

CISIOTECA DISTIPLE Periodico trimestrale di informazione e cultura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti Regione Puglia n. 62 (4° Trimestre 2017) - Registrazione c/o il Tribunale di Taranto n 2544 del 2014 16 - Seedizione in A P-45% art. 2 comma 20/B Legge 662/96 DC/DCI aut. N. 310 del 17.04.01









SPIRITO DI ADATTAMENTO ALLE AVVERSITÀ

Dott.ssa FT. Claudia Pati, Presidente A.I.FI. Regione Puglia

La nostra gloria più grande non sta nel non cadere mai, ma nel risollevarsi sempre dopo una caduta. Confucio



lienza" durante un corso di formazione professionalizzante successivo alla mia elezione come presidente A.I.FI. Puglia. Questo termine ha provocato in me cu-

riosità e ha stimolato ulteriori letture e ricerche sull'argomento che vorrei condividere con voi, pazienti e colleghi, e farlo diventare parte dell'associazione. La resilienza indica la capacità di far fronte in maniera positiva a eventi traumatici, di riorganizzarela propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità che la vita offre, senza alienare la propria identità.

Sono persone resilienti quelle che, immerse in circostanze avverse, riescono, nonostante tutto e talvolta contro ogni previsione, a fronteggiare efficacemente le contrarietà, a dare nuovo slancio alla propria esistenza e perfino a raggiungere mete importanti.

Le caratteristiche della resilienza sono sette:

- "Insight" o introspezione: la capacità di esaminare sé stesso, farsi le domande difficili e rispondersi con sincerità,
- Indipendenza: la capacità di mantenersi a una certa distanza, fisica e emozionale, dei problemi, ma senza isolarsi,
- Interazione: la capacità per stabilire rapporti intimi e soddisfacenti con altre persone,
- Iniziativa: la capacità di affrontare i problemi, capirli e riuscire a controllarli,
- Creatività: la capacità per creare ordine, bellezza e obbiettivi partendo dal caos e dal disordine,
- Allegria: disposizione dello spirito all'allegria, ci permette di allontanarci dal punto focale della tensione, relativizzare e positivizzare gli avvenimenti che ci colpiscono,
- Morale: si riferisce a tutti i valori accettati da una società in un'epoca determinata e che ogni persona interiorizza nel corso della sua vita.

L'ambito sanitario si compone di diverse figure professionali, riabilitative e non, il rapporto tra queste e con gli utenti nonché le problematiche improvvise mettono a dura prova la migliore delle organizzazioni.

Strategie organizzative per promuovere la resilienza nell'ambiente di lavoro migliorano la performance lavorativa, la percezione di autonomia, l'accesso alle risorse; i sistemi di supporto positivi sono stati associati a soddisfazione sul lavoro e a risultati organizzativi positiviche contribuirannoal benessere del paziente.

La resilienza può anche essere definita come un processo di adattamento alle avversità che può essere sviluppato ed imparato" (Ahern 2006). La sfida attuale è quella di identificare i processi ed i meccanismi alla base del costrutto di resilienza, al fine di poter insegnare il suo sviluppo consapevole a coloro che non possono spontaneamente manifestarlo, in misura sufficiente per soddisfare pienamente le sfide quotidiane della loro domanda di salute.

Non basta saper diagnosticare e curare una patologia, riabilitare una persona, vanno compresi i meccanismi personali di risposta al fine di ottenere una miglior aderenza alle cure e un miglior risultato. Molti studi oggi sono rivolti a capire come poter aiutare gruppi di pazienti e familiari a riorganizzarsi dopo e durante eventi morbosi. Dobbiamo insegnare a trovare in se stessi, nelle relazioni umane, nei contesti di vita, gli elementi e la forza per superare le avversità e per contrastare gli effetti delle patologie.

Per concludere, un augurio a tutti i colleghi fisioterapisti, non saziatevi mai degli assi del Sapere: Sapere, Sapere Fare, Saper Essere, Saper Divenire... che contribuiranno allo sviluppo della nostra splendida Professione al servizio della Persona.

Ai pazienti l'auguro di piegarsi ma non spezzarsi mai davanti alle avversità della vita...con dignità ed onore.





nmario



Spirito di adattamento alle avversità	2
Rinnovo AIFI 2018	4
Mauro Tavarnelli è stato riconfermato Presidente AIFI	6
Approvato il DDL Lorenzin! E ora? FAQ	8
Congresso Regionale 2017 - Report	11
Congresso Regionale 2017 - Considerazioni	14
Un anno che vale 20: Buon compleanno GTM XV Congresso GTM - AIFI	16
Pillole di letteratura	19
Premio Miglior Tesi - ABSTRACT	22
Il Gruppo di Fisioterapia Geriatrica	26
Il ruolo del Terapista Occupazionale	28
Un benvenuto ai Neolauraeati	31

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: **Claudia Pati**

Litografia Ettorre Stampa:

Grottaglie (Taranto)

Copertina a cura di **Alessandro Stasi**

Pubblichiamo, eccezionalmente, la nota di un paziente.

Gent.ma Presidente A.I.F.I Puglia mi permetto di scriverLe due righe per esprimere la mia gratitudine alla categoria di professionisti che Lei rappresenta.

A prescindere dal risultato raggiunto, il mio ringraziamento è rivolto a tutti i professionisti che agiscono per un comune obiettivo, la salute. In particolare ai fisioterapisti della palestra di un presidio riabilitativo pugliese che in qualità di riabilitatori, ogni giorno con grande operosità e impegno lavorano per il raggiungimento della salute del cittadino.

La mia gratitudine è l'espressione del lavoro della dott.ssa V.L. che mi ha seguito in questo lungo ed estenuante percorso riabilitativo con eccellente professionalità, umanità, gentilezza e cortesia.

Grazie!

Con Stima







RINNOVO 2018

ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI

PERCHÉ?

Solo insieme concretizziamo le nostre aspirazioni. Oggi, dopo l'approvazione a legge del Ddl Lorenzin, la forza numerica e professionale di AIFI è ancor più fondamentale per arrivare ad affermare i nostri VALORI e la nostra VISIONE.

Essere socio AIFI significa ...



Condividere l'idea di una professione sanitaria autonoma nel rispetto degli ambiti e delle competenze.



Lottare contro ogni forma di abusivismo professionale in ambito sanitario.



Promuovere nelle Università lo sviluppo delle competenze avanzate.



Iscriversi ad un'associazione Tecnico Scientifica abilitata alla produzione di linee guida e buone pratiche.

... anche numerosi vantaggi e convenzioni



Assicurazione RC

Continua la convenzione esclusiva tra Italiana Assicurazioni ed AIFI, con la sua polizza RC professionale sempre un passo avanti alle altre, già adeguata alle direttive della legge Gelli. Potrai pagare comodamente l'iscrizione all'associazione e la polizza con un unico MAV.



Servizio Certificazione ECM

Servizio di certificazione ECM ed inserimento diretto nella banca dati del Co.Ge.A.P.S. di eventuali esoneri, esenzioni, tutoraggi e pubblicazioni per i soci che ne fanno richiesta.







Georeferenziazione

Grandi novità quest'anno per i soci Liberi Professionisti, la prossima Primavera verrà inagurata la nuova piattaforma https://fisio.aifi.net con un nuovo modulo dedicato alle prenotazioni online. Il servizio resta gratuito e riservato ai soli soci AIFI LP (Liberi Professionisti).



GIS

Se la crescita professionale è nel tuo DNA e ti piace confrontarti unisciti ad uno dei nostri Gruppi d'Interesse Specialistico (GIS). Quest'anno puoi farlo agevolmente online, con un unico MAV comprensivo della quota iscrizione GIS.



Società Scientifiche

La possibilità d'iscriversi con una quota agevolata alle seguenti società scientifiche:

SIF • SIFIR • ARIR • AIRM • SUPSI



Scienza Riabilitativa

La nostra rivista scientifica indicizzata su: CINAHL — HEBSCOHost — In formato pdf la puoi scaricare o consultare comodamente online.



Abbiamo bisogno della tua partecipazione, per un miglioramento continuo dell'associazione al servizio dello sviluppo della nostra splendida Professione.



L'AIFI è l'associazione di volontariato, senza scopo di lucro, che rappresenta, tutela e promuove la categoria dei Fisioterapisti e la salute del cittadino.



Con AIFI dai forza alla tua professione, alla tua passione!





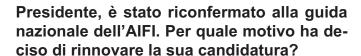
MAURO TAVARNELLI È STATO RICONFERMATO PRESIDENTE A.I.FI.

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



on grande consenso il nostro ✔ presidente nazionale ro Tavarnelli è stato riconfermato alla guida dei fisioterapisti di Italia. Continua così il percorso volto

alla realizzazione di obiettivi ben precisi, che comportano notevole impegno e molti sacrifici. Tutto per il senso di dedizione che caratterizza l'operato di un uomo che rappresenta con orgoglio ed onore circa 10.000 rappresentanti della categoria professionale. Il presidente di A.I.FI. Puglia dott.ssa Claudia Pati ha voluto fortemente questa intervista, che mette in luce la mission della presidenza nazionale, in linea con quella regionale. Noi lo abbiamo intervistato.



"Ho ritenuto che un secondo e ultimo triennio di mia presidenza potesse essere utile per portare avanti il lavoro e i progetti per cui in questi anni sono stati fatti grandi sforzi. Ovviamente non parlo solo dei miei ma soprattutto di quelli proferiti da tutti coloro che hanno lavorato e lavorano quotidianamente nella nostra associazione con grande dedizione, quando necessario togliendo tempo alla propria attività professionale e agli interessi personali, con la speranza che i risultati ripaghino tale impegno.

Credo poi inoltre di avere espresso già dalla fase pre congressuale il mio forte intento di continuare il percorso di cambiamento dei quadri dirigenti nazionali".

Quali progettualità ha portato avanti nel corso di questo triennio?

"La stella polare è stata sempre l'affermazione della nostra professione e della sua utilita' sociale. Un impegno che ha visto l'AIFI in prima fila in una serie di battaglie che ho definito 'di civiltà' oltre che professionali perché hanno riportato nell'alveo della legalità l'istituzione delle nuove professioni sanitarie. L'ottimo livello



scientifico che la Fisioterapia ha raggiunto è una testimonianza dell'incredibile lavoro fatto con i colleghi durante il triennio; l'importanza che hanno assunto i GIS-AIFI (Gruppi di Interesse Specialistico) nella vita associativa e la collaborazione con le altre società scientifiche hanno contribuito al grande successo del Congresso scientifico di ottobre, che non a caso abbiamo definito l"expo della Fisioterapia". Sottolineo anche i 3 documenti associativi prodotti in questo triennio, che rappresentano un

importante punto di riferimento per i fisioterapisti, i cittadini e le istituzioni e che trattano temi quali 'Come accedere alla fisioterapia', 'Modelli organizzativi sostenibili' e 'Lo sviluppo delle competenze avanzate".





Nella sua agenda ci sono sicuramente molti progetti da realizzare. Da dove parte per questo suo secondo mandato?

"Il grande traguardo raggiunto nel 2017 dei 10.000 iscritti all'associazione è per noi la dimostrazione di quanto sia migliorato il livello dell'attività istituzionale svolta e dei servizi offerti ai soci in questi anni. Ma questa forte adesione aumenta la responsabilità nei confronti di colleghi e cittadini, dal momento che costituisce un forte mandato di rappresentanza. Continueremo quindi con impegno su questa strada, per promuovere a tutti i livelli la crescita culturale e scientifica della nostra professione.

Nei prossimi giorni sapremo poi finalmente se si concluderà l'iter parlamentare del DDL Lorenzin, che porta in sé l'istituzione degli ordini professionali per le 19 professioni sanitarie che ne sono ancora sprovviste tra cui quella del fisioterapista.

Se, come auspichiamo, dovesse esserci l'approvazione in legge saremo stati ripagati degli enormi sforzi che abbiamo fatto negli ultimi decenni ma, nel contempo, si aprirà una nuova stagione di attività, a livello nazionale e territoriale, per dare attuazione completa a questo fondamentale cambiamento.

Quale la mission in ambito nazionale che sarà adempiuta da tutti i fisioterapisti di Italia?

"Abbiamo già ricominciato, tutti insieme, a riprendere i discorsi avviati nella precedente avventura, in modo da puntare allo sviluppo della fisioterapia, al miglioramento della scienza e delle condizioni di salute dei cittadini. La consapevolezza della forza espressa dalle tante persone presenti all'ultimo Congresso di Roma e dalla loro voglia e capacità di migliorare mi dà la certezza che nei prossimi 3 anni raggiungeremo ancora altri importanti obiettivi".

Ogni Regione si muove in modo autonomo seguendo però le direttive nazionali. Quanto è importante il rapporto con i comparti regionali dei fisioterapisti? Nel caso dell'AIFI Puglia cosa vuol dire a tutti i colleghi?

"Il rapporto tra organismi centrali e territoriali è fondamentale per la reale riuscita delle politiche associative in quanto rappresenta un sistema di afferenze-efferenze senza cui ogni risultato rischia nella migliore delle ipotesi di rimanere incompiuto. Con i colleghi di Aifi Puglia il rapporto è sempre stato molto intenso e di proficua collaborazione sia nell'affrontare le criticità, quali ad esempio quelle che si sono presentate per l'accesso dei MFT all'Università di Foggia, sia per divulgare iniziative positive realizzate in Puglia ma sicuramente utili da intraprendere anche in altre regioni. Ai colleghi pugliesi, da sempre in prima linea anche a livello nazionale con ottimi dirigenti di assoluto valore per le politiche associative, rivolgo un caloroso ringraziamento per il loro impegno e una esortazione a continuare sempre su questa strada".









L'intervista al Presidente Nazionale, Mauro Tavarnelli é stata rilasciata il giorno della sua riconferma alla carica di presidente della nostra Associazione, in data 15 ottobre 2017. In seguito all'approvazione del DDL Lorenzin (22 dicembre u.s.), si rende necessario condividere le FAQ Frequently Asked Questions, realizzate dall'Ufficio di Presidenza Nazionale, che hanno fatto seguito alle numerose richieste di chiarimenti in merito.

APPROVATO IL DDL LORENZIN! E ORA? AIFI - FAQ FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Venerdì 22 dicembre 2017: una data storica per centinaia di migliaia di professionisti che da quasi vent'anni aspettavano l'istituzione di Albi e Ordini delle Professioni Sanitarie.

Avremo da subito un Albo dei Fisioterapisti? SI!

La novità più importante è l'istituzione di un albo per ognuna delle professioni sanitarie, tra cui l'albo dei Fisioterapisti, per cui è necessario un decreto ministeriale attuativo da emanare entro 90 giorni dalla pubblicazione della legge in Gazzetta Ufficiale.

In fase di prima applicazione l'Albo dei Fisioterapisti sarà istituitoall'interno dell'*Ordine dei "tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione*". Si tratta di un **Ordine "condominio"** dentro cui vi saranno 19 Albi, uno per ognuna delle professioni sanitarie fino ad oggi regolamentate ma non ordinate, mentre Infermieri e Ostetriche avranno fin da subito il

proprio Ordine come trasformazione degli attuali collegi.

Avremo anche un Ordine dei Fisioterapisti autonomo? SI, SARÀ POSSIBILE CHIEDERLO IN SECONDA ISTANZA.

Un emendamento dell'on. Carnevali, inserito alla Camera e contenuto come comma 9 lettera d) dell'art. 4 del testo approvato, prevede che"nel caso in cui il numero degli iscritti a un Albo sia superiore a cinquantamila unità, il rappresentante legale dell'albo può richiedere al Ministero della salute l'istituzione di un nuovo Ordine che assuma la denominazione corrispondente alla professione sanitaria svolta". Dalle stime fatte da AIFI in collaborazione con il





Ministero della Salute, i fisioterapisti in Italia sono più di 60.000; quindi è concreta la possibilità che l'Albo dei Fisioterapisti possa uscire dall'Ordine "condominio" e costituire un ordine a sé stante, l'Ordine dei Fisioterapisti.

Cosa cambia nell'immediato per l'esercizio professionale del Fisioterapista? NULLA!

Le norme che regolano l'esercizio della professione rimangono le stesse:

i titoli abilitanti all'esercizio, l'esame di Stato Universitario, l'obbligo ECM, la necessità di dotarsi dell'assicurazione professionale rimangono esattamente gli stessi.

Continuo a iscrivermi ad AIFI? SI, È ASSOLUTAMENTE UTILE E IMPOR-TANTE!

AIFI rimane l'Associazione rappresentativa con decreto ministeriale e continuerà l'azione istituzionale e politica a tutela e promozione della professione, garantendo tutte quelle azioni che porteranno alla istituzione del complesso sistema di Albi e Ordine: servirà un impegno molto strutturato che necessiterà ancora di un importante lavoro.

Il DDL dispone che entro 90 gg dalla data di entrata in vigore della legge, siano istituiti gli albi previsti, all'interno dell'ordine "condominio": in questi primi mesi dell'anno **AIFI deve contare sul sostegno associativo di tutti noi** per poter agire sulle forze politiche per non perdere ancora una volta questa occasione (ricordate che la legge 43/2006 di istituzione degli ordini non riuscì di fatto ad istituirli perché non furono emanati i decreti attuativi?).

Solo con il costante impegno diretto di tutti i dirigenti AIFI a livello nazionale e regionale, reso possibile dal sostegno che deriva dall'iscrizione dei soci, AIFI avrà ancora la forza di sostenere il processo di istituzione prima dell'ordine "condominio" e successivamente per avere un Ordine proprio dei Fisioterapisti.

Cosa cambierà concretamente per i Fisioterapisti con l'istituzione dell'Albo? MOLTO! In sintesi:

- maggiori strumenti (e risorse) a disposizione per la lotta contro l'abusivismo professionale che, combinato con l'inasprimento delle pene contro lo stesso reato previsto dall'art. 12 del DDL, contribuirà consistentemente alla riduzione o eliminazione di questa piaga;
- maggiori strumenti (e risorse) a disposizione per la promozione della Professione; sia verso i cittadini che verso le istituzioni, vista la presenza obbligatoria di rappresentanti degli Ordini in organi istituzionali come il Consiglio Superiore di Sanità
- maggiori strumenti (e risorse) a disposizione per la difesa della Professione; in particolare si potrà intervenire con maggiore forza su molti problemi del quotidiano come i fisioterapisti sottopagati da alcune strutture private, la deprivazione culturale in alcune aziende pubbliche, il mancato riconoscimento di docenze universitarie e il mancato rispetto di adeguati standard formativi in alcune università, l'immagine distorta e parziale della professione talvolta veicolata da alcuni media ...;

Sintetizzando in un motto, potremo dire che saremo "di più, più riconosciuti, più coesi e quindi più forti".

Cosa cambierà concretamente per i cittadini con l'istituzione dell'Albo e dell'Ordine? MOLTO!

- avranno a disposizione elenchi pubblici completi e ufficiali di chi è veramente fisioterapista. Quindi il cittadino potrà vedere direttamente sul sito dell'Albo chi è fisioterapista e chi no;
- avranno maggiore certezza di rispetto delle regole del Codice Deontologico da parte dei professionisti, che avrà valenza normativa per tutti i professionisti e le cui violazioni potranno essere oggetto di sanzioni disciplinari





interne all'Ordine:

 avranno neo-professionisti con livelli formativi maggiormente verificati e omogenei su tutto il livello nazionale, visto il maggior ruolo degli Ordini rispetto all'esame abilitante alla professione.

È vero che l'iscrizione all'Albo/Ordine sarà obbligatoria? VERO!

Ai fini dell'esercizio professionale l'iscrizione è resa obbligatoria dalla legge.

È vero che con il DDL sono istituite la professione di Osteopata e quella del Chiropratico? NO, NON È VERO.

A oggi **non è istituita** la figura né dell'osteopata né del chiropratico.

Tali figure sono solo state "individuate", cioè si è rilevato che esistono nel conteso italiano ma devono esserne definiti ambiti di attività e percorsi formativi.

Perché siano "istituite" servono infatti:

- 1. un parere tecnico-scientifico del Consiglio superiore di sanità, che dovrà considerare, tra l'altro, che "la definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni sanitarie avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse" come previsto dall'art. 6 comma 4 del DDL stesso;
- un accordo della Conferenza Stato Regioni in cui siano stabiliti l'ambito di attività e le funzioni caratterizzanti le professioni dell'osteopata e del chiropratico, i criteri di valutazione dell'esperienza professionale nonché i criteri per il riconoscimento dei titoli equipollenti;
- un decreto del MIUR, acquisito il parere del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, per definire l'ordinamento didattico della formazione universitaria in osteopatia e in chiropratica nonché gli eventuali percorsi formativi integrativi.

Per le tappe 2 e 3 sono previsti rispettivamente 3 mesi e 6 mesi.

Il DDL comporta una "sanatoria" per gli Osteopati? NO!

Osteopati e Chiropratici che non sono già in possesso di abilitazione ad un'altra professione sanitaria e che hanno frequentato solo scuole private, solo dopo l'attuazione del percorso istitutivo descritto nella precedente FAQ dovranno confrontarsi con "criteri di valutazione dell'esperienza professionale" che verranno fissati dall'accordo Stato Regioni.

AIFI è contraria all'osteopatia? Poteva presentare ricorso a questo DDL?

AIFI non è mai stata contraria al fatto che vi siano specializzazioni in tecniche osteopatiche ed ha ampiamente espresso il proprio posizionamento (https://aifi.net/wp-content/uploads/2014/05/POSITION-STATEMENT-AIFI-Osteopatia.pdf); ciò che AIFI ha sempre sostenuto è che il riconoscimento di nuove professioni sanitarie, ove necessario per il miglioramento della salute pubblica, debba avvenire ai sensi della norma esistente, la Legge 43/06.

Questo per garantire ai cittadini italiani equità di riconoscimento nei percorsi di studio e tutelare la salute ai cittadini. Il lavoro svolto in questi anni da AIFI in sede parlamentare, ben tracciato da vari atti prodotti ed inviati ufficialmente a tutte le forze politiche, pubblicati nei canali istituzionali associativi, ha fortemente contribuito a mantenere il DDL Lorenzin nell'alveo della legalità, portando la Camera dei Deputati alla revisione del testo approvato dal Senato a seguito di emendamenti che snaturavano le garanzie previste dalla legge e che stavano per affossare l'iter di istituzione degli Ordini professionali. Il testo approvato quindi dalla Camera e successivamente reso Legge dello stato dal Senato, ha rappresentato per AIFI la giusta garanzia istituzionale nell'istituzione di nuove professioni sanitarie. Per una migliore comprensione di quanto accaduto nella lunga gestazione del DDL suggeriamo di rileggere gli atti, i proponenti degli emendamenti e l'esito delle votazioni, da cui si evince quali forze politiche hanno sostenuto l'iter e quali hanno presentato i numerosi e diversi emendamenti: un professionista informato è un professionista maggiormente orientato.







CONGRESSO NAZIONALE 2017

REPORT

Dott. FT. Fabio Domenico Mazzeo, Vice Presidente AIFI Puglia



a Fisioterapia: opportunità nel cambiamento dei servizi per la Salute dei Cittadini": questo è stato il tema del Congresso Nazionale A.I.FI. che si é tenuto dal 13 al 15 settembre presso l'Hotel

Capannelle a Roma.

Il Congresso si è aperto venerdì pomeriggio, erano presenti circa 350 delegati provenienti da tutte le regioni italiane, con una Tavola Rotonda alla quale sono stati invitati a partecipare i Rappresentanti di FISH, CITTADINANZATTIVA, GIMBE, Regione Lazio, Ministero della Salute, Ministero dell'Università, Commissione salute Conferenza Stato-Regioni e FIMMG.

L'A.I.FI. Puglia ha partecipato con 12 delegati eletti in occasione del congresso regionale del 27 maggio u.s.

Tanti gli argomenti e i contributi istituzionali che hanno arricchito la tavola rotonda: dalla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale alle criticità dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), fino all'accesso alla professione, ai corsi di studio e alle garanzie per la salute dei cittadini, passando per la sanità territoriale.

Al centro la figura del fisioterapista, con importanti rassicurazioni giunte dai ministeri della Salute e dell'Istruzione.

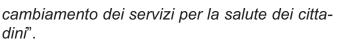
Il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, attraverso un messaggio, ha manifestato il suo apprezzamento per l'iniziativa ed ha dichiarato che "il Congresso Nazionale 2017 dell'A.I.Fl. rappresenta un'importante occasione di confronto per rappresentanti istituzionali e organizzazioni di cittadini sulle opportunità' di disegnare e condividere nuovi modelli organizzativi per il











Il Presidente GIMBE, Nino Cartabellotta, presentando il Secondo Rapporto sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ha ribadito le critiche ai nuovi LEA approvati a inizio anno.

Rossana Ugenti, direttrice del Dipartimento Professioni Sanitarie del Ministero della Salute, ha spiegato come "nel nostro Paese stanno cercando di entrare figure che si presentano come fisioterapisti con corsi di Laurea seguiti all'estero ma che nel percorso formativo effettuano il tirocinio in strutture non meglio qualificate e che non rispondono alla normativa vigente" e ha garantito che il Ministero sta bloccando queste figure a tutela della nostra professione e dei cittadini.

Pietro Barbieri, coordinatore del Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Disabilità del Ministero delle Politiche sociali, ha affrontato le problematiche della riabilitazione affermando che "il sistema non è cambiato negli ultimi anni, perché la riabilitazione è stata confinata in parametri definiti che sono sfuggiti di mano e che vanno regolamentati".

Il Presidente della Commissione Regionale Sanità, Rodolfo Lena, ha affrontato il tema della sanità territoriale, presentando l'esperienza della Regione Lazio delle "Case della Salute" e ha accolto favorevolmente la provocazione del Presidente Tavarnelli di inserire anche i fisioterapisti tra i professionisti a disposizione dei cittadini.



Inoltre, ha dichiarato che dopo le nomine per la dirigenza infermieristica arriveranno quelle per i professionisti sanitari della riabilitazione.

Sabrina Nardi, direttore Coordinamento Nazionale delle Associazioni di malati cronici di







Cittadinanzattiva, ha riportato come "il peso dei ticket e le liste d'attesa sono uno dei problemi più grossi che vengono segnalati dai cittadini per l'accesso alle cure. A questi si aggiunge l'onere burocratico del pingpong tra i medici, che costringe i cittadini a vivere per la malattia. Esiste un problema di accesso alla riabilitazione e alla fisioterapia, per tutti i setting assistenziali".

Infine, Paola Folli, neodirigente dell'Ufficio Accesso programmato delle professioni presso il Ministero dell'Università, si è impegnata a mettere in campo azioni di tutela per la categoria.

Il Congresso Nazionale A.I.FI. è proseguito sabato con la presentazione, discussione e votazione delle modifiche allo Statuto Nazionale; la presentazione, discussione e votazione delle Mozioni Congressuali e si è concluso domenica con la votazione ed elezione delle nuove cariche elettive.

E' stato riconfermato alla guida dell'Associazione, per i prossimi tre anni, il Presidente Mauro Tavarnelli che sarà affiancato dai consiglieri eletti Simone Cecchetto, Donato Lancellotti, Patrizia





Galantini, Francesco Ballardin, Paola Pirocca e Roberto Marcovich.

Infine, il Congresso ha eletto anche il Collegio dei Revisori dei Conti (Vincenzo Pedalino, Mario Donadi e Alessandra Amici in carica, Maria Rosaria Montanino e Carla Silvana Zucconi supplenti) e il Collegio dei Probiviri (Vincenzo Ziulu, Antonio Summa, Brunella Padovan, Anna Maria Dell'Eva e Mariagloria Ferrari).





CONSIDERAZIONI

IL MIO PRIMO CONGRESSO NAZIONALE AIFI

Dott. Ft. Maselli F. PT BSc, MSc, PhD student DINOGMI, Lecturer Master RDM Università degli Studi di Genova, Presidente Nazionale del GTM

ome citano diversi romanzi, poesie, racconti, "il primo bacio non si scorda mai". E' solo



quando provi emozioni così forti che comprendi appieno il significato di questa espressione. La scienza, ad oggi, ha confermato che non dimentichiamo tali ricordi, legati a forti emozioni,, a causa di un mec-

canismo speciale e molto particolare di memorizzazione che si innesca fra le cellule del sistema nervoso, e che non si limita a creare solo delle connessioni temporanee fra neuroni, ma addirittura a modificare per sempre la materia grigia!

Il DNA dei neuroni dell'ippocampo, in occasione di tali eventi emozionali, codifica un messaggio per le sue cellule tale da poter fissare quel ricordo in maniera indelebile. In tal caso, proteine che potenziano questa memorizzazione vengono sintetizzate in enormi quantità e, di contro, i geni che sintetizzano le proteine che inibiscono la memorizzazione vengono spenti del tutto, grazie ad un processo detto di metilazione del DNA. Non so se tutto questo complesso meccanismo sia alla base del ricordo indelebile del mio "primo congresso nazionale AIFI", ma quello che so è sicuramente che è stato un evento che rimarrà per moltissimo tempo nella mia memoria.

Essere presente in veste di delegato della mia regione, poterla rappresentare, poter rappresentare la nostra professione, in un contesto così vivo, dinamico, produttivo è stata sicuramente una delle esperienze professionali più intense della mia carriera. Condividere con tantissimi colleghi parte di un processo di crescita è stato davvero incredibile! Solo dall'interno di questo processo si possono apprezzare l'ardore, la passione, il lavoro e l'impegno che tutti i colleghi profondono al fine di migliorare il nostro futuro, il futuro della professione. Spero di poter modificare nuovamente per sempre i miei neuroni, grazie ad altri pezzi di vita associativa. Grazie AIFI Puglia.

EMOZIONI DI UN DELEGATO ALLA SUA PRIMA ESPERIENZA

Dott.ssa Ft. Grazia Cisternino, Responsabile AIFI Provincia di Foggia



oma un luogo fondato su un profondo senso dell'onore e sulla eternità di ciò che è sinonimo di valore questo è il luogo scelto per il Congresso Nazionale A.I.FI. 2017 al quale ho potuto partecipare come

membro della delegazione pugliese con la sensazione che il futuro della professione dipendesse da quella assemblea.

Con la delegazione composta da 13 delegati ci si inizia ad organizzare già dai dieci girni antecenenti all'evento, coordinati dal nostro Presidente Claudia Pati che con enorme senso del dovere ha partecipato al Congresso nonostante la febbre.

Ci siamo! La mattina del 13 Ottobre in gruppi separati per zona ci dirigiamo verso Roma e più precisamente all'hotel Capannelle, una galleria d'arte a cielo aperto, nei pressi dell'Appia Antica.

Appena arrivati ci registriamo e ci consegnano gli strumenti per la votazione ed elezione delle cariche elettive, organizzati per la prima volta con sistemi informatici come se il futuro si unisse al passato. Ho anche il piacere di ricevere in regalo la maglia del GIS pediatrico. Fin da subito si comprende che i ritmi sarebbero stati serrati tanto che appena arrivati i capi delegazione prendono parte al primo dei molteplici incontri.

Intorno alle 17 si iniziano i lavori con i saluti e la composizione dell'Ufficio di Presidenza del Congresso e Commissione. Viene poi fatta la presentazione del Congresso e ogni rappresentante invitato ha il suo momento per salutare e relazionare si ha anche la proiezione del video della campagna "le mani giuste".

Nell'attesa della cena sociale insieme ad un collega constatiamo con piacere la presenza di una vasta presenza di delegati giovani segno che A.I.FI sta crescendo e crea interesse. In seconda giornata si inizia con la relazione del Presidente Nazionale Tavernelli a cui seguono i report dell'Ufficio di Presidenza Nazionale, del Collegio dei Probiviri e dei Revisori dei Conti. Il lavoro fatto è davvero tanto: il percorso per racciungere l'istituzione degli ordini professionali; il tavolo delle





malattie reumatiche con la produzione di un relativo documento; il tavolo sulle cronicità (BPCO-PARKINSON-REUMATOLOGIA....) per produrre dei documenti per la conferenza Stato-Regioni; i nuovi LEA e l'attesa del nuovo nomenclatore tariffario; una piattaforma sindacale per le professioni sanitarie progetto portato avanti da CONAPS con A.I.FI., dai collegi e dalle OO.SS.; l'equivalenza dei titoli dei massofisioterapisti; il coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionaleed organizzazione degli operatori; i titoli dell'Università di Tirana e tanti altri argomenti di eguale importanza.

Il pomeriggio risulta intenso poichè si procede alla presentazione, discussione e votazione delle modifiche allo Statuto e tra queste il passaggio da 10 a 7 membri dell'Ufficio di Presidenza modifica che risulta importante per la votazione del giorno dopo. Seguono la presentazione, discussione e votazione delle Mozioni Congressuali che risultano numerose segno di vivacità delle menti che le hanno elaborate ma anche simbolo del tanto lavoro deve ancora esser fatto.

Si apre la presentazione scritta delle candidature da terminare entro la mattina del 15.

L'appuntamento successivo è quello della cena di gala. Saliamo su vari bus per raggiungere il luogo scelto per la cena, la strada è un po' stretta tanto che in una svolta i maschietti del bus scendono per spostare le macchine mal parcheggiate e permetterci di proseguire. Arriviamo in una villa antica dalla quale si gode di una stupenda visuale e ceniamo in sale con delle decorazioni stupende. Seguono momenti divertenti fra i quali un trenino e una canzoncina per ogni regione prima della foto.

Nel rientro in bus un viandante ci intrattiene descrivendo i nostri caratteri in base ai segni zodiacali e creando delle coppie ideali in base agli stessi. Al rientro tutti a dormire perchè ci aspetta un'altra importante giornata.

Giungiamo all'ultima giornata con la pubblicazione e presentazione delle candidature.La scelta è difficile perchè tutti si dimostrano capaci e volenterosi ma il voto è stato comunque ben ponderato. Ovviamente un po' d'orgoglio pugliese mi spinge a sperare per i nostri colleghi regionali.

Nell'attesa dell'elaborazione dei voti ascoltiamo la relazione del Presidente del Congresso Rosario Fiolo e un momento conviviale con un collega ma anche cantastorie che narra la storia di un noto personaggio e del suo percorso riabilitativo.

Arriva finalmente il momento della presentazione delle nuove cariche associative. Sono tutti grandi uomini e donne eletti per creare qualcosa di grande.

Il nuovo Presidente è Tavarnelli che in collaborazione con gli altri colleghi porterà la professione verso il futuro.

PENSIERI E PAROLE DI UN DELEGATO ALLA PRIMA ESPERIENZA

Dott.ssa Ft. Antonella D'Aversa, GIS Riabilitazione Pediatrica



Due giornate dedicate all'aspetto più politico e burocratico dell'Associazione, due giornate dedicate all'Associazione, quella costituita dai fisioterapisti che si dedicano, oltre che alla clinica,

all'aspetto più formale e forse insidioso dell'essere all'interno di un'entità quale l'Associazione è, due giornate in cui i fisioterapisti delegati delle varie regionisi sono ritrovati a discutere e votare il futuro della professione.

Per la prima volta, anche io mi sono ritrovata "delegata", rappresentante e portavoce, assieme agli altri colleghipresenti, di tutti i fisioterapisti della mia regione, e, devo ammetterlo, mi sono sentitainvestita di un ruolo di responsabilità nei confronti dei colleghi che hanno scelto di appar-

tenere ad una grande famiglia chiamata AIFI ma anche di quei colleghi che ad AIFI hanno scelto di non appartenere. Perché le decisioni prese sono quelle che potrebbero cambiare il futuro della categoria intera, di tutti i colleghi che amano profondamente la professione e investono quotidianamente testa, mani e cuore per il bene dell'altro, a prescindere dalla loro appartenenza.

Per questo, ho vissuto come estremamente emozionante il momento della votazione delle mozioni congressuali, senza nulla togliere al resto del Congresso, come momento di incontro, scambio e confronto continuo con i colleghi delle altre Regioni a proposito di iniziative, esperienze, pregi e difetti dell'essere fisioterapista nei diversi territori d'Italia.







UN ANNO CHE VALE 20: BUON COMPLEANNO GTM XV CONGRESSO GTM-AIFI

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





Come ogni festa che si rispetti le celebrazioni avvengono dopo intensi mesi di idee, progetti, aspettative, cambi di programma e programmazione. Per rendere speciale il compleanno del GTM,

il GIS AIFI in Terapia Manuale, nell'anno del suo ventennale dalla data della fondazione, è stato scelto di dare vita al 15° congresso nazionale del GTM presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Brescia. Un momento storico, in cui la collaborazione tra Università e GTM ha potuto rendere omaggio alla Clinica ed alla Ricerca, mettendo al servizio dei discenti la teoria e la pratica, il sapere il saper fare ed il saper essere: principi cardine della EvidenceBasedPractice.

È così che nasce "KNOWLEDGE IN MANUAL THERAPY – ClinicalPracticemeets the Research". Un progetto fortemente voluto dal direttivo nazionale GTM e dal presidente Nazionale del GTM dott. Filippo Maselli. La presidenza del Congresso Nazionale si riconosce nei nomi del Prof. Stefano Negrini, e del dott. FirasMourad.

Nelle giornate del 23 e 24 Settembreoltre 250 iscritti hanno potuto toccare con mano quello che è stato il proposito del congresso: trovare il giusto compromesso fra come "costruire" le migliori evidenze e prove di efficacia, come analizzarle, impiegarle ed integrarle nell'agire quotidiano, cercando di mantenere sempre il corretto equilibrio che l'efficacia clinica impone fra le migliori evidenze disponibili.

La giornata congressuale del 24 Settembre è stata preceduta dalle due attività di Workshop organizzate dal GTM e proposte agli iscritti. La prima proposta "Nuove acquisizione nella gestione dei Disordini Muscoloscheletrici dell'arto inferiore" ha preso in carico due differenti tematiche dell'arto inferiore:

- A: "Nuove acquisizioni nella biomeccanica del piede e nella gestione delle tendinopatie del piede" (Dott. Marcello Girardini e dott. Davide B. Albertoni)
- B: "La gestione conservativa del dolore femoro-rotuleo" (Dott. Samuele Passigli e dott. Andrea Raschi)

La seconda proposta "Recenti orientamenti nella gestione dei Disordini Muscoloscheletrici del rachide" ha preso in carico due differenti tematiche del complesso rachideo":

- C: "Management dei disturbi post traumatici del rachide cervicale in Pronto Soccorso: un nuovo modello integrato" (dott. FirasMourad, dott. Massimiliano Gobbo, dott. Alberto Patuzzo)
- D: "Low Back Pain: applicazione delle nuove linee guida nella pratica clinica"

Al via della giornata congressuale del 24 Settembre, la prima sessioni dei lavori "THE IM-PORTANCE OF THE EVIDENCE IMPLEMENTATION IN CLINICAL PRACTICE, moderata dal dott. Guido Frosi, dott. Davide Albertoni, dott. Filippo Maselli e dott. Massimiliano Gobbo," è stata onorata dalla lezione magistrale del prof. Stefano Negrini "Cochrane ed il suo contributo per migliorare l'approccio clinico in riabilitazione".





La Riabilitazione, la fisioterapia e la ricerca accomunano i presenti al 15° Congresso nazionale GTM, ed il momento associativo in cui l'incontro diventa concreto, reale, può essere riassunto nell'Assemblea Nazionale GTM: momento in cui il direttivo eletto per il triennio 2017-2019 può portare ai propri soci il frutto del lavoro dell'anno appena trascorso.

Presentati dal presidente dott. Filippo Maselli i percorsi progettuali messi in atto e da realizzare durante il mandato:

- Potenziamento dell'associazione: OLTRE 430 SOCI GTM!
- Nuova Brand Identity Associativa e NUO-VA tessera associativa
- GTM Accademy, per la diffusione e informazione per colleghi e studenti della specializzazione in Terapia Manuale e Riabilitazione dei disordini muscoloscheletrici, su tutto il territorio nazionale
- GTM GraduationDay, per offrire ai soci che terminano con successo il percorso di specializzazione in Terapia Manuale presso una delle Università Italiane monitorate dal GTM il NUOVO titolo di OMPT (OrthopaedicManipulativePhysicalTherapist)
- GTM in collaborazione con società scientifiche italiane che si occupano di formazione e ricerca, ha partecipato a eventi di spessore culturale come: Congresso Scientifico Nazionale AIFI del 15 e 16 Ottobre a Roma "TherapeuticExercise: foundations, evidences and clinicalre-

asoning in physiotherapypractice"& relativo corso satellite "TREATMENT OF CHRONIC MUSCULOSKELETAL PAIN", Congresso GIS-SPORT 2017, Congressi Regionali in collaborazione con le AIFI Regionali,

- GTM C.Or.E. per premiare e riconoscere valore ai soci che si sono particolarmente distinti per il proprio lavoro ed apporto scientifico, formativo nel campo della Fisioterapia con specializzazione in Terapia Manuale.
- GTM Crowdfunding, permette attraverso una libera donazione dai parte dei soci di garantire la realizzazione di una borsa di studio/progetti a favore di soci particolarmente meritevoli o per associazioni benefiche (progetto in definizione)

Referente internazionale del GTM è il dott. FirasMourad, in quanto responsabile dei rapporti con IFOMPT, co-responsabile del monitoraggio dei percorsi Universitari post-laurea Italiani che offrono la Specializzazione in Terapia Manuale ha provveduto a sottolineare questi aspetti durante la relazione dell'Ufficio Vicepresidenza.

L'Ufficio Formazione presente con dott. Fabrizio Brindisino ha esplicato quali sono stati gli impegni, in termini temporali e numerici del GTM durante l'anno associativo che si sta per concludere. Il direttivo ed alcuni delegati hanno preso parte a:

- 6 eventi in sei differenti regioni italiane per GTM Accademy;
- 16 collaborazioni in eventi nazionali con AIFI Regionali, società di medicina e ASL; Internazionali come ad esempio "2nd GI-







SPT International Congerence: Advances in sport rehabilitation, clinicalreasoning and practice" o il "1st middle eastOrthopaedic Manual TherapyCongress 2018" in Egitto.

- 2 GraduationDay per la consegna del titolo OMPT ad oltre 150 colleghi
- Webinar per la trasmissione gratuita, in via sperimentale, del 15° Congresso Nazionale GTM

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, col dott. Denis Pennella ha riportato la crescita delle strategie comunicative e del soddisfacimento delle esigenze dei soci: fattori che hanno potuto contribuire alla crescita del GTM sino al raggiungimento di oltre 430 Soci. Grazie alle piattaforme Social quali Facebook, Youtube, la novità Instagram @gtm.aifi, l'invio di Newsletter MailChimp, la pubblicazione su riviste di categoria, gli eventi hanno potuto raggiungere il maggior numero possibile di professionisti interessati alla Riabilitazione e alla Terapia Manuale. Il nuovo sito web, a breve on-line, è stato presentato dal dott. Mattia Bisconti: coerente alla nuova Brand Identity del GTM, il nuovo portale vuole essere più responsivo e di semplice utilizzo per offrire sempre più servizi in maniera intuitiva ed immediata ai soci GTM.

Il dott. Fabio Cataldi ha portato alla luce quali sono state le attività economiche del GTM, dichiarando entrate ed uscite che il Gruppo ha dovuto sostenere nel corso dell'anno. Un bilancio positivo grazie alla forte partecipazione dei soci alle attività proposte dal GTM, aumento del numero degli associati che passano da 250 circa ad oltre 430 ecc.

Il GTM è fiero di conferire al pastpresident del Gruppo di Terapia Manuale, dott. Davide B. Albertoni, il titolo di Socio Onorario per l'incommensurabile impegno e passione che hanno distinto il suo operato negli ultimi sei anni di presidenza. L'attività Congressuale scientifica riprende presentando la dott.ssa Francesca Bonetti ed il lavoro su "L'utilità dei case Report in Terapia Manuale".

Il dott. FirasMourad segue con "Basilarimpressionpresentingasintermittentmechanicalneckpain: a case report".

"L'importanza degli studi di accuratezza diagnostica e delle clinicalpredictionrules in terapia manuale" è a cura del dott. Francesco Serafini. Il dott. Fabio Cataldi ha presentato un caso clinico: "Hin Bone Marrow Edema presentingas! ow

co: "Hip Bone Marrow Edema presentingasLow Back Pain: a case Report".

"Il criticalApprisal degli RCT in Terapia Manuale" è presentato dal dott. Aldo Ciuro.

A seguire, il dott. Marco Segat si interroga "Is the PatellarPubicPercussion Test (PPPT) useful to diagnoseonlyfemurfractures or something else? Two case reports".

Al termine del Lunch Break offerto dal GTM si apre la seconda sessione, moderata da prof. Stefano Negrini, dott. FirasMourad, dott.ssa Francesca Bonetti e dott. Aldo Ciuro.

Il dott. Massimiliano Gobbo riapre i lavori con "Linee Guida: traslazione delle conoscenze nella pratica clinica". Un case report è stato presentato dal dott. Fabrizio Brindisino "Management of massive rotator cufftear in patientwaiting for arthroplasty: a case report".

La dott.ssa Michela Bozzolandiscute su "La ricerca qualitativa in terapia manuale".

Segue il dott. Michele Margelli con "Management del rachide toracico: neuroscienze e terapia manuale, una reale opportunità di integrazione. A case report". "ResearchAnalisys su questionari dei disturbi muscoloscheletrici" del dott. Daniele Piscitelli prende in analisi gli strumenti di misura e valutazione e la loro applicabilità ed efficacia.

La dott.ssa Carlotta Viti ed il suo apporto scientifico con "Lateralizzazione ed emozioni di base: una nuova sfida nella gestione del paziente con dolore cranio-facciale e disfunzione craniomandibolare: a case report" hanno chiuso la seconda sessione del congresso.

La chiusura dei lavori ed il saluto delle autorità hanno spento i riflettori su un evento che ha consegnato alla comunità presente un bagaglio ricco di passione, cultura, ricerca e professionalità. Una festa che ha avuto il sapore della scienza e della condivisione, della volontà e del movimento culturale, della partecipazione.

Fiduciosi di vedere una partecipazione ancora più numerosa al prossimo 16° congresso nazionale GTM, che con molta probabilità vedrà coinvolta una città del Sud Italia.non possiamo non ringraziare chiunque contribuisca alla valorizzazione della professione e si unisca ai progetti ed agli obiettivi che il GTM persegue.





PILLOLE DI LETTERATURA

Dott. Ft Denis Pennella, Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Studi Professionali a Bari e Taranto

Dott. Ft Fabrizio Brindisino, Docente Master in TMAF Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, Direttivo Nazionale GTM, Studi Professionali a Lecce





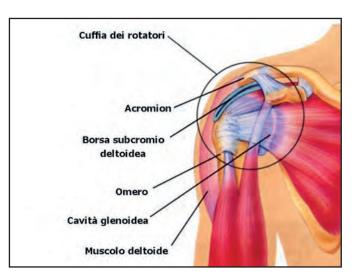
a selezione degli articoli di questo numero riguarda un capitolo della riabilitazione che negli ultimi anni sta subendo una

vera e propria rivoluzione scientifico-culturale. Se è vero che con l'avvento del modello biopsicosociale è stata gradualmente abbandonata la visione unidirezionale della "struttura" come responsabile di tutti i problemi di dolore e funzione del paziente, è anche vero che la spalla riveste una posizione particolare. È un'articolazione che non può dimenticarsi della biologia ma è anche causa di grandi disabilità e, conseguentemente, di significative implicazioni di natura psico-sociale. D'ogni modo, la letteratura fino ad oggi ha prodotto solide evidenze che possono aiutare il clinico a gestire il complesso mondo della patologia di spalla. E per rispondere ad un quesito fondamentale, che attanaglia ogni professionista della riabilitazione, in un campo dove tanti studi hanno detto tutto ma anche il contrario di tutto, ricorriamo a tre revisioni che hanno indagato alcuni aspetti della patologia e della biologia della spalla al fine di giungere ad una possibile linea da seguire, avallata da solidità scientifica, per "scommettere" se un paziente sia un candidato ideale per la terapia conservativa o per quella chirurgica.

Abdul-Wahab TA, Betancourt JP, Hassan F, Thani SA, Choueiri H, Jain NB, Malanga GA, Murrell WD, Prasad A, Verborgt O. Initial treatment of completerotator cuff tear and transition to surgical treatment: systematic review of the evidence. Muscles Ligaments Tendons J. 2016 May 19;6(1)35-47.

Gli scopi di questa revisione sistematica di 11 studi inclusi sono stati molteplici.

Innanzitutto si è cercato di ottenere informazioni e valutare la letteratura pubblicata riguardo l'impatto degli interventi non chirurgici sulla storia naturale delle lesioni alla cuffia dei rotatori;



sono stati indagati i fattori di rischio di progressione delle lesionidella cuffia dei rotatori e l'impatto che queste possono avere sulle attivitàdi vita quotidiana del paziente; infine si è cercato di definire i rischi dei trattamenti non chirurgici nel management di tali pazienti e costruire criteri solidi su cui impostare delle raccomandazioni rispetto alla scelta dell'intervento chirurgico di riparazione in chi ha già eseguito terapia conservativa.

Sfortunatamente non sono emerse chiare indicazioni rispetto alla progressione di trattamento da conservativo a chirurgico, anche se le indicazioni di massima che farebbero pensare che un soggetto debba abbandonare il trattamento conservativo in favore di uno più appropriato, chirurgico, trovano riscontro in alcune sottocategorie di pazienti:

- il paziente che non "crede" alla fisioterapia, ovvero non è compilante e aderente al trattamento proposto;
- in caso di lesioni traumatiche;
- nelle lesioni a tutto spessore sintomatiche il cui trattamento riabilitativo si è dimostrato inefficace per almeno 6 settimane;
- nei pazienti che richiedono abilità ad alto impatto funzionale in posizioni overhead (oltre la testa) e in soggetti con disabilità funzionale e debolezza molto marcate.







Vincent K, Leboeuf-Yde C, Gagey O. Are degenerative rotator cuff disorders acause of shoulder pain? Comparison of prevalence of degenerative rotator cuffdisease to prevalence of nontraumatic shoulder pain through three systematic and critical reviews. J Shoulder Elbow Surg. 2017 May;26(5):766-773

In questo studio sono state eseguite 3 revisioni sistematiche e critiche per rispondere ai seguenti quesiti:

- quale è la prevalenza delle lesioni degenerative della cuffia dei rotatori nei cadaveri?
- Quale è la prevalenza delle lesioni degenerative della cuffia dei rotatori nella popolazione generale?
- Quale è la prevalenza del dolore di spalla, di origine non traumatica, nella popolazione generale?

Attraverso l'analisi dei dati delle tre revisioni selezionate dagli autori emerge chiaramente che il dolore di spalla, di origine non traumatica, non è correlato alla sola degenerazione della cuffia dei rotatori, ma a fattori esterni e concomitanti, direttamente legati allo stile di vita dei soggetti. Si evince, tuttavia, che la degenerazione tissutale ed il dolore riferito disegnano due curve sovrapponibili nella popolazione che pratica sport, come se lo stesso fosse un fattore di rischio per sviluppare dolore, come facilmente intuibile se pensiamo ai carichi e ai traumi cui sono sottoposti i soggetti. I dati sulla prevalenza del dolore di spalla di origine non traumatica, di fatti, si riducono, nella popolazione in età pensionabile, che non è dedita ad attività lavorative e sportive intense.

Russell RD, Knight JR, Mulligan E, Khazzam MS. Structural integrity after rotator cuff repair does not correlate with patient function and pain: a meta-analysis. J Bone Joint Surg Am. 2014 Feb 19;96(4):265-71.

Gli autori hanno eseguito una metanalisi per comparare i risultati provenienti da scale di valutazione clinica a quelli provenienti dalle immagini di risonanza magnetica dei pazienti operati di riparazione della cuffia dei rotatori. Al follow up venivano somministrate CONSTANT SCORE, UCLA, ASES, VAS, tutte scale di valu-

tazione che mirano a dare un punteggio riguardante la monitorizzazione di funzione, dolore e forza dell'articolazione della spalla, più una valutazione della forza con misurazione DINA-MOMETRICA, anche in posizioni specifiche. In base ai risultati acquisiti dalle immagini di RMN, i pazienti del braccio controllo si dividevano in chi non dimostrava una ri-lesione ed in chi mostrava segni di una nuova lesione strutturale a tutto spessore della cuffia dei rotatori.

I risultati estrapolati dalle scale di valutazione funzionali mostravano miglioramenti per tutti i pazienti, ma i punteggi erano migliori nella popolazione di chi non aveva contratto una rilesione della cuffia dei rotatori, pur senza raggiungere significatività statistica.

Ciò che inequivocabilmente si evince dai risultati di questo studio, è che i pazienti con un successo strutturale della riparazione mostrano una forza maggiore dei pazienti con un fallimento della riparazione. Dai risultati di questa metanalisi quindi si deduce che se il bisogno del paziente è guadagnare forza, probabilmente questi sarà un paziente da indirizzare verso il trattamento chirurgico; ma si evidenzia anche che un trattamento conservativo basato sulle evidenze disponibili, conferisce al paziente miglioramenti funzionali accettabili, documentabili con scale di valutazione validate, anche in presenza di una recidiva di lesione strutturale.

Dall'analisi di questi studi emergono dei risultati che sfidano e mettono in discussione molti "ipse dixit" con cui spesso bisogna confrontarsi, anche a livello interdisciplinare.

Il fisioterapista, soprattutto in regime libero professionale, si trova a prendere in carico in accesso diretto il paziente con lesione di cuffia dei rotatori e spalla dolorosa. Questa breve analisi della letteratura conferisce i limiti e i caratteri entro i quali un paziente deve potersi collocare per essere il candidato ideale ad un trattamento conservativo o chirurgico. Responsabilità di un fisioterapista è quella di avvicinarsi quanto piu è possibile al NNT (number needed to treat) e cioè dovrebbe sapere come poter conferire al paziente il miglior trattamento per quella sua specifica condizione, nel numero minore e adeguato di tempo e visite: a volte il miglior trattamento non è riabilitativo, bensì chirurgico, ed





il fisioterappista ha la responsabulita di riconoscere i criteri utili per un simile discrimine.

Nel trattamento riabilitativo di tali pazienti inoltre, bisognerebbe aver chiaro che molto spesso la lesione di cuffia non è che il substrato su cui trova terreno fertile l'instaurarsi della spalla dolorosa. Non c'è sempre corrispondenza diretta tra lesione e dolore del paziente, anzi molto spesso ci si trova di fronte ad uno squilibrio tra carico e capacità di carico, in questo caso, dell'intero distretto spalla. Una cuffia decondizionata infatti, e non per forza lesa o degenerata, può ugualmente essere foriera di stimoli a cui la corteccia risponde con un dolore, a volte solo perche tali input vengono introiettati come spropositati rispetto ad una capacita di carico non congrua. Tra l'altro, quest'ultima è una situazione che molto spesso ci si trova a dover gestire anche nel trattamento conservativo di altri distretti; bisognerebbe, anziché cercare di essere degli ottimi manager dell'attività del nostro paziente, abbattere il sintomo dolore e/o la perdita della funzione, a seconda del caso particolare, con delle procedure più o meno specifiche, per aumentare la capacità, la robustezza e l'abilita dell'intero sistema neuro-muscoloscheletrico. In qualità di clinici non abbiamo infatti nè la capacità nè l'ambizione di riparare le lesioni tendinee, bensì la comprovata sicurezza di saper e poter gestire i sintomi del nostro paziente, anche in presenza di un perpetuante gap strutturale che, altresì, spesso non influenza la percezione dolorosa dell'imput, ma solo la produzione di forza. Nessun timore, quindi, nel prendere in carico e nel trattare un paziente con spalla dolorosa anche in presenza di una lesione tendinea: la preparazione ontopic e l'eventuale interazione interdisciplinare con altri professionisti possono fare in modo di renderci capaci di offrire il miglior trattamento basato sull'evidenza scientifica per il problema del nostro paziente, in quello specifico momento, con quegli specifici tratti biologici e psicosociali, che non dobbiamo dimenticare mai per il ruolo tutt'altro che secondario che rivestono nell'esacrebazione e nella gestione del dolore del paziente.

L'appuntamento è per il prossimo numero della rivista, per approfondire altri argomenti di interesse riabilitativo; la Redazione è sempre disponibile al confronto diretto attraverso i nostri canali ufficiali.







PREMIO MIGLIOR TESI AIFI PUGLIA 2017

PROVE DI EFFICACIA SULL'UTILIZZO DEGLI AUSILI NELLA PREVENZIONE DEI DISTURBI MUSCOLOSCHELETRICI CORRELATI AL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI

2º Classificato Simone Chianura

INTRODUCTION

Per movimentazione manuale dei carichi "s'intende qualsiasi attività che comportioperazioni di trasposto o di sostegno di un carico per opera di uno o più lavoratori". La definizione è tratta dall'articolo 167 del D. Lgs. 81/08, conosciuto anche come "Testo Unico dellaSicurezza".

Tra le azioni di movimentazione ci sono il sollevare, il deporre, lo spingere, il tirare, il portare, lo spostare un carico, il quale può essere inanimato o animato. In quest'ultimocaso si fa riferimento alla movimentazione manuale dei pazienti (MMP) e chi è esposto a MMP è il personale sanitario composto da fisioterapisti, infermieri, terapisti occupazionali e personaleausiliario.

La MMP può essere causa di disturbi muscoloscheletrici (DMS) prevalentemente a carico di rachide e spalla. Nel primo caso il principale DMS è rappresentato dal Low Back Pain con limitazione funzionale e sintomatologia algica in corrispondenza del rachide lombare, il più delle volte a causa di ernie discali. Nel secondo caso si parla di DMS dell'articolazione scapolo-omerale, dovuti a movimenti ripetuti: qui le degenerazioni principali sono lesioni a carico dei muscoli della cuffia dei rotatori (il più interessato dei quali è il tendine del sovraspinoso), la sindrome da conflitto o impingement con conseguenti degenerazioni artrosiche, osteofitosi e borsitisubacromiali.

Le motivazioni alla base di questo progetto sono relative alla crescente incidenza dei disturbi muscoloscheletrici correlati al rischio da MMP. L'obiettivo dell' elaborato è quindi quello di fornire linee guida per la pratica professionale in ambito sanitario dimostrando e quantificando l'efficacia degli ausili nella MMP considerando i requisiti ergonomici delle attrezzature stesse.

MATERIALS AND METHOD

A partire dagli anni '80 sono stati pubblicati numerosi lavori scientifici relativi alle strategie di prevenzione primaria per ridurre il sovraccarico biomeccanico dovuto a MMP. Le fonti esplorate per

la ricerca degli articoli scientifici sono state principalmente le banche dati di PubMed, Cochrane, Pedro, ClinicalEvidence e UpToDate.

Uno studio effettuato da Nachemson (1964) ha dimostrato la variazione di pressione intradiscale nelle diverse posture: un'alta pressione sul disco intervertebrale si ha stando seduti con il tronco proiettato in avanti, mentre una pressione minore la si registra da supini.

La postura più corretta è quella che comporta il minor dispendio energetico ed è influenzata da fattori biomeccanici. La flessione eccessiva del rachide (>45°) e le rotazioni e inclinazioni (> 20°) sono correlate ai rischi da posture incongrue. Questi ultimi possono derivareda:

- prolungata contrazione muscolare isometrica;
- fissità articolarevertebrale;
- compressione e/o allungamento del nervo periferico.

Marras ha condotto uno studio (2008) sulla relazione tra l'angolo d'inclinazione del tronco e il peso del carico movimentato: un aumento dell'angolo d'inclinazione del rachide comporta sollecitazioni maggiori a carico del disco.

Per valutare il rischio da sovraccarico biomeccanico in ambito ospedaliero si utilizza l'Indice MAPO (Movimentazione e Assistenza del Paziente Ospedalizzato). Il calcolo dell'Indice MAPO si determina attraverso sette fattori:

- FattoreSollevatori;
- Fattore Ausiliminori;
- FattoreCarrozzine;
- · FattoreAmbiente;
- FattoreFormazione:
- Pazienti NonCollaboranti/Operatori;
- Pazienti Parzialmente Collaboranti/Operatori.
 Questi fattori sono accomunati da unaformula:

MAPO = $(NC/Op \times FS + PC/Op \times FA) \times FC \times Famb \times FF$.





In base al risultato ottenuto, il reparto sottoposto a valutazione rientra in una delle tre fasce di rischio:

- elevato (MAPO >5);
- medio (1,51 < MAPO < 5);
- trascurabile (0,1 < MAPO <1,50).

Nella scheda MAPO sono riportati i compiti di movimentazione dei pazienti:

- il sollevamento verso ilcuscino;
- le rotazioni nel letto (per cambiodecubito);
- il trasferimento lettodegenza/carrozzina;
- il sollevamento da seduto a stazione eretta;
- il trasferimento lettodegenza/barella;
- carrozzina/wc;
- il riposizionamento incarrozzina.

Tutti i compiti di movimentazione possono essere svolti con o senza ausili e in base alla tipologia di paziente si parlerà di sollevamento totale o parziale. Un paziente non autosufficiente può essere totalmente non collaborante o parzialmente collaborante. In quest'ultimo caso il paziente sarà in grado di collaborare con l'operatore nei trasferimenti grazie a capacità funzionaliresidue. Al fine di ridurre il sovraccarico biomeccanico nell'operatore sanitario si utilizzano gli ausili, ossia dispositivi destinati a facilitare i compiti di movimentazione. Gli ausili si suddividono inminori:

- i teli e le tavole ad alto scorrimento per i trasferimenti in assenza di dislivello;
- la cintura ergonomica con maniglie posteriori e laterali per il passaggio da seduto a stazioneeretta:
- il sollevatore attivo per pazienti parzialmente collaboranti:
- la carrozzina con braccioli estraibili e freni adeguati; emaggiori:
- il letto ergonomico elettrico a tre snodi con almeno 15 cm di spazio tra letto e pavimento per l'utilizzo del sollevatore e con una quinta ruota pivotante per facilitare i movimenti;
- il sollevatore passivo con imbragatura diversa in base al controllo di capo e tronco;
- la barella regolabile inaltezza.

RESULTS

I reparti presi in considerazione (Lungodegenza,

Geriatria, Neurologia, Ortopedia) sono risultati essere a rischio elevato (MAPO > 5) data la presenza di pazienti non autosufficienti e data l'assenza di ausili adeguati. L'utilizzo di ausili riduce il rischio da sovraccarico nei reparti fungendo da fattore demoltiplicatore nel calcolo del MAPO Index (i reparti rientrano così in una fascia di rischiomedio).

Al fine di dimostrare l'efficacia dell'utilizzo degli ausili nella MMP sono stati presi in considerazione compiti di movimentazione effettuati senza ausili e compiti di movimentazione effettuati mediante ausili nel caso di movimentazione di pazienti non autosufficienti in ospedale.

Nel primo caso il carico sulla colonna (kg/cm²) risulta superiore ai limiti di tolleranza offerti dalle proprietà visco-elastiche del disco intervertebrale. Nei questionari si registrano valori alti dell'indice di Borg CR10 per la misura dello sforzo fisico e della scala del dolore VAS. Nel secondo caso, nonostante si impieghi più tempo nei compiti di MMP, il sovraccarico biomeccanico viene ridotto drasticamente. Il rischio di incorrere in disturbi muscoloscheletrici è alto se non si utilizzano ausili e si riduce mediante l'impiego degli stessi.

DISCUSSION

Nei compiti di MMP il fisioterapista ha l'obbligo di posizionarsi il più vicino possibile al paziente, afferrarlo bene e se necessario può poggiare un ginocchio sul letto del paziente. L'operatore sanitario deve flettere le ginocchia e non il rachide evitando le torsioni perridurre forze di taglio eccessive sulla colonna. Ad esempio nel sollevamento verso il cuscino si può movimentare in due: mai afferrare il paziente dal cavo ascellare. Anche nelle rotazioni nel letto per cambi decubito bisogna preservare la colonna, così come nel passaggio letto/carrozzina e viceversa: per ridurre il sovraccarico sul rachide sempre meglio movimentare in due. Si è visto, però, che nonostante gli operatori siano due, il sovraccarico sul rachide risulta comunque elevato se la movimentazione viene effettuata solo manualmente senza l'impiego diausili.

In conclusione è possibile affermare che la prevenzione nel breve e nel lungo termine dei disturbi muscoloscheletrici correlati a MMP dipende da:

- sorveglianza sanitaria con valutazione del rischio;
- progettazione logistica degli ambienti dilavoro;
- tecniche di movimentazioneergonomiche;







 corsi periodici di aggiornamento per la formazione e l'addestramento del personale sanitario.

La prevenzione è fondamentale per tutelare sia la sicurezza e la salute dell'operatore esposto a MMP sia quelle del paziente stesso.

La migliore strategia per ridurre il sovraccarico biomeccanico e per prevenire i disturbi muscoloscheletrici risulta essere l'utilizzo adeguato di ausili che abbiano i requisiti ergonomici indispensabili per la loroefficacia.

Il fisioterapista, l'operatore sanitario, diviene dunque paziente di se stesso e ha l'obbligo, il dovere e il diritto di tutelarsi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bork, "Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists", 1996
- 2) Capodaglio, "Ergonomics and safety in health care workers", 2008
- 3) Cromie, "Work related musculoskeletal disorders in physical therapists prevalence severity risks and responses", 2000

- 4) Hignett, "Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review", 2003
- 5) Marras, "Spine loading and trunk kinematics during team lifting", 1999
- 6) Marras, "The Working Back", 2008
- 7) Menoni, "La movimentazione manuale dei pazienti nei reparti di degenza delle strutture sanitarie: valutazione del rischio, sorveglianza sanitaria e strategie preventive", 1998
- 8) Molumphy, "Incidence of work-related low back pain in physical therapists", 1985
- 9) Nachemson, "In vivo measurements of intradiscal pressure; discometry, a method for determination of pressure in the lower lumbar discs", 1964
- 10) Occhipinti, "Attività muscolare e carico articolare: metodi e criteri di valutazione", 1989
- 11) Ricci, "Movimentazione dei pazienti in ospedale: applicazione del titolo V D. Lgs. 626/94 in area sanitaria", 2003
- 12) Winkelmolen, "An evaluation of patient lifting techniques", 1994

ALLEGATI

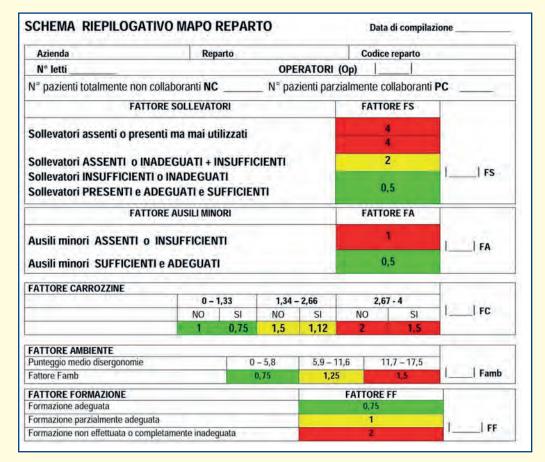


Immagine 1
Fattori per il calcolo del MAPO Index.





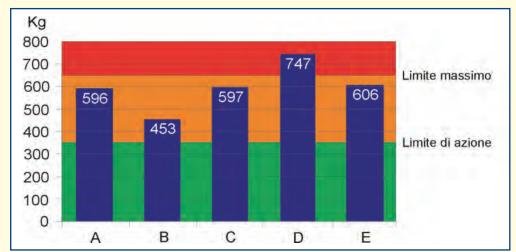


Immagine 2

Carico sul rachide dell'operatore sanitario nei compiti di MMP effettuati senza ausili.

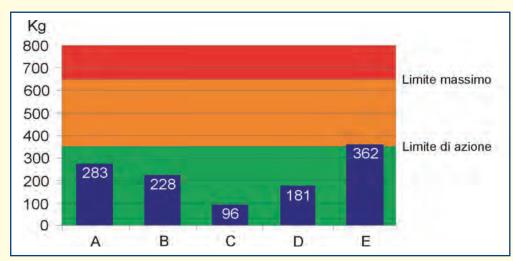


Immagine 3

Carico sul rachide dell'operatore sanitario nella movimentazione del paziente effettuata conausili.

Angolo inclinazione del tronco α	Peso del carico movimentato			
	0 Kg	10 Kg	20 Kg	30 Kg
0°	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg
30°	150 Kg	190 Kg	240 Kg	280 Kg
60°	250 Kg	330 Kg	400 Kg	470 Kg
90°	300 Kg	380 Kg	460 Kg	540 Kg

Tabella 1

Relazione angolo d'inclinazione del tronco/ peso del carico movimentato

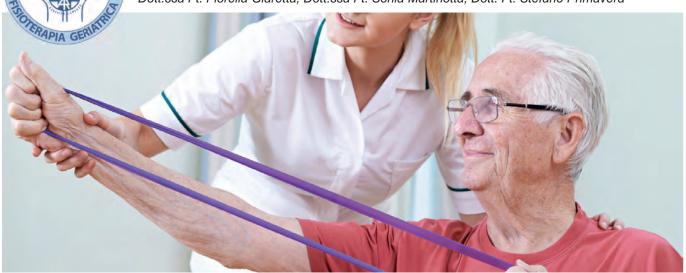






IL GRUPPO DI FISIOTERAPIA GERIATRICA AIFI

Dott.ssa Ft. Fernanda Bettale, Dott. Ft. Tonino Bravi, Dott. Ft. Gilberto Cherri,
Dott.ssa Ft. Sara Dal Ben, Dott.ssa Ft. Anna Maria Foggetti,
Dott.ssa Ft. Fiorella Giaretta, Dott.ssa Ft. Sonia Martinotta, Dott. Ft. Stefano Primavera



I Gruppo di Interesse Specialistico (GIS) di Fisioterapia Geriatrica (GFG), fondato in assemblea costitutiva nel dicembre 2013, è nato dalla collaborazione di un gruppo di fisioterapisti iscritti A.I.F.I., uniti dal comune interesse a promuovere e supportare la fisioterapia in ambito geriatrico; infatti spesso in questo ambito entrano in campo stereotipi (sia negativi che positivi) relativi all'anziano e conseguentemente sembra ci sia meno interesse da parte del mondo riabilitativo, sia conoscitivo che operativo.

Chi aiuta, curando e assistendo, la persona anziana, spesso ha meno conoscenze teoriche da cui attingere, e una minore formazione specifica, che possa in particolare sviluppare la competenza relazionale necessaria per comprendere a pieno le problematiche dell'assistito; infatti, quando si parla di osservazione e valutazione della persona anziana con patologia, ci troviamo a dover fare i conti con aspetti più soggettivi (personali) e meno oggettivi (professionali), che in tale rapporto interpersonale entrano necessariamente in gioco (Genevay, Bonnie, Renée S. Katz, and Lorenzo Gasperi, eds. Le emozioni degli operatori nella relazione di aiuto. Il controtransfert nel lavoro con gli anziani. Edizioni Erickson, 1994).

Questa carenza formativa nella riabilitazione geriatrica è in totale contrasto con l' intenso e rapido invecchiamento della popolazione, che temendo di perdere la propria autosufficienza e con essa il proprio benessere psico-fisico,

richiede livelli assistenziali sempre maggiori e più specifici. Questo ha profonde implicazioni per la nostra società, in quanto crea forti pressioni nel sistema sanitario, che deve far fronte ad un numero sempre maggiore di richieste di assistenza; secondo l'ISTAT infatti, in Italia sono circa due milioni gli anziani in condizione di disabilità che vivono in famiglia, ed oltre 300.000 anziani ospiti nelle strutture residenziali. E' indubbio che con il progredire dell'età avvengono una serie di modificazioni morfologiche e funzionali per le quali le performance dell'individuo si riducono progressivamente. A ciò si può aggiungere l'evento patologico, che insieme ad altri fattori ambientali può accelerare l'invecchiamento, predisponendo a specifiche malattie e all'abbassamento della "soglia di morbilità del soggetto anziano". L'aumentata esposizione a condizioni potenzialmente dannose, conseguente al graduale declino dei sistemi fisiologici nell'anziano, definisce la sua maggiore "fragilità", ovvero un rischio maggiore di sviluppare deficit funzionali fisici, malattie croniche e deterioramento cognitivo.

E' quindi chiaro il ruolo importante che riveste la riabilitazione geriatrica, come sistema di cure continue e progressive, che mira ad integrare in un unico progetto prevenzione, cura e riabilitazione; il Fisioterapista è parte integrante e fondamentale di questo progetto di crescente attenzione alla cura e riabilitazione della persona anziana.





Il GIS FG si è fatto carico di queste consapevolezze, impegnandosi nel sostegno e diffusione delle buone pratiche riabilitative e assistenziali centrate sulla persona, sulle sue abilità, attitudini, desideri e volontà di autodeterminazione, con particolare attenzione all'anziano fragile e/o istituzionalizzato.

Di seguito gli obiettivi e le finalità specifiche del GIS FG (sanciti nel Regolamento):

- la definizione di percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione efficaci nel mantenere la salute in età presenile e ridurre il rischio di perdita dell'autosufficienza;
- 2. la promozione di ricerca nell'ambito della gerontologia;
- 3. il potenziamento di strumenti d'intervento del Fisioterapista impegnato in ambito geriatrico:
- partecipare all'elaborazione di Linee Guida in Fisioterapia Geriatrica, anche in collaborazione con Società Scientifiche;
- la valorizzazione del ruolo della disciplina "Fisioterapia in ambito Geriatrico" all'interno dei Corsi di Laurea triennali in Fisioterapia e in altre professioni sanitarie;
- favorire scambi di idee e di esperienze tra specialisti italiani e stranieri interessati/specializzati in questo campo;
- promuovere attività permanenti, organizzare manifestazioni, convegni e corsi sia a livello nazionale che internazionale.

Nel corso di questi quattro anni il gruppo si è impegnato nella realizzazione degli obiettivi prefissati, proponendo diverse occasioni di informazione, confronto e discussione su vari temi relativi a cura e riabilitazione della persona anziana; sono stati infatti realizzati Convegni autonomi e interventi formativi all'interno di altre iniziative culturali su temi quali le buone pratiche di fisioterapia con la persona anziana, il ruolo della fisioterapia dalla prevenzione alla cura dell'anziano fragile, l'uso e abuso di contenzione fisica, la definizione di protocolli basati sull'evidenza per la persona con demenza, la movimentazione della persona anziana.

Inoltre il gruppo si è ben espresso in merito all'abuso di contenzione con l'adesione nel

2015 ad una campagna nazionale per l'abolizione della contenzione , promossa da Forum Salute Mentale e contraddistinta dallo slogan ".. e tu slegalo subito", creata con la finalità di sostenere il superamento di questa cattiva pratica nei luoghi di cura e di ottenere maggiore "trasparenza" da parte del Ministero della salute sulla sua applicazione.

Il rifiuto di abuso di contenzione resta per noi un argomento cardine e pensiamo che il consenso del GFG e di AIFI a tale Campagna sia opportuna e importante, proprio per i principi etici e morali che caratterizzano la nostra associazione e più in generale la figura del Fisioterapista, da sempre impegnato nelle azioni finalizzate "all'abilitazione" ed al mantenimento e recupero della funzione.

Il GFG si impegna inoltre da 3 anni anche sul fronte della diffusione editoriale di articoli inerenti l'ambito riabilitativo geriatrico, non solo nelle riviste AIFI, ma anche nella Rivista Elisir di Salute e nella Rivista divulgativa "Residenze Sanitarie" Edita da EDISEF (www.edisef.it , www.residenzesanitarienews.it). Negli articoli pubblicati viene costantemente confermata la necessità, nella cultura geriatrica, di un approccio funzionale, integrato e multidimensionale, all'anziano fragile, che implica il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutto il personale sanitario a cogliere il bisogno di recupero della persona anziana, a promuoverne l'autonomia, la partecipazione alla vita comunitaria e il benessere.

Il GFG lavora costantemente a iniziative formative da sviluppare nel presente e nel futuro, con l'obiettivo di rendere questo GIS sempre più capace e competente nell'affrontare i molti interessi condivisibili nella Fisioterapia Geriatrica, oltre a poter offrire ai propri iscritti momenti formativi preziosi per la propria pratica professionale. Il Comitato Esecutivo Nazionale (CEN) del GFG auspica perciò che i colleghi impegnati in tale ambito di lavoro ci sostengano sempre più numerosi, per condividere insieme un percorso stimolante e ricco di opportunità per l'accrescimento professionale, conferendo così il giusto valore alle buone pratiche riabilitative nell'anziano.

Per informazioni ed adesioni: https://aifi.net/associazione/gis-aifi/fisioterapia-geriatrica/









IL RUOLO DEL TERAPISTA OCCUPAZIONALE

Sezione Regionale AITO Puglia



laureati in Terapia occupazionale (TO) operano "...nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali - rappresentative, ludiche, della vita quotidiana. In riferimento alla diagnosi ed alle prescrizioni del medico, nell'ambito delle loro competenze ed in collaborazione con altre figure socio-sanitarie, effettuano una valutazione funzionale e psicologica del soggetto ed elaborano, anche in équipe multidisciplinare, la definizione del programma riabilitativo, volto all'individuazione ed al superamento dei bisogni del disabile ed al suo avviamento verso l'autonomia personale, nell'ambiente di vita quotidiana e nel tessuto sociale; trattano condizioni fisiche, psichiche e psichiatriche, temporanee o permanenti, rivolgendosi a pazienti di tutte le età; utilizzano attività sia individuali che di gruppo, promuovendo il recupero e l'uso ottimale di funzioni finalizzate al reinserimento, all'adattamento e all'integrazione dell'individuo nel proprio ambiente personale, domestico e sociale;

Individuano ed esaltano gli aspetti motivazionali e le potenzialità di adattamento dell'individuo, proprie della specificità terapeutica occupazionale; partecipano alla scelta e all'ideazione di ortesi congiuntamente o in alternativa a specifici ausili; propongono, ove necessario, modifiche dell'ambiente di vita e promuovono azioni educative verso il soggetto in trattamento, verso la famiglia e la collettività; verificano le rispondenze tra la metodologia riabilitativa attuata e gli obiettivi di recupero funzionale e psicosociale; svolgono attività di studio e ricerca, di didattica e di supporto in tutti gli ambiti in cui è richiesta la loro specifica professionalità; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale".(DM...17 gennaio 1997, n. 136 (G.U. 24/05/1997, n. 119), *).

Il TO consente, dunque, alle persone di raggiungere un impegno ottimale nella vita quotidiana attraverso l'occupazione, permettendo loro di valorizzare quelle attività significative (rilevanti per la loro vita) che promuovono Salute e Benessere. Interviene contemporaneamente sui contesti significativi di vita (familiari e sociali) per favorire una società giusta ed inclusiva rispettosa del potenziale di ogni persona vista come risorsa.

Per comprendere quali sono le attività signi-





ficative (occupazioni) del suo paziente, il TO utilizza un Approccio Centrato sulla Persona secondo un'ottica sistemica: pone attenzione all'interazione tra la persona, gli ambienti e le occupazioni così da promuovere la sua salute e la sua partecipazione nelle tre sfere di vita: cura personale, lavoro/studio, tempo libero.

La formazione universitaria di base, i Modelli di pratica clinica specifici di terapia occupaziona-le con relativi strumenti di valutazione, la Formazione Continua e le evidenze scientifiche disponibili, guidano il ragionamento clinico e il processo terapeutico. L'intervento di TO, foca-lizzato sull'occupazione, può essere di tipo Restitutivo (utilizza l'attività/l'occupazione come mezzo terapeutico), Adattivo (utilizza tecniche e sequenze modificate e/o adatta l'ambiente per consentire la performance) e Compensati-vo (utilizza ausili per facilitare la performance).

Questi interventi possono essere tra loro integrati a seconda delle esigenze specifiche del piano terapeutico nei contesti di vita del paziente.

Il TO "si rivolge a pazienti di tutte le età" (DM 136/97) con diverso disagio o patologia, declinando la specificità professionale nella complessità di ogni intervento e aprendosi alla collaborazione con altre figure professionali, non solo sanitarie.

Con la pubblicazione del Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n. 136 (G.U. 24/05/1997, n. 119), si è colmato un ritardo culturale e regolamentare ultradecennale rispetto a quanto conclamato e praticato nel resto dei paesi Europei e di molti paesi di altri continenti.

A vent'anni dal DM 136/97 va ricordato il Prof Ciro Di Gennaro che nel 1976 così descriveva la situazione dei terapisti della Riabilitazione italiani: "...A causa del mancato riconoscimento giuridico del titolo e della conseguente eterogeneità di livello dei terapisti italiani, questi non hanno potuto ottenere l'iscrizione alle associazioni internazionali di categoria, con grave pregiudizio per la professione; ed anche nell'ambito più ristretto del Mercato Comune Europeo la situazione è senza uscita..."

E come Terapisti occupazionali pugliesi non possiamo dimenticare che il testo di Terapia Occupazionale di Willard e Spackman fu tradotto in italiano nel 1979 da Evelina Vigliano a cura del Prof. Di Gennaro: il primo. Per molti anni la dott.ssa Vigliano, che si definiva "prima terapista occupazionale italiana" (era stata negli Stati Uniti per formarsi) si dedicò a Bari presso il Consorzio Provinciale per la Riabilitazione ad una seguitissima attività di traduzione di articoli anche di terapia occupazionale da riviste straniere.

Oltre ad introdurre la professione in ITALIA il DM 136/97 ne ha tracciato gli ambiti e le competenze e ha permesso l'attivazione successiva dello specifico ordinamento didattico dei Corsi di Laurea di Terapia Occupazionale con obiettivi formativi specifici, prevedendo che i laureati terapisti occupazionali sono, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, operatori che svolgono con titolarità e autonomia pro-

¹ Relazione tenuta al Convegno di Putignano (29/4/1976): Uomini e strutture per la riabilitazione del neuroleso lungodegente. Di Gennaro C.Vigliano E.







fessionale le competenze proprie previste dal relativo profilo professionale. Come per tutte le professioni il percorso formativo si conclude con un esame finale laurea abilitante alla professione sanitaria di Terapista Occupazionale, unico titolo per esercitare la professione di Terapista Occupazionale (DM 136/97). I terapisti così formati possono vedere riconosciuto il proprio titolo nei paesi europei ed extraeuropei.

Attualmente in Italia i corsi di laurea in Terapia Occupazionale sono 12, tutti nel centro nord, di conseguenza i giovani terapisti occupazionali pugliesi si formano in altre regioni e poi solo alcuni tornato a lavorare in Puglia.

Se dovessimo applicare lo standard medio degli altri paesi, in Italia servirebbero circa 11.600 terapisti occupazionali, a fronte degli attuali 2198 terapisti occupazionali (224 nel pubblico, 1300 nel privato, 300 in cerca di prima occupazione), in possesso del titolo abilitante ad esercitare la professione nei servizi in cui è richiesta la competenza specifica.

In Puglia sono presenti 125 TO, ma ne sono necessari 788.

L'Associazione Italiana dei Terapisti Occupazionali (AITO), nata 40 anni fa e adesso rappresentativa della professione, ha valorizzato e tutelato la professionalità, le aspettative e l'immagine dei TO, promuovendo iniziative di divulgazione ed approfondimento sulla Terapia Occupazionale sia a livello nazionale che regionale.

La Società Italiana di Terapia Occupazionale (SITO), è una associazione promossa dall'Al-TO per promuovere, sostenere, incentivare e svolgere, in Italia ed a livello Internazionale, gli studi e la ricerca in Terapia Occupazionale, sviluppare iniziative volte al miglioramento continuo delle specifiche competenze, attraverso l'aggiornamento dei TO.





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



Ministero della Sanità

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

> follow us **0 9**





Un Benvenuto ai Neolaureati



ANNO ACCADEMICO 2016-2017 SESSIONE AUTUNNALE











la **tua** fisioterapia diventa **unica**



CONSULENZA



FORNITURA



FORMAZIONE



ASSISTENZA



