso alleato .....	29

## IMPORTANTE

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

### Norme per gli autori

- L'accettazione degli articoli è subordinata al giudizio della redazione.
- I testi inviati per la pubblicazione **devono essere inediti**, con un numero massimo di 10.000 battute (spazi inclusi) e devono riportare i riferimenti bibliografici.
- Negli articoli proposti, l'autore dovrà indicare: titolo, sottotitolo, tags o keywords. In questa maniera sarà possibile indicizzare gli elaborati e renderli più fruibili anche sul web.
- Qualora nell'articolo l'Autore inserisca citazioni tratte da testi scientifici o di altro tipo deve evidenziare il passo citato e segnalarne la fonte
- La redazione si riserva di chiedere all'Autore eventuali modifiche o chiarimenti del testo
- Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità dell'Autore.

Segreteria Redazionale:

**A.I.FI. - Puglia**

Casella Postale 386

Piazza Umberto I, 33/A - 70121- BARI



Direttore Responsabile: **Marco Cordella**

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

Redattore Capo: **Concetta Pesce**

Rappresentante Legale: **Eugenio D'Amato**

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

Copertina a cura di **Alessandro Stasi**

Locandina Congresso Regionale AIFI Puglia 2017  
a cura di **Alessandro Stasi**

# IL DIRETTORE DELLA ASL DI TARANTO STEFANO ROSSI PARLA DI SANITA', RIABILITAZIONE E PREVENZIONE

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



**P**Il giovane direttore della ASL Taranto, l'avv. Stefano Rossi, è per il terzo anno alla guida della sanità tarantina. Studi in giurisprudenza, un corso di perfezionamento in diritto amministrativo comunitario e un corso di alta formazione in management sanitario, è originario di Lecce. A lui, l'onere e l'onore di occuparsi di sanità in un territorio non facile. Lo abbiamo raggiunto in una lunga intervista che parte dalla situazione della sanità.

## 1) Come è la situazione sanitaria a Taranto?

La situazione sanitaria a Taranto è molto complessa e riflette quelle che sono le criticità ambientali, economiche, sociali ed occupazionali del territorio. A questi aspetti peculiari si aggiungono altre emergenze congiunturali connesse alle migrazioni internazionali e ai relativi bisogni di salute di coloro che sbarcano sulle nostre coste, spesso minori non accompagnati.

La situazione sanitaria della popolazione tarantina è attentamente monitorata con appositi studi ed indagini epidemiologiche e particolare attenzione è rivolta alla salute infantile. L'incidenza tumorale, la valutazione dell'aumento del rischio di mortalità connesso agli inquinanti e il relativo ricorso alle cure ospedaliere, l'andamento delle malattie neurologiche, cardiache, respiratorie, dell'apparato digerente e le malattie renali impongono attente riflessioni e mirate strategie in termini interventi sanitari e investimenti specifici alle quali l'ASL di Taranto non si è mai sottratta.

Ecco perché gli sforzi della ASL di Taranto sono tutti incentrati nel cercare di dare risposte concrete, in termini sanitari e socio-sanitari, ai bisogni della popolazione, includendo azioni ad ampio raggio sia nel campo della prevenzione, diagnosi e cura e della riabilitazione, con la finalità del miglior reinserimento del malato nel contesto familiare e sociale.

Per quanto attiene in particolare la riabilitazione, nella ASL di Taranto è presente uno dei tre dipartimenti strutturati di riabilitazione della Regione Puglia, suddiviso nelle due aree della disabilità adulta e dell'età evolutiva. Presente in tutto il territorio provinciale, il dipartimento ha gestito nel 2016, attraverso servizi propri e convenzionati,



circa 4600 utenti, prestazioni riabilitative sanitarie e socio-sanitarie.

Il dipartimento di riabilitazione dell'Asl di Taranto offre prestazioni multidisciplinari:

- di tipo clinico funzionale (diagnosi e valutazioni);
- di tipo riabilitativo (presa in carico);
- di completamento al progetto riabilitativo, quali prescrizioni ortesiche, protesiche e di ausili in stretta collaborazione con i Distretti Socio Sanitari e i Presidi Ospedalieri Aziendali.

Le prestazioni sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale con frequenza media trisettimanale (quotidiana per il Centro Diurno), in forma diretta e attraverso strutture convenzionate accreditate.

È presente inoltre nella sede centrale un servizio ambulatoriale di FKT e di FKT strumentale, di idroterapia in "vasche Bobath" e di idroterapia

in piscina dotata di pedana (sicuramente unica in Puglia)

La presa in carico in ogni settore della disabilità avviene secondo un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) che rispetta e segue i cicli della vita: dalla diagnosi precoce, all'integrazione scolastica, ai pazienti postacuti, ai pazienti cronici fino all'*Inserimento Sociale e Lavorativo*.

Per quanto concerne **l'area dell'età evolutiva, specializzata nelle cerebropatie infantili**, gli stretti rapporti con la UTIN ed i pediatri di base hanno riaffermato il servizio quale costante riferimento aziendale per i nati a rischio.

Sono stati avviati infine, sempre con la NPJA, i tavoli di studio e progettazione dei PDTA per l'autismo e si sono concordati, con la direzione strategica dell'ASL, i percorsi per la prevenzione e per la presa in carico di minori con malattie rare nell'ambito del Progetto "Terra dei Fuochi".

Nell'ambito dell'**area adulta** si è consolidata la presa in carico dei pazienti con malattie neurodegenerative (S.L.A., S.M., Parkinson, Alzheimer).

Grazie alla Rete ADI-SLA istituita con delibera D.G. n. 1029 del 20/7/2015 si è consolidato il modello organizzativo della ASL di Taranto relativo alla rete assistenziale territoriale tramite la quale avviene la presa in carico dei pazienti a domicilio vede la partecipazione di operatori sanitari ospedalieri (medici, infermieri), distrettuali e convenzionati (Medici di Medicina Generale e Medici Specialisti SUMAI di tutte le discipline), evitando così i costi di esternalizzazione dei servizi.

L'attività di tale rete assistenziale è estesa anche a pazienti complessi affetti da altre patologie gravi, neurodegenerative e/o rare complesse.

Con il reparto di ortopedia e di fisioterapia dell'Ospedale SS. Annunziata è stato ratificato il percorso per la presa in carico precoce riabilitativa domiciliare dei pazienti con frattura recente di femore. Il progetto "femore" finalizzato alla corretta dimissione al termine del periodo di acuzie, con presa in carico a domicilio per il prosieguo della assistenza in particolare riabilitativa.

Quanto alle dimissioni protette, sono state attivate all'interno degli stabilimenti ospedalieri uffici distrettuali dedicati - veri avamposti distrettuali nell'ospedale - con la finalità di raccordare le

strutture complesse ospedaliere di degenza con le UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) distrettuali, avviando così un processo culturale di formazione del personale coinvolto nell'assistenza al fine di costituire un'équipe multidisciplinare e multi professionale senza soluzioni di continuità nell'offerta assistenziale e favorendo il rientro del paziente al proprio domicilio nella sfera degli affetti familiari. Non da ultimo tale servizio realizza la semplificazione degli adempimenti burocratici correlati alla protesica, fornitura di ausili, alle istanze d'invalidità civile.

Nel 2016 sono risultati in carico a questo Dipartimento, 240 utenti ricoverati presso strutture convenzionate, con totale impegno di spesa ASL, mentre gli assistiti inseriti nei Centri Diurni socio-educativi, integrati nella rete dei *Servizi territoriali*, sono 600 in tutta la provincia (spesa al 50% a carico della ASL). Afferiscono in sintesi al Dipartimento diciotto Centri Semiresidenziali Socio-Sanitari (art. 60 R.R. N°4 /2007), più cinque strutture residenziali art.57 ("Dopo di Noi") ed una Struttura convenzionata di ricovero extra ospedaliero estensivo ex art.26.

Sono continuati i progetti finalizzati innovativi o sperimentali di giardinaggio, musicoterapia, di laboratorio neurocognitivo (scacchi facilitati) per soggetti con ritardo mentale e di *pet-therapy*.

Notevole impegno ha profuso il Servizio di Integrazione Lavorativa per l'inserimento degli oltre 80 operatori assunti dalla nostra ASL con il concorso riservato ai disabili (Legge 68/1999).

Notevole impegno organizzativo è stato profuso nell'ambito di tutte le UU.TT.RR. e dei relativi dirigenti per il servizio trasporto dei disabili, soprattutto per quel che riguarda sia i percorsi di accesso allo stesso, sia i percorsi amministrativi e di rendicontazione.

Infine l'accesso all'idroterapia soprattutto in piscina, pur non essendo attualmente incluso nei LEA, è stato mantenuto attivo per i pazienti in età evolutiva.

## **2) Parliamo di riabilitazione, come pensa l'ASL di investire in questo campo, che consente di migliorare la qualità della vita cittadini?**

L'ASL di Taranto, recependo le novità dei nuovi LEA e in tema di riorganizzazione dell'offerta

sanitaria, ha posto grande attenzione alle terapie per le nuove patologie rare e croniche, ha rafforzato le attività assistenziali alternative al ricovero, quali le dimissioni protette, l'assistenza domiciliare, la riabilitazione e l'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Consapevoli che tali trasformazioni costituiscono una opportunità di cambiamento della cultura sanitaria che prevede la riqualificazione e il potenziamento di tutti i servizi diagnostici e terapeutici e di cura offerti, al fine di poter meglio soddisfare i reali bisogni assistenziali, l'ASL di Taranto ha varato un programma di investimento in campo riabilitativo ed una riorganizzazione che punti ad una maggiore appropriatezza che include la presa in carico, la tempestività dell'intervento, la continuità terapeutica, il coinvolgimento attivo dell'utente e dei suoi familiari, la formazione e aggiornamento continuo degli operatori e dei *caregiver*.

Il riordino della rete ospedaliera pugliese impone di adeguare la rete ospedaliera ai nuovi standard prescritti dalla normativa nazionale, con l'obiettivo di portare le reti ospedaliere dentro omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficienza gestionale. La Puglia, in quest'ottica, ha previsto come risposta la riconversione delle proprie strutture ospedaliere.

Volendo caratterizzare l'offerta sanitaria diretta alla Città di Grottaglie e volendo attuare, in questo senso, una profonda riorganizzazione di tutta l'assistenza, non solo nel territorio di Grottaglie ma anche in una proiezione di servizi su scala aziendale, aumentando la capacità di intercettare, prendere in carico e dare una risposta adeguata in termini temporali, qualitativi ai bisogni assistenziali dei cittadini, è stato intrapreso un percorso di adeguamento strutturale dell'area di riabilitazione presso lo Stabilimento Ospedaliero San Marco in vista della ridefinizione della *mission* dello stesso in polo riabilitativo incentrato sulle post acuzie.

Si tratta di una riconversione in **Presidio Territoriale di Assistenza Riabilitativa**, struttura da 40 posti letto, destinata ad una innovativa vocazione territoriale riabilitativa estensiva extra ospedaliera, di supporto in post acuzie, integrata e raccordata con i servizi sanitari degli altri ospedali per garantire una copertura assistenziale nell'arco

delle 12 o 24 ore nella riabilitazione neurologica (sistema nervoso), ortopedica (sistema muscolo-scheletrico) e cardio-respiratoria.

Oltre alle degenze, il Presidio Territoriale di Riabilitazione del P.O. di Grottaglie conterà almeno due ambulatori di riabilitazione per visite specialistiche e prestazioni sia per i pazienti ricoverati sia per gli utenti esterni secondo i dettami del Piano di Indirizzo della Riabilitazione, e sarà dotata delle più moderne attrezzature e macchine riabilitative, laboratori, palestra equipaggiata e piscina riabilitativa.

### **3) Il piano assunzionale della ASL prevede l'inserimento di 10 fisioterapisti. Pensa ad un concorso in merito?**

La copertura dei posti vacanti va effettuata tramite indizione della procedura di avviso di mobilità pre-concorsuale e della successiva indizione del concorso, qualora non si riesca a coprire il numero dei posti disponibili. Prima di indire la mobilità, bisogna verificare se presso le altre aziende sanitarie regionali sia già presente una graduatoria di concorso per tale profilo, verifiche che sono già in corso. Entro questa settimana sarà conclusa questa fase di ricognizione, dopo di che saremo in grado di finalizzare le procedure volte al reperimento della figura professionale del fisioterapista.

### **4) Leggi nazionali e regionali, prevedono che i professionisti sanitari siano gestiti direttamente da dirigenti appartenenti alla stessa area. Per l'area riabilitativa sarà istituito il servizio delle professioni sanitarie riabilitative?**

La Legge Regionale 9 agosto 2006, n. 26 "Interventi in materia sanitaria" all'art. 34 (Servizio infermieristico-ostetrico e delle professioni tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione) prevedeva tra l'altro l'istituzione del Servizio delle professioni della riabilitazione.

La Legge 43/06 (riferimento all'art. 15 comma 3 dell'allegato A Regolamento di organizzazione del distretto socio-sanitario) ha disciplinato e articolato in posizioni funzionali tutte le professioni sanitarie tra cui quella dell'area riabilitativa.

Ai sensi della Delibera di G.R. n. 284 del 25 febbraio 2013 e del Regolamento Regionale 6/2013 del 4 marzo "Regolamento regionale sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione",



viene stabilito che il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione è composto da diverse strutture e dai servizi a valenza dipartimentale tra cui il Servizio delle professioni sanitarie della riabilitazione.

Tuttavia ai fini applicativi, non sono stati ancora adottati i regolamenti a livello delle singole aziende sanitarie locali per l'istituzione del servizio delle professioni sanitarie della riabilitazione, previste sia a livello distrettuale che a livello ospedaliero. Il governo della Regione Puglia si sta muovendo in tal senso con appositi tavoli tecnici a quali partecipano le organizzazioni sindacali e i professionisti delle aree sanitarie, per giungere al varo di una bozza regionale di regolamento da applicare nelle singole aziende sanitarie.

### **5) Il piano di riordino ospedaliero prevede che l'ospedale di Grottaglie sia destinato alla riabilitazione. Quale è lo stato dei lavori?**

Il piano di riordino ospedaliero della Regione Puglia prevede per l'ospedale di Grottaglie la riconversione in Polo Riabilitativo articolata in 40 p.l. di riabilitazione neuromotoria, pneumologia e cardiologica e 32 p.l. lungodegenza. Nel mese di dicembre 2016, l'ASL di Taranto ha predisposto uno studio di fattibilità al fine di riorganizzare lo stabilimento ospedaliero San Marco, attendendo alla vocazione di polo riabilitativo, prevedendo interventi strutturali e di ammodernamento che garantiscano percorsi dedicati ed assicurino accessibilità ad una nuova tipologia di pazienti che, a causa delle loro disabilità, necessitano di ambienti, laboratori e servizi specifici per la fruizione dei trattamenti terapeutici e riabilitativi.

In particolare gli interventi individuati sono:

1. realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica, adiacente alla struttura esistente sul lato nord, con una superficie di circa 600 mq dislocato su tre livelli, prevedendo al piano terra una nuova piscina terapeutica, al primo e secondo piano nuovi ambienti per servizi distrettuali e ambulatoriali;

2. collegamento orizzontale dei reparti e servizi presenti ai vari livelli (piano interrato, piano terra, primo e secondo) attraverso un corridoio da ubicarsi in mezzetteria del patio centrale e realizzazione collegamenti verticali (monta letti, montacarichi, ascensore) al fine garantire un miglioramento funzionale e qualitativo dei servizi differenziando i percorsi interni ai reparti;

3. ristrutturazione degli impianti e degli ambienti previsti per l'allocazione dei posti letto previsti per il polo riabilitativo San Marco di Grottaglie secondo i requisiti minimi strutturali e tecnologici per l'accreditamento di cui al regolamento regionale n.3/2005;

4. lavori di riqualificazione energetica essenziali per il completamento del razionale utilizzo dei vettori energetici, che prevedono il risanamento delle strutture di tamponamento e delle superfici finestrate del presidio ospedaliero in questione ovvero la sostituzione di tutti i serramenti e l'applicazione di un "cappotto termico".

Per la realizzazione dei predetti interventi, l'ASL di Taranto con nota prot. n.0183094 del 13.12.2016 ha richiesto alla Regione Puglia il finanziamento per detti interventi nell'ambito del programma PO FESR 2014-2020, per un importo totale di € 6.500.000,00.

### **6) L'AIFI Puglia lancerà una campagna di informazione sulla schiena a scuola, utilizzando un ospuscolo agli studenti per la prevenzione della scoliosi, pensa che l'ASL possa essere coinvolta?**

L'ASL di Taranto partecipa a numerose campagne di sensibilizzazione in tema di prevenzione delle malattie, di sana alimentazione e attività sportiva, di vaccinazione, di promozione di corretti stili di vita, contro l'abbandono degli animali, il fumo e via discorrendo. Credo che una campagna informativa sui rischi di una postura non corretta, da attivarsi sin dalla più tenera età scolastica dei nostri bambini, sia un'ottima idea alla quale l'Asl di Taranto sarà lieta di contribuire.

## IV EDIZIONE “FUORIGIOCO”: GRANDE GIORNATA DI CALCIO E SOCIALE A TARANTO

Avv. Giulio Destratis, Presidente A.P.S. Fuorigioco

**A** conclusione della quarta edizione del progetto per la rieducazione dei detenuti “Fuori...gioco!”, si è tenuto nel carcere di Taranto un incontro tra i reclusi ed il campione del mondo ‘82 Claudio Gentile che ha emozionato i presenti raccontando un po’ di aneddoti sulla sua carriera recentemente raccolti in un libro.

Poi a seguire, nel pomeriggio, sullo splendido tappeto erboso dello Stadio Iacovone, si sono affrontate in un quadrangolare di calcio, le squadre dei Magistrati, degli Avvocati, della Polizia Penitenziaria e dei detenuti, agli ordini di una terna di giovani e promettenti arbitri della Sezione di Taranto, designati dal Presidente della Figc Puglia Vito Tisci.

Ad affollare la tribuna rappresentanti delle Istituzioni, amici e parenti dei calciatori, ma anche tifosi e semplici curiosi che hanno incitato le squadre, anche intonando cori simpatici.

Per il secondo anno consecutivo a vincere il torneo sono stati gli Avvocati tarantini che hanno battuto in finale, il forte team dei Magistrati del duo Rosati-Carbone rinforzati dal giudice toscano Di Benedetto bomber della Nazionale Italiana Magistrati e da Claudio Gentile nelle inedite vesti di “numero 10”. Nella finale per il terzo posto, i detenuti sono stati battuti dagli agenti penitenziari solo ai calci di rigore. Tutte le gare si sono giocate all’insegna del più assoluto fair play, principio cardine di tutto il progetto.

Durante la premiazione coppe, medaglie e tar-



*Claudio Gentile, campione del mondo di calcio 1982, testimonial di Fuorigioco, e l'avv. Giulio Destratis.*

ghe ricordo per tutti i partecipanti, consegnate dalla Direttrice della Casa Circondariale di Taranto dott.ssa Stefania Baldassari e dal sottoscritto responsabile del progetto.

Ormai “Fuorigioco” sta diventando un appuntamento fisso, atteso ogni anno dalla popolazione detenuta ma anche da tanta altra gente che con grande interesse si sta avvicinando al progetto ogni anno sempre più numerosa. Perché l’iniziativa non consiste solo in una partita di calcio,

ma rappresenta un percorso che dura mesi in cui si condividono esperienze ed in cui si vuol rappresentare ai detenuti un altro modo di vivere la vita: nel rispetto delle regole e del prossimo. Mi fa particolarmente piacere avere tra i partner del progetto l’Aifi Puglia con la quale, attraverso il dott. Cordella ed il dott. D’Amato, ormai da anni si è instaurata una proficua collaborazione.



*Il team dei detenuti con lo staff tecnico.*

# DALLA VISION ALLA MISSION, L'ARTE DI COMUNICARE L'IDENTITÀ

## STRATEGIE E CONSIGLI PER UNA PRESENZA EFFICACE OFFLINE ED ONLINE

Tiziano Mele, *Giornalista e Coach di Comunicazione*



**D**alla Vision alla Mission, ossia dall'obiettivo massimo alla strategia migliore per raggiungerlo, l'Identità Associativa e quella Professionale declinata al tempo della Comunicazione Social.

E' stato questo il *leitmotiv* delle due giornate formative che ho avuto l'onore di tenere prima a Roma (19 Novembre 2016) e poi a Taranto (18 Febbraio 2017), al cospetto di un centinaio di fisioterapisti attenti, interessati ed incuriositi al tema.

L'immagine con la quale ci presentiamo all'esterno è quella che un'azienda, un'associazione o un professionista hanno, o cercano di procurarsi, presso il pubblico in modo da distinguersi dai concorrenti. Essa rappresenta la forma più profonda e spirituale del marchio. In essa si identifica il "core" dell'azienda, ossia il

nucleo (core identity), il quale generato dai valori dei suoi fondatori, dà origine alla visione ed alla missione aziendale.

Un vecchio detto recitava "L'abito non fa il monaco", oggi questo non è più vero. L'immagine riveste sempre più un valore fondamentale nella promozione di se stessi, del proprio brand e della propria identità. Sia in offline (vita reale) che in online (vita digitale): l'immagine deve colpire in una frazione di secondo. E' l'idea di fondo sulla quale si basa la vostra campagna di comunicazione. Generalmente viene resa dall'accoppiata tra la parte visiva (visual) ed il messaggio di testo (slogan). Da esso dipende la forza di penetrazione della campagna presso il pubblico e di conseguenza il suo successo in termini di *call to action* (chiamata all'azione). Se il concept è debole è difficile sperare in un risultato importante ...

Da sinistra: Alessandro Stasi, Eugenio D'Amato e Tiziano Mele



Fondamentale nell'ideazione di una campagna di Comunicazione è l'utilizzo del Brief, un testo descrittivo che contiene le informazioni relative all'azienda (committente) necessarie all'ideazione di un progetto di comunicazione. E' lo strumento utile ed indispensabile con il quale si interagisce con i creativi (agenzie). Dal brief devono emergere in modo chiaro e perentorio almeno 5 elementi-chiave: chi sono (identità), cosa faccio (oggetto), per chi lo faccio (target), il mio miglior vantaggio (supporto), i miei canali di comunicazione (media plan). Dalla stesura del brief dipende meno il successo della vostra comunicazione.

Ci sono però alcuni elementi da non sottovalutare per accrescere il successo di ciò che pubblichiamo in termini di "visibilità" e "viralità". Per chi scrive su un blog sono cose ormai risapute e che fanno parte del proprio bagaglio di conoscenze basate sull'esperienza. Puoi scrivere il migliore post del mondo, ma se sbagli foto, titolo, giorno della settimana e non lo promuovi nei modi giusti non riesce a viralizzarsi e ad avere un buon riscontro di pubblico e condivisioni. Vediamo nel dettaglio quali sono i 5 elementi più influenti nella distribuzione del post.

**Le immagini:** sono fondamentali, servono a creare suggestione e farci entrare meglio nel tema che stiamo affrontando. L'immagine ad altri impatto visivo e di buona qualità stimola la condivisione e nei social ha maggiore possibilità di successo.

**Il contenuto:** i lettori sono ben disposti se l'articolo è piacevole alla lettura ed aggiunge elementi di utilità, che ne facilitano la condivisione in rete.

**L'autore:** è importante, quando l'articolo viene firmato da un professionista qualificato e riconosciuto nel settore ha maggiore possibilità di essere condiviso. Nel vostro sito o blog mettete in evidenza chi siete e cosa fate per accrescere la vostra reputazione e riconoscibilità in futuro.

**Gli "influenzatori":** se il vostro contenuto verrà condiviso da un pubblico di persone riconosciute e che hanno costruito una community avrete un effetto moltiplicatore sulle visite e condivisioni. Il successo è dato da quella parolina magica che gli americani chiamano "to share",



Tiziano Mele

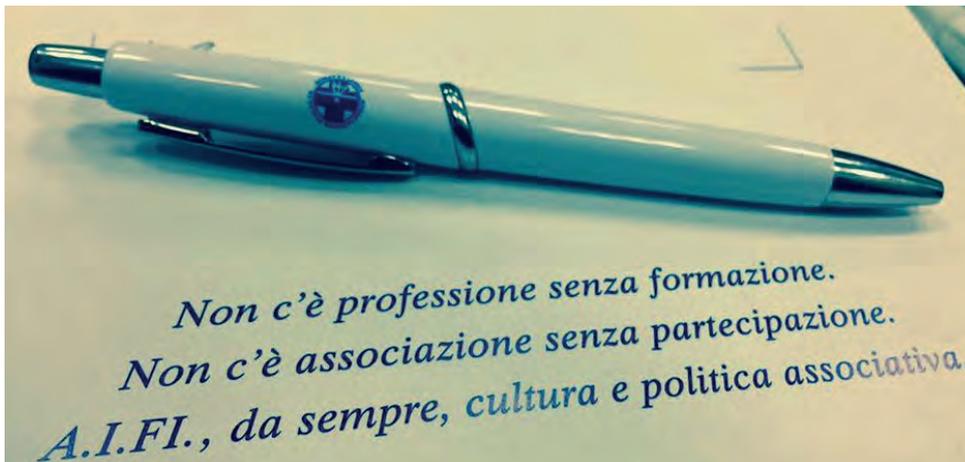
ossia condividere: chi riposta o ripubblica un vostro contenuto non fa altro che lavorare per voi.

**Il giorno:** secondo alcuni studiosi del settore il martedì il giorno in cui un contenuto funziona meglio, dalla mia esperienza il lunedì è il giorno più efficiente, ma francamente ho avuto parecchio "ritorno" anche di venerdì.

### Promuoversi con un video

Oggi più che mai il video è un'eccellente vetrina per comunicare verso l'esterno ed autopromuoversi. Youtube, il principale sito di condivisione video del mondo, ospita milioni di clip molti dei quali hanno un carattere dilettantistico, cioè sono prodotti con semplici webcam o videocamere non da videomaker. Nel mucchio, però, è possibile trovare una quantità crescente di clip più professionali, studiate e realizzate allo scopo di promuovere un prodotto o un marchio.

Anche per un'Associazione come l'Aifi o per un singolo fisioterapista il video rappresenta una grande occasione per diffondere la propria mission, sensibilizzare alle proprie tematiche e magari avvicinare nuovi soci. Anche i video più belli, però, sono destinati a fallire se il contenuto non è avvincente, al contrario un contenuto avvincente può compensare una produzione di bassa qualità e "correre" sulla rete.



Per risultare vincente un video deve soprattutto intrattenere (fondamentale in quest'ottica sono i primi 10-15 secondi), che non significa essere umoristico o divertente necessariamente, ma suscitare emozioni positive, attraverso il contenuto, i colori, il tono e lo stile. Rendere il video troppo lungo in termini di intrattenimento quasi

Nel creare un video destinato a Youtube, infatti, è necessario fornire agli spettatori un motivo per ritornarci e condividerlo con gli altri. Proprio nella condivisione si nasconde il segreto per diffondere il video in maniera virale (proprio come un virus durante un'epidemia), questo significa che i contenuti vincenti hanno tutte le carte in regola per essere visti da un ampio numero di utenti, con il conseguente ritorno d'immagine. Uno dei segreti per rendere il video sia semplice è quello di concentrarsi su un unico messaggio: è inutile mostrare tutta la gamma di prodotti, articoli o servizi, basta illustrarne uno con tutti i benefici che da esso ne deriva.

sempre vanifica gli sforzi e le buone intenzioni di chi lo realizza. Al giorno d'oggi gli spettatori, soprattutto quelli online, hanno una capacità di concentrazione limitata, che tradotto in termini pratici significa che anche un video di tre minuti può risultare lungo. In effetti non esiste una regola universale, ma un minuto e mezzo al massimo due può rappresentare la formula giusta.

Le parole d'ordine sono grande e luminoso. I migliori video di Youtube sono caratterizzati dalla semplicità visiva, con un unico soggetto che riempie gran parte della finestra. E' importante che la scena sia adeguatamente illuminata.



**TOMBINI**  
OFFICINE ORTOPEDICHE

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



**SPECIALISTI IN  
ORTOPROTESICA**

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

[www.ortopediatombolini.it](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

errepinet.it

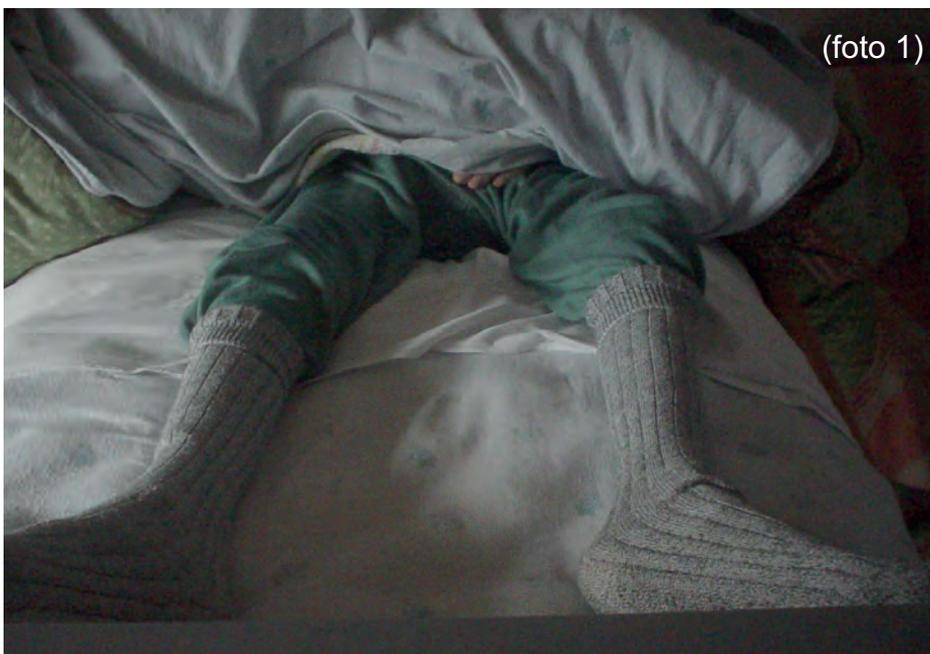
## UN'INVENZIONE PER CASO... MA NON TROPPO

Dott. Ft. Luigi Taccone, *Fisioterapista*



**N**el numero 55 della rivista “La nostra voce” un bel articolo scritto a tre mani (Pennella, Masselli, Cataldi) rendeva bene l’idea del significato del termine, poco conosciuto, SERENDIPITA’. Così come grandi uomini, casualmente ma non senza intuizione, (in passato come ai giorni nostri), si sono imbattuti, mentre cercavano altro, in scoperte od invenzioni che hanno lasciato un segno nella storia dell’umanità, anche a me, con le molto dovute proporzioni, è capitata una cosa del genere.

Sono fisioterapista dal 1992 e da 11 anni lavoro nella Asl Ba sul territorio. Uno dei primi casi assegnatomi fu quello di un paziente affetto da distrofia muscolare del tipo “a cingoli”. Trascorreva, da svariati anni, circa 20 ore su 24 a letto, costretto a mantenere la posizione supina anche per l’utilizzo permanente del respiratore. Questa postura obbligata, sommata all’evolversi della malattia, avevano determinato in lui una deviazione delle coxofemorali in extra-rotazione forzata ed una notevole flessione delle ginocchia (foto 1); la conseguenza di questo atteggiamento “viziato” determinava un dolore severo e costante alle articolazioni citate, che durava da anni incidendo pesantemente sulle sue già precarie condizioni generali.



(foto 1)

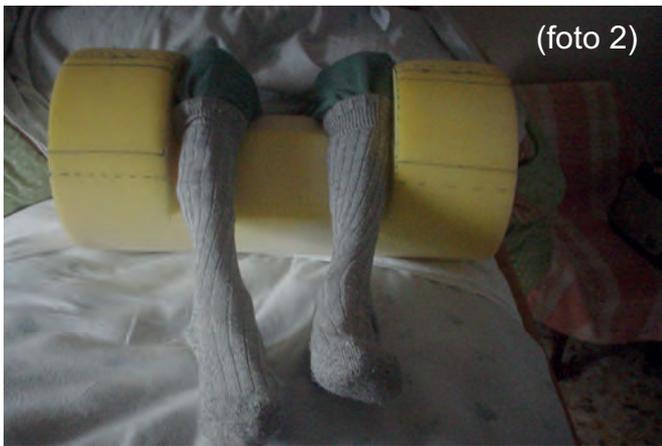
Durante la mobilizzazione, quasi tutta passiva, era possibile riallineare i segmenti interessati, soprattutto le anche, mantenendogli la posizione con le mie mani. Poiché il paziente in quel momento avvertiva un immediato sollievo dalla sintomatologia dolorosa, mi scattò d’istinto quella domanda/intuizione del tipo, “Come posso mantenere stabilmente gli arti inferiori in questa posizione?”

Di lì a concepire un ausilio adatto a soddisfare quella esigenza, il passo fu breve. Ebbi “l’illuminazione” che un supporto cilindrico semi rigido e rialzato ai lati con un incavo centrale sul quale poggiare i cavi poplitei, potesse servire allo scopo. Mi recai ad un artigiano abile nel sagomare il poliuretano espanso e feci realizzare, su mio disegno, un prototipo del dispositivo. Il giorno dopo era già sotto le ginocchia del mio paziente.

Non occorre modificare nulla al prototipo poiché ottenemmo immediatamente un buon allineamento posturale degli arti inferiori, ma soprattutto, quel che più ci importava, la scomparsa totale del dolore alle anche (foto 2).

La mia soddisfazione professionale, e la sua, molto più concreta, furono grandi. La cosa finì lì. Al momento.

Tempo dopo, mentre trattavo un paziente emiplegico con problematica simile (naturalmente ad un solo arto inferiore) proposi anche a lui la mia idea, che fu accettata senza indugio. Anche in questo caso il prototipo funzionò (foto 3). Informai della mia iniziativa personale, per correttezza, il mio dirigente medico fisiatra, il quale la giudicò efficace. Quasi per scherzo, ma non troppo, mi invitò a brevettare quella che ancora non osavo definire un’invenzione, ma semmai la soluzione pratica ad un problema incontrato sul mio cammino professionale e di vita.



(foto 2)

La proposta mi parve un po' esagerata. Poi però pensando che qualcun altro avrebbe potuto copiarci l'idea, con un misto di titubanza e moderata ambizione (Tiziano Mele dixit), sono passato alle vie di fatto. E così, scoprendo un mondo per me fino ad allora sconosciuto, grazie all'ing. Gianrocco Giampietro, a marzo 2014 ho avviato la procedura per presentare all'Ufficio Italiano Brevetti e Marchi la Domanda di Brevetto per Invenzione del mio "Dispositivo posturale per la corretta posizione degli arti inferiori di degenti allettati".



(foto 3)

Dopo circa 8 mesi mi arriva dal Ministero dello Sviluppo Economico la comunicazione positiva del rapporto di ricerca nel quale si riconoscono alla mia invenzione (ora la si può chiamare così!), tutte e tre le caratteristiche possibili per un brevetto riguardo a novità, attività inventiva e applicazione industriale. Senza entrare troppo nei tecnicismi e per sintetizzare, diciamo che sono stato il primo nel mondo a realizzare un trovato del genere con quelle caratteristiche funzionali e per quella problematica.

Nel frattempo ho provveduto all'estensione del brevetto a livello internazionale (riconosciuta anche quella), e contattato varie aziende su suolo nazionale ed estero, per poterlo produrre e commercializzare ed utilizzarlo su vasta scala

nei Centri di Riabilitazione, Ospedali, Centri di Cura, Case di Riposo, ecc.

Ho pensato che fosse giusto mettere al corrente la comunità dei fisioterapisti, (forse con un po' di mio colpevole ritardo) dell'esistenza di questo nuovo ausilio poiché, a mio avviso, potrebbe rivelarsi utile in molte situazioni critiche di prolungato allettamento, fermo restando che esso non ha le caratteristiche di dispositivo antidecubito, per cui un utilizzo prolungato è sconsigliato o quanto meno andrebbe monitorato nel tempo.

Tanti aneddoti vorrei raccontare di questi tre anni per me intensi. Ma se ho deciso di chiedere



(foto 4)

di pubblicare questa mia vicenda personale non è certo per un'autocelebrazione. Anzi, vorrei che essa rappresenti uno sprono per tutti i colleghi, anche non più giovani (ed io ne sono un esempio!) a non fermarsi davanti alle difficoltà che inevitabilmente la nostra professione incontra nel quotidiano. Avere la consapevolezza che non tutte le soluzioni ai problemi sono state ancora trovate, ci sia di stimolo a percorrere strade nuove per non avviarci nella spaventosa routine alla quale, a volte, chi sta sopra di noi vorrebbe assuefarci.

In fondo noi Fisioterapisti abbiamo carte in regola e competenze per dire la nostra su molti aspetti. Bisogna crederci fino in fondo.

Concludo con le parole dell'amico ing. Gianrocco, quando io, incredulo, gli chiesi come una soluzione così semplice potesse essere diventata un brevetto internazionale.

"Caro Luigi, cos'è un'invenzione se non la soluzione più efficace ad un problema?"

Bhè, se ci son riuscito io...

# “NOI SIAMO I LIMITI CHE CI IMPONGONO”

## REPORT DEL ROMANZO “AVEVA DECISO DI CORRERE”

Anna Conticchio

### Quando le disabilità del mondo si lasciano abbracciare dalla Fede

*Ha pronunciato il suo “sì” alla vita, lei, Amanda Contini, la protagonista del mio primo romanzo “Aveva deciso di correre”, affetta da una grave forma di disabilità motoria. Ma, prima di parlarvi di me, vi rivelerò qualcosa in più circa questa ragazza nata guerriera.*



**L**a storia di Amanda può essere anche la mia e la tua in fondo, o potrebbe diventarlo se considerassimo che le disabilità, al giorno d'oggi, non sono solo quelle fisiche.

Non si tratta di un romanzo solo scientifico o di una testimonianza meramente autobiografica. Questo è un testo di formazione nel quale, tutta-

via, ammetto di aver lanciato una sorprendente sfida a me stessa, una possibilità per varcare nuove soglie inesplorate nell'animo umano, compreso il mio. Attraverso Amanda e i vari protagonisti del romanzo, ho avuto l'occasione di riscoprire ancor più forte e più profonda la mia fede ed i valori che fanno parte della sfera umana, in un modo del tutto inaspettato. Questo è stato il motore che poi mi ha condotta verso l'obiettivo della pubblicazione di quest'opera.

Tutto era nato come un semplice ed innocuo momento di creatività, un pomeriggio in cui mi sentivo ricca di emozioni ma in preda a numerosi interrogativi. E così, ho scritto le prime parole senza sapere cosa sarebbe scaturito da lì, e poi, nel giro di qualche ora, quella pagina è divenuta la bozza di un viaggio all'interno dell'animo umano.

Amanda nasce con una disabilità fisica non molto comune, ma, ben presto, comprende che questo non sia un limite, piuttosto, un punto di partenza. Uno dei capitoli del romanzo è appunto “Noi siamo i limiti che ci impongono”, proprio perché, sovente, ci lasciamo convincere dagli altri di qualcosa che in realtà non ci appartenga davvero, ci lasciamo convincere di non essere mai abbastanza e che ci manchi sempre qualcosa per poter raggiungere la felicità, l'autonomia e l'autorevolezza con se stessi.

La protagonista, invece, scopre fin da subito che la sua vita, nonostante sacrificata per certi versi, sia un dono da spendere per un fine più grande, la felicità dell'altro che, in un certo qual modo, corrisponde anche alla

propria.

Amanda affronta un percorso in salita, una crescita spirituale e morale guidata da alcuni mezzi che vengono posti sul suo cammino e che si intrecciano con la sua storia, affinché realizzi appieno la propria vita. Incontra così l'Amicizia,



*impersonata da Alessandro, un senza tetto al quale lei darà una nuova visione della vita, improntata finalmente sulla speranza e sulla fede; incontra l'Amore, un amore travagliato ma puro, che le farà comprendere la ricchezza del donare senza secondi fini; incontrerà la sua "gemella", diametralmente agli antipodi rispetto a lei, ma che, proprio per questo, darà un senso nuovo alla vita di entrambe. A fare da sfondo al romanzo vi è la famiglia, il vero punto fermo, il cardine della vicenda. Quella di Amanda è una famiglia che non si arrende nonostante le paure, nonostante la difficoltà che provi nel vivere questa situazione di diversità, è una famiglia che soffre ma che, al contempo, trova la forza di lottare insieme alla propria figlia, riscoprendo con lei i veri valori della vita.*

*La disabilità di Amanda può essere metaforicamente la mia, la tua, quel senso di malessere che molto spesso proviamo nei confronti di noi stessi quando ci arrendiamo, quando lasciamo che le vicissitudini della vita ci attraversino senza riuscire a governarle, quando viviamo in modo passivo dimenticando che possiamo essere, invece, luce per gli altri e che, in questo modo, saremo luce anche per noi stessi.*

*Così, ora mi presento, perché è da qui che la mia vita si interseca con quella di Amanda.*

*Sono Anna Maria, una ragazza di vent'anni. Studio da tre anni medicina e nutro la passione per la scrittura sin da bambina, perché mi ha permesso davvero di esprimere al meglio le mie emozioni.*

*Il mio sogno è da sempre stato lo stesso di Amanda, rendere felice l'altro. Non sempre sono riuscita a rendere felice me stessa, fino a quando, in un giorno ben preciso, ho capito quale potesse essere il mio posto nel mondo, pur non conoscendo i tratti ben precisi e definiti di questo disegno. Non è stato un percorso in discesa, e non lo è tuttora, al contrario, è stato un crescendo di emozioni, paure, lacrime e gioie. Ma, da quando ho accettato questa realtà che sentivo appartenermi, ho cominciato a capire cosa realmente potesse significare la parola felicità.*

*Forse, non sarò realmente approdata ad una verità assoluta, ma posso almeno dire di aver compreso che la felicità si costruisce giorno dopo giorno, con un discernimento talvolta difficile da condurre nell'anima.*

*Questo è ciò che prova a mettere in atto Amanda, ciò che provo a mettere in atto io ogni giorno e ciò che davvero può dare un senso alla vita.*

*Con Aveva deciso di correre, ho voluto dare una testimonianza di fede e fiducia in se stessi, senza paura, provando ad abbattere i muri che talvolta il mondo costruisce attorno ad ognuno di noi.*

*Con Aveva deciso di correre, ho voluto dire anche a me stessa che non serve imporsi dei limiti e concentrarsi solo su di essi, piuttosto, possiamo superare le nostre vulnerabilità se crediamo che ci sia un Progetto più grande che possiamo realizzare, nonostante tutto, nonostante noi.*

www.orthogea.com

**ORTHOGEA**  
OFFICINE ORTOPEDICHE  
VERGATI

**All'avanguardia della  
tecnica ortopedica**

LECCHE Info 0832.261178  
BRINDISI Info 0831.525538  
OSTUNI Info 0831.339077

nuova filiale  
MONOPOLI  
Info 080.9683578

MOV LABORATORIO ORTOPEDICO  
MEDICAL ORTOPEDIA VERGATI

# VIAGGIO NELL'AUTISMO

**ANCORA TROPPO POCO PER LA FAMIGLIA, FARO DI OGNI BAMBINO/A E RAGAZZO/A AFFETTO DA QUESTA SINDROME.**

## **IL RACCONTO EMOZIONANTE DI UNA MAMMA**

*Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia*



tre. Il 2 aprile u.s. si è celebrata la giornata mondiale della consapevolezza dell'autismo, e per l'occasione molti palazzi istituzionali sono stati illuminati con una luce blu, anche il nostro Municipio, colore della conoscenza e della sicurezza, per sostenere la lotta a questa sindrome che provoca ancora isolamento ed esclusione.

Dopo aver capito che qualcosa non andava a due anni, Tiziana si è rivolta ai medici ed è iniziato il percorso per accertare la sindrome, non è infatti corretto



**N**ero. Nero. Nero. Il presente è stato così, spesso, per lungo tempo. Il futuro si è prospettato così, nei momenti di sconforto. L'oggi è fatto di tanto amore e di tanta forza, e di piccole gioie che riempiono il cuore. Tiziana è la mamma di Enrico, 14 anni, quasi 15, autistico. Con suo marito Antonio cura amorevolmente il ragazzo, splendido, che però si è spesso ritrovato solo.

Soli. Soli a condividere lo sconforto, le domande senza risposta, le paure del futuro, le piccole vittorie, le risposte inaspettate di un ragazzo che rientra in una schiera di numeri. I numeri dell'autismo, "disturbo del neurosviluppo caratterizzato dalla compromissione dell'interazione sociale e da deficit della comunicazione verbale e non verbale che provoca ristrettezza d'interessi e comportamenti ripetitivi. Attualmente risultano ancora sconosciute le cause di tale manifestazione, divise tra cause neurobiologiche costituzionali e psicoambientali acquisite (citiamo wikipedia)". Numeri che negli ultimi decenni sono aumentati in modo impressionante. I primi segni della malattia si notano entro i primi due anni di vita e la diagnosi certa spesso può essere fatta entro i

parlare di malattia, perché una malattia prevede una diagnosi ed una cura, e poi per sapere cosa fare, come comportarsi, come reagire davanti alle situazioni in cui Enrico, all'improvviso, li poneva.

Enrico è una bellissima persona con disabilità, la cui conseguenza più evidente è l'isolamento dal mondo esterno. Un isolamento molto radicato negli ultimi anni quando, a causa di un suo non sentirsi a suo agio a scuola, è diventato aggressivo e i suoi genitori hanno preso la decisione di ritirarlo. Giornate infinite e senza fine in casa, che non terminavano mai, racconta la madre Tiziana. "Dopo anni le situazioni difficili le sappiamo gestire – ci racconta Tiziana - ma il peso maggiore è di doverle gestire in assoluta solitudine, specialmente quando sono sfinita!".

Da gennaio scorso, quindi pochi mesi, dopo tanta lotta e fatica, grazie all'impegno della dottoressa Sabatini e la dottoressa Vinci, Enrico frequenta il centro diurno Abilita nelle ore pomeridiane. "Sono contenta perché Enrico è sereno ed è stato accolto come non era mai successo, rimane però che tutte le ore della mattina è a mio carico, mi sento sfinita e sfibrata! Il progetto di Abilita è quello di aprire dalle 10.00 alle 18.00.

Ma purtroppo in questa città c'è un ostruzionismo subdolo a danno dei più deboli.....”

Il dolore sale in superficie, nel corso del racconto, e parla di paura, rabbia, frustrazione. Tiziana racconta, nella fase più difficile da gestire Enrico “è stato portato in un centro residenziale (H 24) , sottraendolo dai suoi affetti, ma soprattutto sottraendolo a noi genitori che tanto abbiamo speso della nostra vita per vedere Enrico sereno”. Antonio e Tiziana non ce la fanno, lo vogliono con loro, così arriva la scelta, certamente non facile. “ Mi sono ritrovata a farmi pieno carico di tutto perché non sono scesa a compromessi!!!!” E così, nelle notti insonni e disperate, Tiziana accende il pc e scrive di botto una lettera alle istituzioni: al presidente della regione Emiliano, a papa Francesco. Una lettera che pubblichiamo qui integralmente e che riassume il grido di aiuto. Non per sé, né per suo marito, ma per Enrico, “perché amo Enrico più della mia stessa vita e lo proteggero' fino alla morte a qualsiasi costo!”

Papa Francesco le risponde, esprime vicinanza spirituale, invita a confidare in Gesù nei momenti di prova ed imparte la benedizione apostolica a tutta la famiglia. Prendi la tua croce e portala sulle spalle... questi genitori lo fanno con perseveranza ed amore.

L'oggi di Tiziana è ancora scandito dai tempi di Enrico, dalla sua comunicazione che bisogna imparare a comprendere, dalle sue occhiate fugaci di affetto, che ripagano di ogni sforzo, da una nuova tranquillità, venuta a seguito dell'inserimento nel centro Abilita, dalla forza che bisogna trovare in se stessi anche se si pensava di non averne, dalla coggiutaggine nel cercare un miglioramento, sempre e comunque. Per esempio la riabilitazione, Tiziana ci dice che “Enrico ne necessita, ma è assolutamente assente!”

Questo articolo è anche un mezzo per comunicare delle necessità, e dei messaggi. “ Il messaggio che voglio mandare è alle istituzioni. Rispetto al passato si parla e si discute di più, si sono fatte delle leggi sull'autismo, l'ultima quella del “ Dopo di noi” , ma di concreto ancora non c'è nulla. Più impegni...Meno chiacchiere e più fatti. Vicino ad un autistico c'è una famiglia che non può reggere all'infinito!!!”

Progetti a breve e medio termine, per realizzare quel termine che tanto dice “inclusione socia-

le”, ma che è tanto difficile da realizzare nella pratica. “ Il progetto che vorrei per Enrico e per altri ragazzi adolescenti /adulti, è un luogo, una comunità, dove poter esprimere se stesso, senza nessuna forzatura, solo il piacere di fare e realizzare qualcosa secondo le proprie abilità... “ non calpestare il prato del soggetto “(cit. V. Baio). Un luogo soprattutto dove poter crescere e dare la possibilità a noi genitori di alleggerire il carico senza dover sottrarci del loro effetto”. Questo il presente, ma Il futuro è una pagina nera o celeste cielo? “Il futuro è una pagina nera, negli ultimi anni ho problemi di salute, le forze vengo meno e non c'è giorno che non pensi a cosa potrebbe succedere ad Enrico senza di me. Mi viene il panico anche adesso mentre lo scrivo”.

Lettera di una mamma disperata, che non molla

*Sono Tiziana, la mamma di Enrico, meraviglioso ragazzino autistico di quasi quattordici anni. Sono disperata, stremata, dopo due anni di lotte per proteggere mio figlio, parlo, parlo, parlo, urlo, ma nessuno ascolta il mio grido di aiuto! Inserire Enrico nella società non è stato facile perché, nonostante si dica il contrario, abbiamo dovuto constatare che la cultura dell'accoglienza e dell'accettazione del diverso è lontana anni luce.*

*Per fortuna, però, sul percorso di Enrico sono apparsi degli “angeli”, che gli hanno permesso di compiere progressi sui quali nessuno avrebbe scommesso, offrendogli semplicemente amore e competenza. Arrivati in 1' media, in pochissimi giorni è stato demolito tutto il lavoro duro e faticoso costruito negli anni. Enrico si è ritrovato isolato, chiuso in una stanza da solo con un insegnante di sostegno che non era pronto ad accoglierlo, sentendosi così rifiutato. Nella scuola elementare era stato posto al centro, completamente integrato con la permanenza in classe durante tutte le ore scolastiche con tutti i suoi compagni. In seguito a quella condizione di emarginazione, Enrico ha incominciato a stare male, dimostrando tutto il suo disagio e frustrazione con comportamenti aggressivi, specialmente nei miei confronti, ed anche in altri contesti che lui frequentava.*

*Con grande sofferenza e con la morte nel cuore, ho deciso per questi motivi di proteggere Enrico, sottraendolo a un contesto che non lo accettava,*

*non perché lui era sbagliato, sbagliato era chi si è fermato all'apparenza senza voler scoprire la ricchezza immensa del suo essere! In assoluta solitudine, io e mio marito, dopo aver vissuto, il dolore, la disperazione, l'umiliazione, e dopo le mie ossa più volte rotte, in senso letterale e non metaforico, possiamo affermare che oggi Enrico è tornato ad essere sereno, ha capito di essere amato e accolto in un ambiente protetto.*

*Oltre al durissimo lavoro di ripristino del danno subito, dopo estenuanti ricerche, fallimenti e delusioni, abbiamo individuato un centro diurno, "Abilità", per restituire ad Enrico ed a noi un diritto negato. Insieme alla responsabile di Abilità, la dott.ssa Sabatini, abbiamo già svolto gran parte del lavoro, affinché Enrico potesse finalmente avere un giusto inserimento. È passato un anno, ma Enrico non ha ancora messo piede in Abilità, la Regione Puglia non concede i fondi necessari. Presidente Emiliano, la prego di fare chiarezza su questa triste vicenda, tanto mi avevano emozionato le sue dichiarazioni dello scorso 2 Aprile, in occasione della giornata mondiale della consapevolezza sull'autismo.*

*Amo Enrico più della mia stessa vita, per cui sono pronta, qualora le istituzioni rimangano ancora una volta sorde al mio grido di aiuto, ad incominciare lo sciopero della fame a oltranza! basta! non parlo più!!!*

Proposta terapeutica della dott.ssa Sabatini:

Il lavoro con Enrico nel centro "Abilità" è organizzato quotidianamente in base alle sue inclinazioni ed è associato a quello del gruppo di appartenenza, che ogni giorno rispetta con rigore quanto esposto su un cartellone che ormai è diventato un riferimento importante e per certi versi pacificante per tutti i ragazzi. Sul cartellone sono esposte le attività suddivise in Laboratori che cambiano ogni mezz'ora e che comportano sia un cambiamento di spazi, di luoghi operativi che di coetanei ed operatori ciò per favorire la circolarità e l'interscambiabilità delle figure di riferimento. Tale condizione ha permesso ad Enrico di apprendere le regole del centro, di sperimentare alcune capacità e di imparare a tollerare la presenza degli altri che non sono più vissuti come persecutori ma come qualcuno con cui poter stare.



**Riabilitazione neurocognitiva del paziente emiplegico adulto**

## **METODO PERFETTI**

**Docenti: Dott. Sergio Vinciguerra, Dott. Sarmati Valerio**

**30/31 OTTOBRE 1/2/3 NOVEMBRE 2017**

**BARI - Hotel Excelsior  
Via Giulio Petroni n. 15 - 70124 Bari**

# Un Benvenuto ai Neolaureati



## Neo Laureati Foggia

*Sara Vitale, Margherita Guerrieri, Rosa Carbonara, Simona Di Salvo, Maurizio Facciorusso, Fabio Russo.*



## Neo Laureati Bari

*Armenise Davide, Carbone Adriana Johanna, Cazzolla Paola, D'aniello Marco, De Cicco Pietro Camillo, De Florio Leonardo, Di Summa Francesca, Didonato Saverio, Farina Cosimo Damiano, Fontana Tommaso, Genio Silvia, Lasciarrea Marco, Masciavè Alessia, Pasculli Angelo, Saracino Maria Rosaria, Sardone Marianna, Valori Adriano, Viggiano Laura, Vokshi Eneida*

# TRATTAMENTO CONSERVATIVO PER L'OSTEOARTROSI DEL GINOCCHIO

**Dott. Ft. Bisconti M.** PT BSc, OMPT, Direttivo Nazionale GTM

**Dott. Ft. Maselli F.** PT BSc, MSc, PhD student DINOGMI,

Lecturer Master RDM Università degli Studi di Genova, Presidente Nazionale del GTM

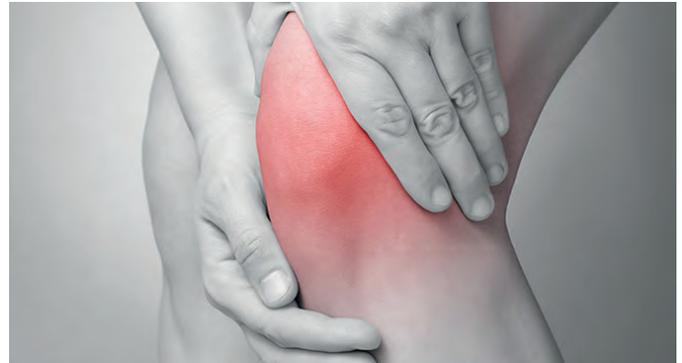


**L'**osteoartrosi (OA) è la più comune patologia reumatica che interessa le articolazioni. Affligge in primis la cartilagine articolare e l'osso sub-condrale delle articolazioni sinoviali, come risultato di un processo di guarigione articolare fallimentare, per sbilanciamento tra distruzione e riparazione dei tessuti<sup>1,2</sup>. L'OA di ginocchio (KOA) colpisce il 6-13% degli uomini ed il 7-19% delle donne al di sopra dei 45 anni, ed è considerato un processo patologico "attivo" con degenerazione articolare, guidato sia da fattori biomeccanici che da fattori pro-infiammatori. Modelli anatomici animali in vivo ed in vitro chiarificano quali siano i fattori specifici (meccanici e biologici) che portano alla degenerazione cartilaginea, ed i cambiamenti tissutali associati alla crescita ed al rimodellamento condrale. Anche l'obesità può essere inclusa tra i fattori di rischio per l'OA di ginocchio<sup>3</sup>.

I pazienti con sintomatologia progressiva da KOA avvertono dolore e difficoltà crescente durante lo svolgimento delle attività della vita quotidiana. La KOA, infatti, è la causa principale di disabilità in quanto limita attività come il cammino, la salita o discesa dalle scale, attività domestiche<sup>1</sup>. La formazione di aderenze come risultato di processi infiammatori dei tessuti intra e peri articolari può determinare una ridotta mobilità dei tessuti molli<sup>4</sup>. Il dolore è il sintomo principale riferito dal paziente con OA di ginocchio, ma è ormai riconosciuto che la severità riportata non ha un riscontro radiologico comparabile in maniera precisa e definita in termini di danno<sup>5,6,7</sup>.

Attualmente non è possibile identificare alcuna cura definitiva per l'OA, tuttavia fattori concomitanti alla progressione clinica della patologia, come deficit della funzione muscolare e peggioramento dello stato di salute generale dei pazienti, possono potenzialmente essere migliorati grazie all'esercizio terapeutico<sup>1</sup> in associazione a terapia farmacologica<sup>1,8</sup>, terapia manuale<sup>4,6,9</sup>

Attualmente non è possibile identificare alcuna cura definitiva per l'OA, tuttavia fattori concomitanti alla progressione clinica della patologia, come deficit della funzione muscolare e peggioramento dello stato di salute generale dei pazienti, possono potenzialmente essere migliorati grazie all'esercizio terapeutico<sup>1</sup> in associazione a terapia farmacologica<sup>1,8</sup>, terapia manuale<sup>4,6,9</sup>



e calo ponderale<sup>3</sup>. La "Osteoarthritis Research Society International" (OARSI) raccomanda un trattamento di tipo non farmacologico che includa programmi di "terapia educativa", calo ponderale, strategie di miglioramento del coping<sup>(i)</sup> e programmi di esercizio terapeutico per il trattamento della KOA<sup>1,10</sup>.

L'esercizio terapeutico abbraccia un ventaglio di obiettivi inerenti l'attività fisica atti a migliorare precisamente la forza muscolare (poiché la riduzione della forza è frequente nei casi di OA), del controllo neuromotorio, del ROM e dello stato di salute generale soprattutto attraverso attività di tipo aerobico. Migliorando la forza dell'arto inferiore può diminuire l'azione degli agenti endogeni intra-articolari che determinano la genesi del dolore, favorendo la riduzione del dolore percepito dal paziente e migliorandone la performance fisica.

Ci si aspetta, quindi, un beneficio in termini funzionali in attività come camminare o durante le attività di vita quotidiana ed anche durante attività sportive. Le modalità tramite le quali è possibile intervenire grazie all'esercizio terapeutico sono numerose e variano a seconda del ritmo, della durata e del tipo di tecnica, se esse vengono somministrate individualmente o a gruppi di pazienti, se siano supervisionate o no da un fisioterapista. L'esercizio terapeutico può essere suddiviso in due modalità:

1. Esercizio Aerobico: per definizione "aspecifico" con l'obiettivo di migliorare la performance fisica globale.

2. **Esercizio Analitico:** focalizzata sull'articolazione sintomatica con lo scopo di migliorare il ROM, la forza muscolare e per diminuire il carico eccessivo. L'esercizio analitico è basato su una valutazione specifica dell'impairment articolare e muscolare<sup>8</sup>.

Quali muscoli bisogna allenare? Rispondere a questa domanda diventa difficile. La risposta, a livello internazionale, giunge dall'opinione clinica di esperti. Rinforzare il quadricipite può migliorare la stabilità articolare tanto quanto rinforzare gli ischiocrurali<sup>11</sup>. Per diminuire il carico sul compartimento mediale, bisognerebbe rinforzare la catena muscolare laterale del ginocchio ed aumentare lo spazio a livello del compartimento mediale, viceversa per il comparto laterale<sup>12,13</sup>. Queste ultime raccomandazioni sono basate esclusivamente sull'esperienza clinica degli autori e richiedono il coinvolgimento di un fisioterapista.

Quali sono, allora, le migliori prove di efficacia ad oggi disponibili?

Di seguito (**Tabella 1**) viene riportato un programma di esercizio terapeutico seguito dai pazienti inclusi nello studio di Deyle et al.<sup>9</sup>. In questo studio, valutato con 10 su 11 item alla PEDro Scale<sup>14</sup>, ai pazienti è stata diagnosticata KOA secondo i criteri della "Altman Clinical Criteria"<sup>15</sup> ed i criteri d'inclusione riguardavano la presenza di dolore al ginocchio con crepitii al movimento ed al mattino, rigidità articolare  $\leq 30$  min ed età  $\geq 38$ . Successivamente i soggetti sono stati suddivisi in 2 gruppi: il primo, sperimentale, comprendeva 66 soggetti che hanno eseguito il programma terapeutico con la supervisione del fisioterapista, il secondo, di controllo, comprendeva 30 soggetti che hanno eseguito attività terapeutica a domicilio senza supervisione del fisioterapista. La scala di valutazione utilizzata è la WOMAC<sup>16</sup> (Western Ontario and Mc Master University). Entrambi i gruppi hanno ottenuto risultati positivi indicati da una riduzione al punteggio WOMAC oltre le 8 settimane di follow-up.

Di seguito è riportato il progredire

delle tecniche di terapia manuale applicate per migliorare gli impairment maggiormente riscontrati in caso di OA di ginocchio al fine di migliorare gli outcome del paziente (**Tabella 2**). Consistenti prove di efficacia<sup>1,4,5,6,7,8,9,10,12</sup>, suggeriscono che l'esercizio terapeutico ed esercizio per il rinforzo specifico dell'arto inferiore contribuiscono ad una riduzione del sintomo dolore nel paziente con KOA, migliorandone anche la qualità della vita. In associazione all'esercizio risulta efficace l'applicazione di tecniche di terapia manuale dirette alla mobilizzazione articolare e dei tessuti molli<sup>4,6,9</sup>. L'effetto analgesico deriva dalla stimolazione dei meccanocettori e dall'attivazione delle vie inibitorie dolorifiche del sistema corticale<sup>4,6</sup>.

Risulta di pari importanza la riduzione ponderale in caso di sovrappeso. Secondo lo studio condotto da S.P. Messier et al.<sup>3</sup>, una riduzione della massima forza compressiva a livello dell'articolazione del ginocchio è stata riscontrata nei valori di:

Tabella 1 - Programma di esercizio terapeutico

Esercizio	Performance	Ripetizioni
<i>Contrazione del quadricipite a ginocchio esteso</i>	Eseguire giornalmente, il paziente è supino o supino in appoggio sui gomiti con il ginocchio completamente esteso. Il paziente contrae il quadricipite e spinge il ginocchio in basso mentre il piede è tenuto in dorsi flessione.	Tenere ogni contrazione per 6', riposo 10' tra le ripetizioni. Ripetere 10 volte.
<i>Estensione del ginocchio negli ultimi gradi in posizione eretta</i>	Eseguire 3 volte a settimana. Il paziente è in piedi con una banda elastica posta dietro al ginocchio leggermente flesso. Il paziente contrae il gluteo ed il quadricipite per reclutare le strutture di anca e ginocchio ed estendere completamente il ginocchio.	Tenere ogni contrazione per 3'. Ripetere 10 volte. Aumentare la resistenza gradualmente.
<i>Progressione a catena cinetica chiusa (da semplice a complessa)</i>	Il paziente esegue una delle seguenti attività per 3 volte a settimana (seated leg press, squat incompleto, step-ups). Il paziente potrà progredire aumentando la difficoltà dell'attività ogni volta che la precedente è stata completata con minimo o in totale assenza di dolore.	
<i>Seated Leg Press</i>	Il paziente è seduto tenendo una banda elastica in entrambe le mani. Il paziente posiziona i suoi piedi contro la banda, recluta le strutture dell'articolazione del ginocchio spingendo i piedi contro la banda e prosegue con la contrazione dei glutei e dei quadricipiti.	Tenere ogni contrazione 3' reclutando la massima forza possibile. Ritornare lentamente alla posizione iniziale e ripetere per 30'. Proseguire aumentando la resistenza della banda elastica e il numero di spinte.
<i>Squat incompleto in assenza di carico con supporto agli aa. ss. quando necessario</i>	Il paziente è in piedi con un supporto agli arti superiori (se necessario). Il paziente esegue uno squat incompleto avendo cura che la proiezione delle ginocchia cada all'interno della superficie d'appoggio dei piedi. Ritornare alla posizione eretta contraendo i quadricipiti ed i glutei.	Tenere ogni contrazione 3'. Ripetere per 30'. Progredire aumentando il carico somministrato eliminando il supporto per gli aa. ss. ed aumentando le ripetizioni.
<i>Step-ups</i>	Il paziente è in piedi fronte ad uno step. Posiziona il piede dell'arto da allenare sullo step ed esegue una leggera spinta per salire. Cercare di ridurre il più possibile la spinta di supporto dell'altro arto. Scendere dallo step con l'altro arto.	Ripetere lentamente per 30'. Progredire aumentando l'altezza dello step ed il numero di ripetizioni. Alternare l'arto da allenare se entrambi necessitano di esercizio.

Tabella 2 - Impairment più comuni in caso di OA di ginocchio: trattamento in terapia manuale

Impairment	Terapia Manuale	Posologia
Riduzione del grado di estensione	Mobilizzazione manuale in un ROM completo dal dolore fino al massimo grado di estensione possibile. Estensione di ginocchio. Estensione di ginocchio con valgismo ed adduzione. Estensione di ginocchio con varismo ed adduzione.	Mobilizzazione di grado 3 e 4. 2-6 ripetizioni per 30' di trattamento manuale.
Riduzione del grado di flessione	Mobilizzazione manuale in un ROM libero dal dolore e mobilizzazione in flessione ad end-range. Flessione del ginocchio. Flessione di ginocchio e rotazione interna.	Mobilizzazione di grado 3 e 4. 2-6 ripetizioni per 30' di trattamento manuale.
Riduzione del glide patellare	Mobilizzazione manuale della rotula a 5°-10° di flessione di ginocchio: ○ Mediale ○ Laterale ○ Caudale ○ Craniale	Mobilizzazione di grado 4. 2-6 ripetizioni per 30' di trattamento manuale.
Rigidità muscolare	Stretching manuale: ○ Quadricipite femorale ○ Hamstrings ○ Gastrocnemio ○ Adduttori ○ Ileopecto ○ Tensore fascia lata e ITB	Stretching manuale sostenuto per 12-30' ripetendo 1-3 volte per muscolo.
Rigidità di altri tessuti molli	Mobilizzazione dei tessuti molli: ○ Regione soprapatellare e peripatellare. ○ Capsula articolare mediale e laterale. ○ Fossa poplitea.	Pressione e mobilizzazione circolare con la punta delle dita ed il palmo della mano lungo la capsula articolare e dei retinacoli del ginocchio. 1-3 ripetizioni per 30' per area.

- 5% nei soggetti che hanno solo eseguito esercizio terapeutico
- 10% nei soggetti che hanno subito solo un calo ponderale
- 9% nei soggetti che hanno associato esercizio terapeutico e calo ponderale

Il follow-up è a 18 mesi.

Un ampio spettro di trattamenti non-chirurgici è disponibile per la gestione dell'OA di ginocchio, dalla terapia farmacologica a quella non farmacologica, al regime alimentare per il calo ponderale a procedure mediche che comportano l'impianto di cellule staminali mesenchimali<sup>8</sup>, ma ad oggi la terapia conservativa che presenta le migliori prove di efficacia consiste in un trattamento basato sull'**esercizio terapeutico**<sup>1,4,5,6,7,8,9,10,12</sup>, la **terapia manuale**<sup>4,6,9</sup> e **calo ponderale**<sup>3</sup> (anche se alcuni studi pur riportando una modifica della componente morfologica dell'osso sub-condrale in caso di eccessivo peso corporeo, non associano necessariamente ad essa l'aumento dell'incidenza di osteoartrosi<sup>17</sup>). I benefici sono riscontrabili principalmente nella riduzione del dolore e nel miglioramento della qualità della vita<sup>1</sup>. I pazienti con KOA possono contare su un miglioramento della condizione clinica qualsiasi programma di esercizio terapeutico eseguano, purché questo sia praticato regolarmente e la correttezza esecutiva sia il più possibile monitorata da un fisioterapista<sup>1,10</sup>.

Ulteriori studi sono necessari al fine di definire meglio la "quantità" di esercizio terapeutico e

terapia manuale da somministrare al paziente affetto da KOA di ginocchio, cercando di raggiungere un periodo di follow-up superiore ai 6 mesi: la valutazione degli outcome ottenuti nel breve periodo manifesta un miglioramento generale su scala WOMAC, ma resta ancora dubbio se questo potrà essere riscontrato anche nel lungo periodo<sup>1</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fransen M., McConnell S., Harmer AR, Van derEsch M., Simic M, Bennell K L. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review - Br J Sports Med published online September 24, 2015
2. Progetto asco - Trattamento dell'osteoartrite del ginocchio: Linee Guida basate sull'evidenza. II Edizione [Numero 22. Febbraio 2014]
3. Messier SP, Mihalko SL., Legault C., Miller GD, Nicklas BJ, DeVita P., Beavers DP, Hunter DJ, Lyles MF, Eckstein F., Williamson JF, Carr JJ, Guermazi A, Loeser RF - Effects of Intensive Diet and Exercise on Knee Joint Loads, Inflammation, and Clinical Outcomes Among Overweight and Obese Adults With Knee Osteoarthritis: The IDEA Randomized Clinical Trial - JAMA September 25, 2013 Volume 310, Number 12
4. Adams T, Band-Entrup D, Kuhn S, Legere L, Mace K, Paggi A, Penney M. - Physical therapy management of knee osteoarthritis in the middle-aged athlete - Sports Med Arthrosc. 2013 Mar;21(1):2-10
5. K S Thomas, K R Muir, M Doherty, A C Jones, S C O'Reilly, E J Basse - Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial on behalf of the Community Osteoarthritis-Research Group. BMJ. 2002 Oct 5;325(7367):752.
6. Carol A. Courtney, Alana D. Steffen, César Fernández-de-las-Peñas, John Kim, Samuel J. Chmell - Joint mobilization enhances mechanisms of conditioned pain modulation in individuals with osteoarthritis of the knee. - J Orthop Sports Phys Ther. 2016 Mar;46(3):168-76.
7. Filardo G, Kon E, Longo UG, Madry H, Marchettini P, Marmotti A, Van Assche D, Zanon G, Peretti GM. **Non-surgical treatments for the management of early osteoarthritis.** Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2016 Jun;24(6):1775-85
8. Nguyen C., Lefe`vre-Colau MM, Poiraudou S., Rannou F. - Rehabilitation (exercise and strength training) and osteoarthritis: A critical narrative review. Ann Phys Rehabil Med. 2016 Jun;59(3):190-5. doi: 10.1016/j.rehab.2016.02.010. Epub 2016 May 5.
9. Deyle GD, Allison SC, Matekel RL, Ryder MG, Stang JM, Gohdes DD, Hutton JP, Henderson NE, Garber MB - Physical Therapy Treatment Effectiveness for Osteoarthritis of the Knee: A Randomized Comparison of Supervised Clinical Exercise and Manual Therapy Procedures Versus a Home Exercise Program - Physical Therapy . Volume 85 . Number 12 . December 2005
10. Anwer S, Alghadir A, Brismée JM. - **Effect of Home**

**Exercise Program in Patients With KneeOsteoarthritis: A SystematicReview and Meta-analysis.** J GeriatrPhysTher. 2016 Jan-Mar;39(1):38-48.

11. Felson DT, Clinicalpractice. Osteoarthritis of the knee. N Engl J Med 2006;354:841–8.
12. Rannou F, Poiraudreau S. Non-pharmacological approaches for the treatment of osteoarthritis. Best Pract Res ClinRheumatol 2010;24:93–106.
13. Quilty B, Tucker M, Campbell R, Dieppe P. Physiotherapy, includingquadricepsexercises and patellar-taping, for kneeosteoarthritis with predominantpatello-femoral joint involvement: randomizedcontrolled trial. J Rheumatol 2003;30:1311–7.
14. [http://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/PEDro\\_scale.pdf](http://www.pedro.org.au/wp-content/uploads/PEDro_scale.pdf)

15. <https://www.hopkinsarthritis.org/physician-corner/education/arthritis-education-diagnostic-guidelines/>
16. <http://performanceptpc.com/paperwork/womac.pdf>
17. Timothy M. Griffin, Janet L. Huebner, Virginia B. Kraus, and FarshidGuilak. Extreme Obesity Due to ImpairedLeptinSignaling in Mice DoesNot Cause KneeOsteoarthritis. ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol. 60, No. 10, October 2009, pp 2935–2944

**Note**

Per *coping* s'intende l'insieme dei meccanismi messi in atto da un individuo per fronteggiare le situazioni potenzialmente stressanti o pericolose per il normale funzionamento psichico e il normale stato di benessere psicofisico.



**7-8 ottobre, 4-5 novembre 2017**

Lecce, Sala Conferenze Motus Animi  
Via S. Trinchese n. 95/A

**27,9  
ecm**




**Docente: Chris Littlewood**  
PT-BHSc (Hons), MSc, PhD  
Dip. MDT, FHEA - Univ. of Sheffield

# SHOULDER

Comitato Scientifico: C. Littlewood, G. Giovannico, F. Brindisino  
Responsabile Scientifico: M. Cordella

Per info: 349.583.77.72 - 0832.52.13.00 - [www.motusanimi.com](http://www.motusanimi.com) - [info@motusanimi.com](mailto:info@motusanimi.com)



MOTUS ANIMI  
ORGANIZZAZIONE CONGRESSI  
PROVIDER ECM NAZIONALE 2112  
VIA FABIO FILZI, 22 - LECCE  
TEL 0832/521300  
FAX 0832.165.30.00  
info@motusanimi.com

In collaborazione con:



Regione Puglia

**50  
ecm**

Corso di drenaggio linfatico manuale

## TRATTAMENTO FISICO DELL'EDEMA LINFOVENOSO SECONDO EVIDENCE BASED MEDICINE

# BARI

08-09-10 Settembre  
29-30 Settembre, 01 Ottobre  
03-04-05 Novembre  
**Hotel Excelsior**  
Via Giulio Petroni, 15




Direttore del Corso: **Dr. J.P. Belgrado**  
Tutor: *Dr.ssa M. Di Giulio, Dr. G. Natoli*  
Responsabile scientifico: *Dr.ssa Claudia Pati*

Per info: 349.583.77.72 - 0832.52.13.00 - [www.motusanimi.com](http://www.motusanimi.com) - [info@motusanimi.com](mailto:info@motusanimi.com)

# IL CONTRIBUTO DEL FISIOTERAPISTA ALLA PREVENZIONE PRIMARIA E ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN ETÀ PEDIATRICA

Dott. Ft Antonella D'Aversa,

PT, BSc, Pediatric Physical Therapist, Referente Regionale GIS Fisioterapia Pediatrica

## Convegno Nazionale del GIS Fisioterapia Pediatrica



Il 21 gennaio scorso, in concomitanza con il seminario inaugurale del Master in Fisioterapia Pediatrica dell'Università degli Studi di Firenze, si è svolto, presso l'Ospedale Pediatrico Meyer, il Convegno Nazionale del Gruppo d'Interesse Specialistico in Fisioterapia Pediatrica, intitolato "Il contributo del fisioterapista alla prevenzione primaria e alla promozione della salute in età pediatrica".

La scelta della tematica è nata dalla necessità di riconoscere, anche nel contesto italiano così come in quello internazionale, il ruolo del fisioterapista in tutti gli ambiti della prevenzione (non più solo quella terziaria quindi) e della promozione di salute, così come riportato nel Profilo Professionale e nel Core Competence del fisioterapista dell'area pediatrica (di prossima pubblicazione).

La mattinata si è aperta con i saluti di Mauro Tavarnelli, Presidente Nazionale dell'AIFI, Loretta Carturan, Presidente del GIS Fisioterapia Pediatrica, e Silvia Paoli, Coordinatore Didattico del Master in Fisioterapia Pediatrica, moderatori della sessione mattutina iniziata con la relazione della sociologa Pierpaola Pierucci che ha sotto-

lineato l'importanza della promozione di salute quale facilitatore "dello sviluppo individuale e sociale volto al miglioramento delle abilità per la vita quotidiana". La dottoressa ha continuato poi sottolineando l'importanza del "mettere le persone in grado di imparare durante l'arco della vita... a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzativi della società". Ed è proprio quel mettere gli altri in grado di fare qualcosa che fa la differenza perché è così che la semplice informazione si trasforma in formazione e si fa promotrice del cambiamento, pur sempre nel rispetto delle differenze intrinseche alla società in cui si vive. Il lavoro sulla promozione di salute diventa così transdisciplinare per cui, oltre alla valutazione e all'individuazione degli obiettivi, i professionisti condividono anche quei compiti, tradizionalmente considerati esclusivi di ogni professione, usando uno schema concettuale diverso ma condiviso.

Sempre durante la sessione del mattino, gli interventi di alcuni studenti del Master dell'Anno Accademico in corso sulla revisione degli studi pubblicati, negli anni 1999-2016, su promozione di salute e prevenzione primaria in età pediatrica, hanno creato un momento molto interessante



e stimolante. Le tematiche sono prevalentemente quelle citate dalla *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)* e dal sottogruppo *International Organisation of Physical Therapist in Paediatrics (IOPTP)*, di cui il GIS Fisioterapia Pediatrica fa parte: l'obesità, l'attività fisica, in condizioni di salute e di patologia, e le malattie mentali. E, proprio con l'obiettivo di intensificare la rete dei fisioterapisti esperti nel campo e favorire lo scambio di conoscenze basate sulla *best clinical practice* oltre che sulle più aggiornate evidenze medico-scientifiche, è nato il *Network for Health Promotion in Life and Work*<sup>1</sup>.

La mattinata si è conclusa con le esperienze dei colleghi fisioterapisti sul territorio nazionale: in un consultorio familiare (Bolzano) con i gruppi di accompagnamento alla nascita e di sostegno alla genitorialità, nella scuola (Regione Lazio) con la diffusione del Progetto "La schiena va a scuola", al Festival della Salute (Regione Toscana) con i progetti "La schiena cresce, va a scuola e diventa grande, promozione ed educazione alla salute della colonna vertebrale del neonato, del bambino e dell'adolescente" e "Lo stretching in classe". Quest'ultimo ha visto, negli anni in cui è stato proposto, il coinvolgimento partecipato ed entusiasta della collega Ida Mariani, mancata recentemente e a cui è stata dedicata questa edizione del Convegno.

Nel pomeriggio, poi, dopo la presentazione dello studio, tesi di master, della collega Valentina Torelli, assieme alla Pediatra Monica Pierattelli e alla collega Serena Barsaglini, sul contributo offerto dai fisioterapisti dell'area pediatrica alle cure pediatriche primarie, sono stati avviati i workshop nei quali i colleghi presenti hanno avuto modo di discutere i punti di forza ma, soprattutto, le criticità del ruolo ricoperto dai fisioterapisti negli ambiti della promozione di salute e della prevenzione pri-



maria. Dai questionari somministrati dalla collega Torelli, ad esempio, è emerso che il ruolo del fisioterapista in questi ambiti è poco conosciuto e poco valorizzato (benché previsto dal profilo professionale stesso) ma che i pediatri di libera scelta sarebbero d'accordo nell'inclusione dei fisioterapisti esperti all'interno delle cure primarie nell'ottica globale della prevenzione prioritaria. Si tratta, ovviamente, di una visione tendenzialmente *family-centered* che richiederebbe una formazione costante e sempre più specialistica oltre che la capacità di affrontare e discutere argomenti apparentemente al di fuori di quello che è il ruolo tradizionale del fisioterapista.

Il Convegno, come ogni anno, ha rappresentato un momento d'incontro e di confronto, anche sulle nuove proposte e progettualità da attuarsi sia a livello nazionale che a livello regionale e che avremo poi modo di discutere durante il Convegno del 2018 che avrà come tematica il ruolo del fisioterapista dell'area pediatrica nell'ambito della prevenzione secondaria.



<sup>1</sup> <http://www.wcpt.org/hplw>

## PILLOLE DI LETTERATURA

Dott. Ft Denis Pennella<sup>a</sup>, Dott. Ft Fabio Cataldi<sup>b</sup>



**S**ono passati oltre 20 anni da quando i fisioterapisti, attraverso il “Position on Thrust Joint Manipulation Provided by Physical Therapists dell’American Physical Therapy Association” manifestarono il loro disagio assoluto nel subire l’attacco pressante e continuo, in parte motivato da interessi di natura economica, dei chiropratici rispetto alla pratica della manipolazione spinale; pratica che i chiropratici ritenevano di loro esclusiva pertinenza, sulla scorta di una valutazione “opinabile” rispetto ai percorsi formativi del fisioterapista. Opinabile, almeno quanto il costrutto teorico che giustifica la manipolazione ed i suoi effetti terapeutici nella pratica clinica chiropratica.

Questo trafiletto non vuol essere una critica ai nostri colleghi chiropratici, quanto invece una riflessione sugli effetti della manipolazione, sulla mancanza di rischi avversi e, soprattutto, sulla necessità di formazione, esigenza che da oltre 20 anni la comunità fisioterapica internazionale avverte, ed alla quale l’Italia ha risposto con numerosi percorsi accademici presenti sul territorio nazionale, accessibili ai fisioterapisti, e con la nascita del Gruppo di interesse specialistico in Terapia Manuale (GTM-AIFI); in linea con quanto si verifica per la formazione di competenze avanzate nelle altre professioni sanitarie, in tutto il mondo.

La manipolazione vertebrale, spesso citata in letteratura come TJM (Thrust joint manipulation), è uno specifico movimento terapeutico eseguito con alta velocità e bassa ampiezza all’interno del range articolare o al fine corsa[10], utilizzata da fisioterapisti medici, osteopati e chiropratici. La manipolazione è stata usata e descritta per la prima volta nel settore sanitario da Ippocrate (460-355 AC), il Padre della Medicina[1]. I fisioterapisti, negli Stati Uniti usano la manipolazione ed altre tecniche manuali, per affrontare i più comuni disturbi muscolo-scheletrici, sin da quando la professione è stata fondata nel 1920, mentre in Europa sin dal 1800 [2]!

Le complicazioni [4,5,6,7,8], di cui una pubblicata proprio da alcuni ricercatori chiropratici, evidenziano, per esempio, una bassa probabilità a carico dei fisioterapisti, che usano la manipolazione, di causare danni al paziente (Tabella 1).

Ma veniamo alle realtà che sostengono l’utilizzo della manipolazione e la necessità continua di percorsi in tal senso, sempre aggiornati e basati sulle migliori evidenze scientifiche:

- ✓ Gli standard di accreditamento nazionali sostengono che la formazione specifica nelle tecniche manipolative sia necessaria in tutti i programmi educativi nazionali per fisioterapisti[3].



I fisioterapisti, per decenni sono stati bersaglio di attacchi giudiziari da parte delle associazioni dei chiropratici che hanno sempre rivendicato l’esclusività nell’utilizzo della manipolazione, sulla base del presupposto che i fisioterapisti non avrebbero la formazione adeguata per praticare tecniche che espongono il paziente a gravi rischi per la sua salute. L’evidenza, tuttavia e per fortuna, smentisce con forza entrambi i presupposti di queste accuse. Diverse pubbli-

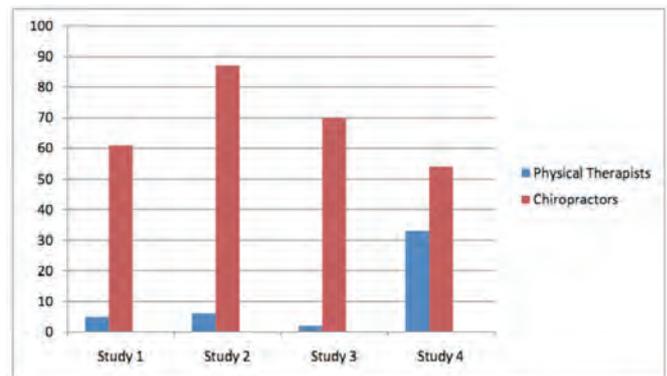


Tabella 1: Percentuale di complicazioni della manipolazione causate da chiropratici rispetto ai fisioterapisti, rispetto a 4 studi [6,7,8,9]. La media dei 4 studi mostra che il 68% delle complicanze sono dovute alla chiropratica, il 21% ad’altre professioni e solo l’11% a fisioterapisti.

- ✓ Secondo l'HPSO (la più grande compagnia assicurativa degli USA) non vi è un'alta percentuale di contenziosi per danni causati da fisioterapisti (formati) che utilizzano la manipolazione spinale.
- ✓ Una revisione della letteratura, in un periodo di oltre 77 anni, ha riportato solo 10 casi di sindrome della cauda equina (emergenza medica relativa a danno tessutale del midollo spinale) dopo manipolazione vertebrale: nessuna di queste complicanze è stata causata da fisioterapisti[4].
- ✓ Studi sulla sicurezza della manipolazione (Tabella 1) hanno evidenziato che solo l'11% delle complicanze causate (verosimilmente) dalla manipolazione vertebrale sono imputabili a fisioterapisti, mentre la maggior parte a chiropratici e medici[8].
- ✓ In merito all'ultima considerazione, solo negli USA, ad esempio, il numero di fisioterapisti è 4 volte quello dei chiropratici [11].

Detto ciò, studi di alto livello, insieme ai rapporti delle compagnie assicurative, confermano che gli alti rischi legati all'utilizzo della manipolazione vertebrale, spesso paventati da alcuni professionisti della salute, non hanno alcun fondamento scientifico. I fisioterapisti che si occupano di manipolazioni vertebrali sono ben addestrati (o dovrebbero esserlo!) ad utilizzare queste tecniche in totale sicurezza per il paziente; altresì, la ricerca ha confermato che la manipolazione vertebrale sia l'approccio migliore per la maggior parte delle comuni condizioni dolorose di natura muscolo-scheletrica, quando utilizzata in combinazione con l'esercizio e/o con altri trattamenti di competenza del fisioterapista[12,13,14], quali ad esempio l'esercizio terapeutico.

Diamo uno sguardo ad alcuni lavori scientifici di revisione della letteratura su efficacia e sicurezza delle manipolazioni vertebrali.

J ElectromyogrKinesiol. 2012 Oct;22(5):648-54. doi: 10.1016/j.jelekin.2012.01.006. Epub 2012 Jan 29. **Epidemiology: spinalmanipulationutilization.** Hurwitz EL.

L'obiettivo di questo lavoro è disaminare l'utilizzo della manipolazione rispetto a tempi, luoghi e persone che la praticano. La revisione sistema-

tica della letteratura in lingua inglese, pubblicata dall'1 gennaio 1980 al 30 giugno 2011, ha individuato 822 citazioni, di cui 75 rilevanti insieme ad ulteriori 21 come cross-reference. La maggior parte della letteratura è stata prodotta nel Nord America, in Europa e in Australia, con poche informazioni riguardo l'uso di manipolazione spinale in altre parti del mondo. Nelle regioni coperte, chiropratici, osteopati e fisioterapisti sono i professionisti con maggiore probabilità di proporre la manipolazione spinale, spesso in combinazione con altre terapie conservative. I dolori al collo e alla zona lombare sono le indicazioni più frequenti, sebbene sia annoverata anche una piccola percentuale di condizioni non muscoloscheletriche; comunque sempre più comunemente utilizzata negli adulti rispetto ai bambini. La soddisfazione del paziente, con la manipolazione vertebrale, è molto alta.

J ElectromyogrKinesiol. 2012 Oct;22(5):655-62. doi: 10.1016/j.jelekin.2012.02.011. Epub 2012 Mar 18. **Spinalmanipulationepidemiology: systematicreview of costeffectivenessstudies.** MichaleffZA, Lin CW, Maher CG, van Tulder MW.

Questa ricerca si è proposta di effettuare una analisi costo-efficacia tra Terapia Manipolativa Spinale (SMT) ed altre possibili opzioni di trattamento.

Due ricercatori indipendenti, al fine di ridurre il rischio di bias, hanno interrogato otto database clinici ed economici, oltre che le bibliografie di importanti revisioni sistematiche già esistenti, includendo studi sulle valutazioni economiche, ove presente l'SMT almeno in un braccio di confronto.

Sono stati ritenuti pertinenti 6 lavori rispetto agli obiettivi di ricerca, ovvero analisi di costo-efficacia e di costo-utilità, tutti con un basso rischio di bias ( $\geq 16 / 19$  sulla CHEC-List). La SMT è risultata essere un trattamento conveniente per gestire il dolore al collo ed il mal di schiena, sia se utilizzata da sola che in combinazione con altre tecniche, rispetto ai percorsi terapeutici tradizionali con Medico di Medicina Generale, esercizio fisico e fisioterapia classica.

Sebbene siano necessari ulteriori studi di alta qualità, questa ricerca supporta l'utilizzo della SMT come trattamento economicamente effi-

case, se usato da solo o in combinazione con altri approcci.

Spine (PhilaPa 1976). 2013 Feb 1;38(3):E158-77. doi: 10.1097/BRS.0b013e31827dd89d. **Spinalmanipulativetherapy for acute low back pain: an update of the cochrane review.** Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW.

Questa revisione sistematica ha l'obiettivo di valutare gli effetti della terapia manipolativa spinale (SMT) sul dolore lombare basso acuto (<6 settimane di durata). Gli outcome primari indagati sono stati dolore, funzionalità e percezione di recupero; mentre i secondari sono stati il ritorno al lavoro e la qualità di vita percepita. E' stata utilizzata la classificazione GRADO per valutare la qualità degli studi selezionati in cui erano confrontati gli effetti della SMT rispetto a (1) interventi sham, (2) SMTsham, (3) altri interventi e (4) SMT come terapia aggiuntiva.

Sono stati selezionati 20 RCT (partecipanti totali = 2674), di cui 6 studi avevano un basso rischio di bias. In generale, non sono state osservate gravi complicazioni con SMT e, sebbene i dati riguardanti tutti gli outcome si siano mostrati di difficile analisi per l'alta varietà, sembra che la SMT sia l'approccio terapeutico migliore.

J ManipulativePhysiol Ther. 2015 Nov-Dec;38(9):672-6. doi: 10.1016/j.jmpt.2013.09.005. Epub 2014 Jan 3. **The Association Between Cervical Spine Manipulation and Carotid Artery Dissection: A Systematic Review of the Literature.** Chung CL, Côté P, Stern P, L'Espérance G.

Questa revisione della letteratura analizza i dati relativi ai rischi per il paziente, rispetto la manipolazione del rachide cervicale ed in particolare l'ictus ischemico da dissezione della arteria carotide interna (ICA), spesso ipotizzato come secondario a manipolazione; tanto che in Canada alcuni membri dei cittadini hanno richiesto il divieto della procedura. L'obiettivo primario di questo studio è di determinare l'incidenza della dissezione ICA e la correlazione con manipolazione cervicale, in pazienti con cervicalgia, dorsalgia e cefalea.

Due revisori indipendenti hanno interrogato 6 database dal 1970 al novembre 2012, prendendo in considerazione studi di coorte, studi

caso-controllo e studi clinici randomizzati, senza risultato.

L'incidenza di dissezione ICA dopo manipolazione cervicale resta quindi sconosciuta, al pari del rischio relativo, rispetto ad altri interventi di assistenza sanitaria, per cervicalgia, dorsalgia e cefalea. Quindi, sebbene numerosi case report e case series sollevino l'ipotesi di un'associazione tra manipolazione cervicale e dissezione ICA, non esistono studi epidemiologici che convalidino questa ipotesi.

Alla luce di quanto visto, e considerato che la letteratura al riguardo è molto più densa, possiamo affermare che la manipolazione vertebrale sia una tecnica che può e deve essere proposta, ma nella consapevolezza dei potenziali rischi, delle aspettative e delle paure del paziente e, sempre, con una formazione di base adeguata.

Bibliografia	
1	Paris SV. A History of Manipulative Therapy. <i>JMMT</i> . 2000;8(2):66-77.
2	McMillan M. <i>Massage and Therapeutic Practice</i> . 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1925.
3	Commission on Accreditation in Physical Therapy Education. <i>Evaluative Criteria for Accreditation of Educational Programs for the Preparation of Physical Therapists</i> . Alexandria, Va: Commission on Accreditation in Physical Therapy Education; 2007.
4	Haldeman S, Rubinstein SM. Cauda Equina Syndrome in patients undergoing manipulation of the lumbar spine. <i>Spine</i> . 1992;17(12):1469-1473.
5	Assendelft WJJ, Bouter L.M., Knipschild PG. Complications of spinal manipulation. A comprehensive review of the literature. <i>The Journal of Family Practice</i> 1996; 42(5):475-480.
6	Patijn J. Complications in manual medicine: a review of the literature. <i>J Man Med</i> 1991; 6:89-92.
7	DiFabio RP. Manipulation of the cervical spine: risks and benefits. <i>Phys Ther</i> . 1999;79(1): 50-65.
8	Rivett DA, Milburn P. Complications arising from spinal manipulative therapy in New Zealand. <i>Physiotherapy</i> 1997; 83(12):626-632.
9	<i>Guide to Physical Therapist Practice</i> . Revised 2nd ed. Alexandria, Va: American Physical Therapy Association; 2003.
10	<i>APTA Manipulation Education Manual for Physical Therapist Professional Degree Programs</i> . Alexandria, Va: American Physical Therapy Association; 2004.
11	<a href="http://www.bls.gov/oco/ocos080.htm">http://www.bls.gov/oco/ocos080.htm</a> and <a href="http://www.bls.gov/oco/ocos071.htm">http://www.bls.gov/oco/ocos071.htm</a> accessed January 12, 2010.
12	Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Emberson J, Marschner I, Richardson C. A randomized controlled trial of physiotherapy management for cervicogenic headache. <i>Spine</i> . 2002;27:1835-43.
13	Haldeman S, Carroll L, Cassidy D, Schubert J, Nygren A. The Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders, <i>SPINE</i> 33 (4S), 2008.
14	Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, Bronfort G. 2004 A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. <i>Spine</i> 29(14):1541-1548.

<sup>a</sup>Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Libero Professionista

<sup>b</sup>Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Libero Professionista

## L'ASSISTENTE SANITARIO: UN PREZIOSO ALLEATO

Dott. Nadia Dahbaoui, *Presidente ASNAS Puglia-Molise-Basilicata*



**N**egli ultimi 30 anni si è assistito ad un'evoluzione del concetto di salute, passando dalle azioni tese alla cura dalle malattie mediante l'uso di farmaci o trattamenti atti ad eliminare le patologie una volta manifeste, alla promozione di stili di vita finalizzati alla prevenzione e alla promozione della salute. E così, se in passato il concetto di salute era considerato come qualcosa di semplice e facilmente comprensibile, basato su una semplice percezione: assenza di malattia, concepito quasi in modo fatalistico, con una naturale regressione in relazione all'avanzare dell'età; col tempo è via via maturata l'idea che lo stato di salute va invece "coltivato" con una serie di pratiche che coinvolgono abitudini quotidiane, azioni e comportamenti finalizzati ad ottenere un perdurante stato di benessere.

Del resto nel 1986 durante la 1<sup>a</sup> Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, a Ottawa, venne approntata e presentata una Carta per la promozione della Salute per Tutti con la quale si afferma il principio che la promozione della salute debba essere il processo che permette alle persone di aumentare la percezione del controllo della propria salute e di migliorarla.

In questa ottica, la figura per eccellenza preposta a tali fini è quella dell'Assistente Sanitario, profilo professionale presente in Italia sin dagli anni venti dello scorso secolo con l'istituzione della scuola delle assistenti sanitarie vigilatrici che avevano il compito di ricercare e curare, fin dai primi sintomi, tra il popolo, le malattie, e di prevenire la diffusione tramite insegnamenti pratici di profilassi e igiene (Frezza, 1920), appurandone inoltre le condizioni di salute delle puerpere e dei loro bambini, nonché dell'ambiente in cui quotidianamente vivevano, proponendo e mettendo in atto tutte le azioni necessarie a superare ogni criticità rilevata. Oggi, l'Assistente Sanitario, dotato di un proprio profilo professionale e di codice deontologico (Decreto del 17 gennaio 1997, n. 69) ricopre un ruolo fondamentale nei piani di prevenzione e promozione della salute poiché attraverso l'attività di screening, monitoraggio



ed educazione sanitaria persegue l'obiettivo fondamentale di relazionarsi con le persone esortandole e incoraggiando comportamenti e stili di vita quanto più sani possibili. In questa ottica il raggio di azione si esplica a 360°, coinvolgendo tutte le fasi della vita di una persona, bambini, giovani, adulti e anziani.

Nel bambino, tramite progetti di educazione, convegni, ecc., l'azione si esplica nei confronti dei genitori ed educatori per stimolare una corretta alimentazione, sport e pratiche sanitarie corrette ed opportune. In questo ambito un ruolo fondamentale è rivestito dalle pratiche vaccinali eseguite presso gli appositi ambulatori provvedendo alle vaccinazioni stesse.

Nell'adolescente l'Assistente Sanitario esplica la sua attività con azioni tese a informare e prevenire consumo di alcool, droga, fumo e rischi legati alle pratiche sessuali non protette. La sua azione si svolge dunque anche all'interno dei consultori familiari.

Tra gli adulti l'attività si esplicita con inviti a partecipare a progetti di screening come quelli tumorali, tesi a identificare malattie in fasi non ancora palesemente manifeste, di stimolo e di educazione delle necessità di attivare pratiche sanitarie e di prevenzione/promozione nei confronti dei bambini.

Nei confronti degli anziani l'attività si esplica soprattutto mediante il miglioramento della qualità della vita tramite l'informazione e l'educazione a pratiche e comportamenti che attengono all'alimentazione, all'attività motoria e al benessere psico-fisico. Dunque, quella dell'Assistente Sanitario è una figura fondamentale nelle politiche sanitarie nazionali anche dal punto di vista economico in quanto l'intervento "immediato" con semplici misure preventive consente di evitare l'insorgenza di patologie future i cui costi relativi

a cure e trattamenti risultano infinitamente maggiori rispetto a quelli necessari alla prevenzione.

Pur tuttavia nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali e locali c'è ancora un lungo cammino da compiere in quanto non sempre nelle Aziende Sanitarie queste figure professionali sono adeguatamente previste in pianta organica o, peggio, le competenze tipiche dell'Assistente Sanitario vengono erroneamente attribuite ad altre professioni la cui formazione e percorso di studi è orientata più verso la cura che verso la prevenzione. La mission dell'Assistente Sanitario deve trovare adeguata accelerazione in un periodo, come quello attuale, in cui vi sono problematiche legate alla salubrità dell'ambiente e alle palesi negative ripercussioni sulla salute e in cui fortemente si avverte la necessità di trasmettere il valore fondamentale del benessere fisico, psichico e sociale attraverso la grossa spinta a trovare una motivazione dentro di sé che faccia acquisire l'importanza di *STARE BENE*.

L'Assistente Sanitario deve essere considerato prezioso alleato nel progetto generale del benessere dell'individuo e non un competitore in ambito sanitario. Un cammino che deve trovare adeguata accelerazione in un periodo, come quello attuale, in cui le problematiche legate alla salubrità dell'ambiente e alle palesi negative ripercussioni sulla salute possono e devono trovare nell'assistente sanitario una preziosa figura impegnata nella prevenzione a tutto campo.

L'Associazione Nazionale Assistenti Sanitari (**As.N.A.S.**) è stata fondata nel 1986 su iniziativa di Giannina Calzolari e si è costituita con atto del 26.01.2002, ai sensi dell'art. 36 del Codice

Civile. **“L'Associazione, le cui finalità generali fondamentali e costitutivamente fondanti sono la salvaguardia e la valorizzazione della figura professionale dell'assistente sanitario”**

L'Associazione Nazionale Assistenti Sanitari (AsNAS) è l'unica associazione riconosciuta dal Ministero della Salute come maggiormente rappresentativa di tutti gli assistenti sanitari, con Decreto Ministeriale 14 aprile 2005, Decreto Ministeriale 19 giugno 2006, Decreto Direttoriale 30 luglio 2013 e Decreto Direttoriale 28 luglio 2014. L'AsNAS è **presente su tutto il territorio nazionale**, articolata in 17 sezioni regionali per essere il più vicino possibile alla realtà dei Soci.

**AsNAS rappresenta tutti gli assistenti sanitari d'Italia**, partecipando ad Organismi di carattere nazionale quali:

- l'Osservatorio Nazionale delle Professioni Sanitarie (istituito presso il MIUR),
- la Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Assistenza Sanitaria (della Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie),
- la Commissione Nazionale per la Formazione Continua (presso l'Agenas),
- il Coordinamento Nazionale delle Associazioni delle Professioni Sanitarie (CoNAPS).

È presente con propri rappresentanti alle Commissioni delle tesi di laurea dei corsi di laurea in assistenza sanitaria di diversi Atenei. Partecipa a livello regionale e nazionale alla consultazione per la definizione del fabbisogno formativo annuale su convocazione delle diverse Regioni e Province Autonome e del Ministero della Salute.



## 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

# la tua fisioterapia diventa **unica**



CONSULENZA



FORNITURA



FORMAZIONE



ASSISTENZA

TERAPIA CELLULARE ATTIVA

**INDIBA**  
ACTIVE THERAPY  
MEDICAL PROIONIC SYSTEM

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

da sempre **tecarterapia**

Certificazioni: **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

letti trattamento di design robusti e con alzata elettrica / idraulica

LASER AD ALTA POTENZA

**Hilterapia**<sup>®</sup>

il laser Nd:YAG più potente al mondo

rapida risposta analgesica, antinfiammatoria e rigenerativa

lasertherapie portatile evoluta

**MIS**  
Multiwave Lockedsystem

RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

**TecnoBody**<sup>®</sup>

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**<sup>+</sup>

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

PRODOTTI FUNZIONALI

**PHYSIO ESSENCE PRO**

idragel warmup  
decontrattante dermo-attivo  
125 ml e 4.40 fl. oz.

relaxACTIV

**medicalcalo**  
TECNOLOGIE PER LA RIABILITAZIONE

☎ **080 30 23 188**

↗ **medicalcalo**

Associazione Italiana Fisioterapisti  
Regione PUGLIA



# IL DOLORE CRONICO IN RIABILITAZIONE

7  
c  
r  
e  
d  
i  
t  
i  
E  
C  
M

CONGRESSO REGIONALE AIFI PUGLIA 2017

**27 maggio 2017**  
**hotel Majesty - Bari**

[www.aifipuglia.it](http://www.aifipuglia.it) [info@aifipuglia.it](mailto:info@aifipuglia.it)

con il patrocinio di:

