

NON C'E' ASSOCIAZIONE SENZA COLLABORAZIONE!

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

*Trovarsi insieme è un inizio,
stare insieme è un progresso e lavorare insieme è un successo.*
- Henry Ford -



Nel mondo dell'associazionismo non vince mai il singolo. Per il raggiungimento di obiettivi importanti per la collettività, è fondamentale unire le forze, collaborare, incrociare le proprie esperienze e competenze con quelle degli altri. In poche parole non esiste una ricetta ma occorre fare rete. Lo scambio e la collaborazione di A.I.FI. Puglia, in questi mesi con altre realtà territoriali, con le istituzioni, le università, le altre associazioni di categoria, con il territorio in generale, hanno dimostrato l'importanza di queste dinamiche a totale beneficio della salute pubblica. E allora A.I.FI. entra nelle Scuole Primarie, di Bari, Brindisi, Manfredonia e Taranto, col progetto "La Schiena va a scuola: prime regole per rispettarla!" per fornire informazioni e strumenti atti a promuovere comportamenti e stili di vita corretti, utili nella prevenzione delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (in particolare a livello della colonna vertebrale) dei nostri bambini.

Ancora, in occasione del Congresso Straordinario Regionale, le collaborazioni con medici neuroradiologi, neurologi e colleghi fisioterapisti esperti per tracciare una linea di continuità tra le principali tecniche di imaging avanzate e neurofisiologia clinica, finalizzate alla diagnosi di patologie vascolari, neurodegenerative, oncologiche ed autoimmuni, e un idoneo approccio riabilitativo e di recupero funzionale con tecniche fisioterapiche sempre più all'avanguardia e al servizio del paziente. Collaborazioni costanti e frequenti con le associazioni professionali, in particolare dell'area riabilitativa, per conoscersi, confrontarsi, programmare al meglio gli interventi sul territorio pugliese come accaduto per designare la collega Dott.ssa Maria Ripesi in Ufficio di Presidenza nel Consiglio Sanitario Regionale (C.S.R.) in Puglia. Il C.S.R. istituito con la Legge Regionale n°4 del 29 marzo 2016, è un organo tecnico-consuntivo che si prefigge di dare un apporto al consiglio ed alla giunta regionale per definire scelte responsabili e

consapevoli di promozione e tutela della salute. In data 29 gennaio 2018 si è insediata l'assemblea del Consiglio Sanitario Regionale (C.S.R.) della Puglia e ricordiamo, come, nella prima stesura del testo di legge non prevedeva la presenza dei rappresentanti delle professioni sanitarie nel suo ufficio più importante, l'Ufficio di Presidenza. In sede di approvazione della legge grazie ad un emendamento, proposto da A.I.FI. Puglia e presentato dall'Avv. Giandiego Gatta tutte le professioni sanitarie sono rappresentate per aree professionali in Ufficio di Presidenza ed Assemblea.

A.I.FI. presente anche nella Casa Circondariale di Taranto per ri-abilitare con il Progetto di ri-educazione dei detenuti attraverso lo sport denominato "Fuori...gioco!". Progetto il cui obiettivo è il veicolare attraverso lo sport, il rispetto delle regole, far conoscere al contesto sociale esterno, il mondo penitenziario. Dimostrare con un evento tangibile che la rieducazione è possibile e che il carcere non è solo luogo di espiazione ma anche di crescita e progresso.

Infine, sensibili alle tematiche dei cittadini, abbiamo collaborato insieme all'Associazione Cuore di Donna, Fondazione Di Giulio, F.I.Te.La.B. Puglia e al Gruppo sportivo Vvf. all'organizzazione del Convegno sui temi della prevenzione e diagnosi precoce del cancro al seno, della cura, ma soprattutto della rinascita dopo la malattia. Rinascita attraverso la pratica sportiva supportata dalla figura del fisioterapista esperto in ambito oncologico.

Una famoso imprenditore americano, Andrew Carnigie, affermava che "Il lavoro di squadra è la capacità di lavorare insieme verso una visione comune. La capacità di dirigere i risultati individuali verso obiettivi organizzativi. È il carburante che consente alle persone comuni di ottenere risultati non comuni". Condivido in pieno questa affermazione e sono convinta che lavorare insieme verso obiettivi altruistici, ci aiuterà ad ottenere risultati comuni e a far conoscere sempre di più l'importanza della nostra figura professionale.

Sommario



Non c'è Associazione senza collaborazione!	2
Congresso Straordinario Regionale 2018	4
Congresso Straordinario Nazionale 2018	7
A colloquio con il Prof. Pietro Fiore	10
Dalla Periartrite scapolo-omerale alla protesi inversa con bone augmentation	13
La schiena va a scuola	15
Moriero e Selvaggi chiudono la V Edizione del "Fuori Gioco"	18
Il GIS Fisioterapia Pediatrica	20
Pillole di Letteratura	22
Le malattie mitocondriali e la riabilitazione	27
Il ruolo del Terapista della Neuro e Psicomotricità	29

Segreteria Redazionale:

A.I.F.I. - Puglia

Casella Postale 386

Piazza Umberto I, 33/A - 70121- BARI



Direttore Responsabile: **Marco Cordella**

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

Redattore Capo: **Claudia Pati**

Rappresentante Legale: **Claudia Pati**

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

Copertina a cura di **Alessandro Stasi**

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.



CONGRESSO STRAORDINARIO REGIONALE 2018

Dott.ssa FT. Antoniana Gnettoli, Responsabile Ufficio Formazione AIFI Puglia



In data 03 febbraio 2018 presso l'hotel Excelsior di Bari, si è tenuto in concomitanza del Congresso Regionale Straordinario AIFI Puglia, l'evento formativo ECM "IL RUOLO DELLE TECNICHE DI NEUROIMAGING E NEUROFISIOLOGIA CLINICA NELLA PRATICA FISIOTERTAPICA" che ha visto la collaborazione della Pia Fondazione di Culto e Religione "Card. G.Panico".

L'evento presentato dal presidente AIFI Puglia Dott.ssa C. Pati ha visto interagire nella prima sessione, moderata dal Dott. R. De Blasi, Dott. Ft Domenico Mazzeo, Dott.ssa Pasqua Scaringella diversi medici specialisti del settore (neuroradiologi e neurologi), il dott. D. Carluccio, dott. T. Condò, dott. R. De Blasi, Dott.ssa E. Alloro, Dott. S. La Spada; nella seconda sessione moderata dai Dirigenti dell' area riabilitativa Dott. M.Fabiano e Dott.ssa M.Ripesi sono stati



coinvolti diversi colleghi esperti nella riabilitazione neurologica, con relativa presentazione di casi clinici, Dott.ssa A. Amodio, Dott.R. Pichero, dott.ssa V. Ligorio, Dott. A.Rahino, dott.ssa M.C.Errico.



Un momento del Congresso.

Dott. Tommaso Condò in un momento del suo intervento.



Questo evento ha avuto come obiettivo quello di tracciare una linea di continuità tra le principali tecniche di imaging avanzate e di neurofisiologia clinica, finalizzate alla diagnosi di patologie vascolari, neurodegenerative, oncologiche ed autoimmuni, e un idoneo approccio riabilitativo e di recupero funzionale.

È stato evidenziato come, prendendo in considerazione le linee Guida ISO-SPREAD, il recupero funzionale sfrutta il concetto della neuro plasticità e riorganizzazione delle attività cerebrali, cioè la necessità di andare a reclutare aree che prima del danno, non erano coinvolte nella funzione preposta, o lo erano meno, con la possibilità di vicariamento dell'area lesionata, che finisce per essere sostituita. Dai vari interventi è stato evidenziato come molte delle conoscenze sul recupero dopo un evento morboso neurologico derivano

dall'osservazione clinica e dall'introduzione in questi ultimi anni di tecniche avanzate di neuro immagini, come la tomografia ad emissioni di protoni (PET), la stimolazione magnetica transcranica (TMS) e la risonanza magnetica funzionale (fMRI). Attraverso questi studi scientifici si è potuto dimostrare come esista una complessità ed una diversità nella modalità di riorganizzazione cerebrale, suggerendo la dinamicità di questi processi, che risultano inoltre essere dipendenti dalla natura del danno, dai substrati coinvolti e dalla loro sede e dall'intervallo temporale tra l'insulto neurologico e la terapia.

Al termine dell'evento scientifico, si è tenuta l'assemblea regionale straordinaria che ha visto la presenza del Tesoriere Nazionale AIFI, Dott.ssa Patrizia Galantini e del Presidente del CONAPS Dott. Antonio Bortone.

Durante l'assemblea il Presidente Regionale Claudia Pati ha informato i colleghi presenti, come la legge Gelli Bianco – L. n.24/2017 – ha sancito la definizione di responsabilità professionale e anche la tutela del professionista che avviene con riferimento alle buone pratiche professionali che saranno dedotte dalle linee guida redatte dalle Società Tecnico Scientifiche. A tal proposito l'AIFI ha posto la sua iscrizione nella lista delle succitate Società Tecnico Scientifiche, in perfetta coerenza con la mission dello sviluppo della professione. Allo scopo di adeguare i requisiti a quelli richiesti dalla norma, si è posta l'esigenza di apportare alcune modifiche statu-

Da sinistra De Blasi e Tommaso Condò.



tarie il prossimo 17 Febbraio 2018 a Milano in occasione del Congresso Straordinario di AIFI a cui parteciperanno i delegati regionali eletti in assemblea.

A seguire, la collega Galantini ha richiamato l'importanza del "Core Curriculum – Core Competence" il cui obiettivo primario è quello di garantire standard formativi omogenei ai diversi Corsi di Laurea in Fisioterapia che costituiscono l'offerta formativa di settore delle nostre Università. Il lavoro è frutto di una azione coordinata e sinergica di soggetti – tutti impegnati nella formazione – provenienti dell'Associazione stessa e della Conferenza Permanente delle Professioni Sanitarie, contesto nel quale è stato più volte testato e sperimentato il percorso metodologico; inoltre, ha ribadito l'importanza della legge 42/99 che individua il professionista da quello che è il profilo professionale, dagli ordinamenti didattici dei corsi di laurea e dal codice deontologico; ha sottolineato come nel rispetto della legge su citata il profilo professionale c'è, il core competence ha fatto da base per la struttura degli ordinamenti didattici post riforma entrando sugli ordinamenti del territorio nazionale, gli elementi

fondamentali per le competenze ci sono, quindi bisognerà in questo momento di transizione impegnarsi tanto, per adeguarsi ai bisogni di salute del cittadino e al nuovo stato della popolazione.

Un grazie lo devo alle colleghe che hanno contribuito fortemente in questa giornata alla realizzazione dell'evento: Dott.ssa Di Giulio Marzia, Dott.ssa Ligorio Vita, Dott.ssa Zaccaria Annamaria.



Un momento del Congresso.



Un momento del Congresso.



CONGRESSO STRAORDINARIO NAZIONALE 2018

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



“ La responsabilità professionale dopo la legge 24/2017 Gelli-Bianco”: questo il tema del Congresso Straordinario A.I.F.I. che si è tenuto il 17 e 18 Febbraio presso l’Hotel Enterprise a Milano.

La legge Gelli-Bianco ha sancito la definizione di responsabilità professionale e la tutela del professionista quando agisce secondo le linee guida e le buone pratiche redatte dalle Società Tecnico Scientifiche. Per questo motivo, circa 300 delegati si sono riuniti nel Congresso Nazionale con l’obiettivo di adeguare lo Statuto ai nuovi scenari normativi.

Al centro delle numerose modifiche approvate, che riguardano il futuro della professione e la sua organizzazione, si pone la revisione dell’articolo 21 dello Statuto che sostanzialmente amplifica la componente scientifica nella mission di A.I.F.I. I delegati partecipanti al Congresso hanno infatti votato la costituzione di un Comitato scientifico come “organo deputato alla verifica e al controllo della qualità della produzione



On. Federico Gelli

tecnico-scientifica di linee guida e buone pratiche”, con un forte coinvolgimento dei Gruppi di Interesse Scientifico che costituiscono il motore della ricerca. A.I.F.I. ha posto la sua



Un momento del Congresso.



cambiato e siamo di fronte a una svolta epocale rispetto a quanto avveniva fino a qualche anno fa. Il processo delle riforme è un percorso che deve vedere pienamente attive tutte le varie associazioni di rappresentanza delle professioni. A.I.FI. è sicuramente una delle più attive, partecipate e numerose: quindi non può che essere protagonista di questa stagione di cambiamenti.

Credo che l'Associazione possa svolgere una funzione importante sul fronte del lavoro da portare avanti e che riguarda le riforme, da incarnare nelle scelte quotidiane sia in

iscrizione nella lista delle succitate Società Tecnico Scientifiche, in perfetta coerenza con la mission dello sviluppo della professione.

A margine del Congresso l'intervento di Federico Gelli, promotore e relatore della legge 24/2017, che parlando alla platea di fisioterapisti ha ribadito: "Si corona un percorso di riforme che pone tutti i professionisti sullo stesso livello di diritti ma anche di doveri, riconoscendo alcune figure di operatori sanitari, dando loro responsabilità e organizzazione: molto è

termini di modelli organizzativi, sia in termini di recepimento delle norme nell'ambito del Sistema Nazionale delle linee guida e dell'accreditamento", ha aggiunto Gelli, che alla platea di fisioterapisti ha puntualizzato: "Finalmente siete usciti dalla marginalità e dall'essere considerati figura sanitaria di serie B". Infine, il punto sull'iter della legge: "Sono stati già emanati dal ministero della Salute due decreti attuativi, ed è in arrivo il terzo



Un momento del Congresso.

sul Sistema Nazionale delle linee guida, che dovrebbe essere emanato nella prossima settimana. Poi avremo gli altri tre decreti molto importanti, incardinati al ministero dello Sviluppo economico per la parte assicurativa. Confido nel fatto che prima dell'arrivo del nuovo Governo si possa completare il quadro della legge 24 e la sua piena applicazione nel nostro Paese”.

Il 18 Febbraio i dirigenti regionali hanno proseguito i lavori, con l'obiettivo di individuare le strategie più efficaci per giungere alle tappe identificate dalle Leggi di recente approvazione e che saranno dettagliate dai decreti attuativi.

In particolare si è svolto un evento accreditato di formazione quadri per i componenti dei direttivi regionali, dal titolo “Essere associazione prima, durante e dopo l'istituzione degli Ordini”: tra i relatori il presidente A.I.F.I. Tavarnelli, il vicepresidente A.I.F.I. Simone Cecchetto, il dottor Luca Benci, il dottor Luca Luciani e l'avvocato Salvatore Spitaleri.

“L'A.I.F.I. è pronta per il futuro, dal momento che con l'istituzione degli Ordini professionali la nostra Associazione, come tutte le altre rappresentative delle professioni sanitarie, avvierà una fase istruttoria temporanea ma avrà poi bisogno di intraprendere una nuova strada.



Andiamo verso un processo di cambiamento e sviluppo della professione con il nostro ingresso nell'elenco delle Società tecnico-scientifiche”, ha chiarito il presidente Tavarnelli prima di indicare i tempi del processo di adeguamento alle nuove norme. “Il cronoprogramma è dettato dal ministero della Salute ma mi sembra che ci sia una certa velocità e per questo confidiamo nel fatto che man mano che il processo sugli Ordini andrà avanti, parallelamente partirà quello di accreditamento. Anche perché la legge Gelli è ormai in fase attuativa e con i decreti avrà piena applicazione”. Dunque A.I.F.I. “inizia a trovare una nuova strada. E' un percorso molto interessante, una sfida a cui siamo pronti e che accettiamo volentieri”.



Da sinistra: D'Amato, Gnetto, Pati, Bortone, Stasi, Mazzeo e Cordella

A COLLOQUIO CON IL PROF. PIETRO FIORE, PRESIDENTE NAZIONALE DELLA SIMFER

Dott.ssa Gabriella Ressa, Ufficio Stampa AIFI Puglia



A colloquio con il Prof. Pietro Fiore, presidente nazionale della SIMFER

Di Gabriella Ressa

Il pugliese Pietro Fiore, medico e docente universitario, è stato da poco eletto presidente nazionale della associazione scientifica dei medici che operano nell'ambito della Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER).

Presentarlo non è facile. Perché se si cerca su internet il suo c.v., si ha difficoltà a scegliere alcune indicazioni da dare a voi, cari lettori. Ricopre diversi incarichi: l'ultimo, quello di Presidente SIMFER (Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione), si aggiunge all'attività didattica in Università e a quella operativa nella Unità complessa di Medicina fisica e riabilitativa nel Policlinico di Bari (dirige l'Unità Spinale del Policlinico).

Un pugliese (fiero della sua terra) che già in passato ha collaborato con l'A.I.F.I. e che annuncia, da queste pagine, una proficua collaborazione ed un dialogo serio tra le due figure professionali del fisiatra e del fisioterapista. Lo abbiamo raggiunto telefonicamente in aeroporto, egli ha risposto con grande disponibilità e, lo sottolineiamo, con velocità. Grazie professore, per il suo prezioso contributo.

Qual è il ruolo della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione?

La Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER) è un'associazione scientifica che raggruppa i medici che operano nell'ambito della Medicina Riabilitativa, in ogni setting assistenziale, nelle strutture ospedaliere e in quelle territoriali, e si propone tra i vari scopi quello di promuovere lo sviluppo e la diffusione delle Scienze Riabilitative, nonché di promuovere la salute pubblica contribuendo alla diffusione nella società italiana di una cultura riabilitativa e alla formazione di una politica della riabilitazione "corretta", efficace ed armonizzata.



SIMFER
SOCIETÀ ITALIANA
DI MEDICINA FISICA
E RIABILITATIVA
The Italian Society
of Physical and
Rehabilitative Medicine

La sua mission è rivolta essenzialmente alla conoscenza, alla ricerca secondo l'Evidence Based Medicine ed il modello biopsicosociale e alla "messa in opera" di tutte quelle strategie (terapeutiche e organizzative) in favore delle persone con disabilità in collaborazione con le altre figure professionali della Riabilitazione.

È stata costituita a Torino nel 1958 ed attualmente conta oltre 2800 iscritti. Pubblica la rivista scientifica trimestrale European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (fino al 2007 Europa Medico-Physica), che è anche la rivista ufficiale della Federazione Europea

di Medicina Fisica e Riabilitazione e il Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa, rivista di formazione, aggiornamento professionale ed informazione che esce in fascicoli trimestrali "on line". La SIMFER svolge una importante funzione "consultiva" in ambito Europeo in stretta collaborazione con l'European Society of Physical Rehabilitation Medicine (ESPRM) ed Internazionale con l'International Society of Physical Rehabilitation Medicine (ISPRM). Con le Società Europea ed Internazionale collabora promuovendo attività di ricerca (protocolli di studio, elaborazione di Best Practice, Linee Guida e Consensus Conference).

Tenendo lo sguardo rivolto al prossimo futuro, sullo scenario nazionale e internazionale si profilano dei veri e propri "cambiamenti" nella sanità che sollecitano un impegno importante ed un ruolo importante per la Società Scientifica al fine di affrontare le importanti sfide: il contesto normativo nazionale che vede importanti riassetti di tutto il sistema sanitario (nuovi LEA, DM 70/2015, Legge 24/2017 o legge Bianco-Gelli, ecc...), tanto che c'è chi parla di "quarta riforma sanitaria" che imporrà un grande sforzo culturale e scientifico per le comunità professionali, nel trovare una giusta valorizzazione e riposizionamento rispetto ai nuovi scenari; le prospettive internazionali, che assegnano alla riabilitazione un ruolo cruciale nell'assistenza sanitaria del XXI secolo in tutto il mondo (vedi il documento OMS Rehabilitation 2030); l'incremento delle persone anziane e con disabilità cronica.

Quali sono i suoi obiettivi da realizzare in ambito nazionale che possono essere riportati in ambito regionale?

A livello regionale, ormai a distanza da un anno dalla pubblicazione del DPCM sui Livelli essenziali di assistenza (LEA), occorrerà occuparsi in maniera prioritaria del recepimento di tale normativa riguardo alle prestazioni ambulatoriali e all'erogazione dei dispositivi protesici e agli ausili, soprattutto tenendo conto delle esigenze delle persone con disabilità grave.

Un altro obiettivo sarà quello di rendere applicabile in Puglia il "Piano Nazionale della Cronicità" individuando percorsi di cura in ambito

ospedaliero e territoriale. Comunque in maniera prioritaria cercherò di sostenere ogni iniziativa che garantisca un aggiornamento continuo ai medici fisiatristi. Infatti la SIMFER ha già previsto per la Regione Puglia corsi su dolore e disabilità, sulle patologie del piede, sui disordini del movimento e di fisioterapia interventistica. Per quanto riguarda la formazione lo scopo sarà quello di sostenere e potenziare la formazione nelle due Scuole di Specializzazione di Medicina Fisica e Riabilitativa. Inoltre cercherò di incrementare i rapporti con le istituzioni per la conoscenza delle peculiarità e delle problematiche della disabilità e promuovere attività e iniziative tra le associazioni culturali e degli stakeholder per sensibilizzare l'opinione pubblica.

Prevede una collaborazione con i fisioterapisti?

Sì, senza dubbio. Penso che molto ci sia da fare soprattutto se si eliminano alcune problematiche di natura "sindacale" che possano ostacolare un dialogo serio basato sul rispetto reciproco dei ruoli delle due figure professionali (medio fisiatra e fisioterapista) nell'ambito delle best practice e linee guida nella presa in carico della persona con disabilità.

In che modo?

Il mio desiderio è quello di far "incontrare" le delegazioni pugliesi della SIMFER e dell'Associazione dei Fisioterapisti (AIFI) al fine di individuare aspetti e problematiche, come già detto, condivise nell'interesse della persona disabile. Successivamente si potrà stabilire, di comune accordo, l'organizzazione di un Convegno Regionale (ECM) per l'aggiornamento professionale.

Da pugliese che opera all'interno della "sua" Puglia quanto è importante il suo ruolo di presidente in ambito nazionale?

Il ruolo del Presidente della SIMFER (come già riferito) è quello di occuparsi della ricerca, dell'aggiornamento, della organizzazione, della sostenibilità e dell'appropriatezza delle cure riabilitative. In questo particolare momento ci

sono Presidenti Nazionali come ad esempio Filippo Anelli (FNOMCeO), Loreto Gesualdo (SIN), Marina De Tommaso (Società Italiana di Psicofisiologia) che operano e vivono in Puglia a testimonianza della presenza nel Nostro territorio regionale, di figure di professionisti noti e “rispettati” in ambito nazionale.

Per quanto riguarda la mia persona penso che possa essere un punto di forza, in Puglia, per tutte le figure professionali che operano in ambito riabilitativo. In qualità di docente fin dal 1983 dapprima nelle Scuole Regionali per Terapista della Riabilitazione di Bari, Melfi e Putignano e nella Scuola diretta a fini speciali per TdR dell’Università di Bari ed in seguito nei Corsi di Diploma e di Laurea in Fisioterapia dell’Università di Bari e di Foggia ho avuto la possibilità di conoscere ed incontrare molti studenti che poi son diventati Fisioterapisti e queste esperienze formative hanno influenzato successivamente “positivamente” ogni situazione di incontro con i Fisioterapisti.

Come riesce a conciliare il ruolo di professore ordinario di Medicina fisica e riabilitativa al dipartimento di Scienze mediche

di base, neuroscienze, organi di senso e patologia dell’apparato locomotore dell’Università “Aldo Moro” di Bari, di direttore dell’Unità operativa complessa di Medicina fisica e riabilitativa, Unità spinale unipolare e Medicina dello Sport dell’Azienda ospedaliera-universitaria “Consorziale Policlinico” di Bari con quello da Presidente SIMFER?

In questi primi mesi è stato difficile conciliare il ruolo di Docente, di Direttore della UOC e di Presidente SIMFER., spero in futuro di potermi organizzare meglio. Per fortuna ho medici, fisioterapisti, infermieri, ausiliari che mi aiutano nei compiti assistenziali con la loro professionalità e spirito di collaborazione. Le lezioni sono state diluite nei due semestri. L’attività di Presidente viene svolta soprattutto nelle giornate pre-festive e festive ed in serata quando ritorno a casa!!

Al termine di questa intervista se mi permette vorrei ringraziarLa per la sua attenzione e salutare la dott.ssa Claudia Pati, i dirigenti dell’AIFI Puglia e tutti gli iscritti alla vostra Associazione Tecnico Scientifica augurando una Felice e Santa Pasqua.



TOMBOLINI
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

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

DALLA PERIARTRITE SCAPOLO-OMERALE ALLA PROTESI INVERSA CON BONE AUGMENTATION

“LA MIA ESPERIENZA PROFESSIONALE”

Dott. Ft. Francesco Milillo, Responsabile AIFI Puglia Prov. Bari



Nei primi anni novanta, quando ho cominciato ad affacciarmi nel complesso mondo della riabilitazione, nello studio in cui lavoravo, sui cartellini dei pazienti c'era una sigla che mi colpiva = p.s.o. La famigerata periartrite scapolo omerale. Le diagnosi di ingresso dei pazienti, riguardanti i vari distretti, erano le più disparate ma nel momento in cui si parlava di spalla, tutto era periartrite scapolo omerale. La maggior parte delle patologie del complesso spalla venivano inquadrate con questo acronimo e non soltanto per comodità logistica. Quello era il periodo in cui una banale sublussazione acromion-clavicolare richiedeva diversi mesi per essere risolta (e molto spesso in maniera approssimativa) e nel caso di atleti over-head, l'astensione dallo sport per circa un anno. Da quegli anni le tecniche chirurgiche, e di conseguenza la riabilitazione, hanno subito una profonda evoluzione. Da tecniche esclusivamente a cielo aperto, si è passati a tecniche minimamente invasive. Patologie come le lesioni di cuffia e tutto il capitolo delle instabilità vengono ormai trattate con l'artroscopia o con un mini open secondo laterjet.

Nell'ultimo periodo anche la branca protesica ha subito profondi cambiamenti, anzi probabilmente è la parte che più sta evolvendo.

CENNI DI STORIA

Era il 1893 quando il dott. Pean impiantò con scarso successo la prima protesi di spalla a Parigi. Dobbiamo poi aspettare il 1953 quando il dott. Neer aprì la moderna era delle protesi di spalla impiantando quella che oggi definiamo una endoprotesi. La successiva evoluzione l'abbiamo nel 1970 con il dott. Charnley che monta la prima artroprotesi.

Fin qui abbiamo visto tutte le variazioni di quelle che definiamo protesi anatomiche (che cercano di riprodurre la normale anatomia). Nel corso degli anni la complessità anatomica della spalla ha evidenziato altre patologie più o meno associate alla classica artropatia gleno-omerale che a volte inficiava il risultato finale, basti pensare alla lesione

massiva della cuffia dei rotatori. Questa patologia rendeva inutile il trattamento protesico in quanto veniva meno il motore della spalla. Arriviamo quindi al 1985 quando il dott. Grammont ideò una protesi che sovvertiva la normale anatomia della spalla invertendo il concetto di protesi. La neo testa omerale diventava una sfera attaccata alla glenoide e nell'omero restava lo stelo. In questo modo veniva medializzato ed abbassato il centro di rotazione dell'articolazione, per cui il movimento era dato non più dalla cuffia ma dal deltoide. Chiaramente, condizione indispensabile, è l'integrità anatomica del muscolo.

Solo nel 2003 questa protesi ha avuto il benestare della Food and Drug Administration, l'ente americano deputato a questi controlli. Nel corso degli anni, si è visto che questa protesi poteva essere utilizzata non solo per le artropatie associate a lesioni massive di cuffia, ma anche in fratture scomposte pluriframmentarie e come revisione di precedenti trattamenti. Il follow up ha evidenziato dei limiti parziali della tecnica. In alcuni casi, come una profonda erosione della superficie glenoide, si verificava un contatto tra la parte inferiore della glena e parte più mediale del collo chirurgico, provocando lo scapular notching. Questo, oltre ad una usura precoce, creava dei limiti nella riabilitazione, facendo assumere al paziente una postura scorretta con il braccio lievemente abdotto ed il gomito flesso.

Per eliminare questo ed altri problemi collegati alla glena, un altro medico francese, il dott. Boileau, in questi ultimi anni ha introdotto una sorta di augmentation per la glena, utilizzando una fetta opportunamente sagomata della testa omerale, quest'ultima viene applicata sulla glena, sia per aumentare lo spessore, sia per distanziare le superfici articolari ed evitare la friabilità della glena e lo scapular notching.

Insieme ad alcuni colleghi abbiamo avuto modo di vedere dal vivo l'esecuzione di questa tecnica, magistralmente eseguita dal chirurgo, che ha evidenziato come possa essere lunga la curva di apprendimento. Curva che si riflette poi nel percorso riabilitativo.

Il chirurgo ci ha passato il testimone sottolineando l'importanza della riabilitazione per esaltare la bontà dell'atto chirurgico.

LA RIABILITAZIONE

La riabilitazione delle protesi inverse prevede pochi concetti ma che devono essere sempre ben in mente nel nostro percorso riabilitativo.

Nelle prime 4-6 settimane post-chirurgiche bisogna tener presente l'alta possibilità di lussazione per cui vanno evitati movimenti di estrema articolare ed anche dopo aver tolto il tutore bisogna evitare di eseguire movimenti del tipo sollevarsi dalla sedia ecc, si comincia ,già' dopo qualche giorno, con una mobilizzazione passiva in elevazione della spalla e delle altre articolazioni dell'arto sup. per evitare che l'ematoma possa organizzarsi e provocare delle rigidità

contestualmente alla riduzione del dolore post-chirurgico ed all'aumento dell'articolare, si comincia con delle contrazioni isometriche delle porzioni medie ed anteriore del deltoide seguite temporalmente da contrazioni isotoniche.

Laddove ci siano le condizioni, si procederà anche con il rinforzo muscolare.

La consecutio: mobilizzazione passiva> mobilizzazione auto-assistita> mobilizzazione attiva> rinforzo isometrico> rinforzo isotonic> rinforzo con resistenze non deve essere dettata da rigidi criteri temporali ma sapientemente giostrata dal fisioterapista che valuta numerosi parametri e detta i tempi riabilitativi. Età, cause, condizioni di salute generali e motivazioni caratteriali del paziente vengono da noi costantemente valutate per ottenere quello che definiamo un percorso riabilitativo cucito su misura per ogni paziente.

La lunga curva di apprendimento della riabilitazione di queste patologie tiene conto di tutte queste variabili per ottenere il massimo da ogni caso clinico.

BIBLIOGRAFIA

La spalla=rockvood-matsen,verduci editore

La spalla ,riabilitazione ortopedica= f. inglese, timeo editore

La spalla, anatomia ed interventi= g.porcellini, a. castagna,verduci editore

three-dimensional planning and use ecc.=walch g.,boileau p. j. shoulder elbow surg. 2015



BioMedical

Apparecchiature specialistiche per Terapia

ASSISTENZA FISIOTERAPICA

servizio a domicilio in tutta ITALIA con tecnico di zona

Michele Papalillo

349.7466345

Numero Verde

800-913665

24 ore

MAGNETOTERAPIA C.E.M.P.





KINETEC GINOCCHIO



KINETEC GOMITO



KINETEC SPALLA



KINETEC POLSO



ELETTROSTIM. TENS



PRESSOTERAPIA LINFODRENAGGIO



ULTRASUONI



TUTORI ORTOPEDICI

LA SCHIENA VA A SCUOLA

Dott. Ft **Ciro Pio Cunto**, PT BSc

Dott.ssa Ft **Antonella D'Aversa**, PT BSc, PPT, Referente GIS Fisioterapia Pediatrica



Lo scorso 25 gennaio, in occasione della Giornata informativa organizzata da AIFI Puglia nell'ambito del Progetto "La schiena va a scuola", undici fisioterapisti pugliesi hanno incontrato gli insegnanti e i genitori ma, soprattutto, i bambini degli Istituti Comprensivi Umberto I – San Nicola (Bari), Centro (Brindisi), Croce Morzillo (Manfredonia) e del 23° Circolo Didattico Raffaele Carrieri (Taranto), con l'obiettivo di fornire informazioni corrette e strumenti utili nella prevenzione delle malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, principalmente a livello della colonna vertebrale.

Il gruppo di colleghi si è costituito in occasione dell'evento formativo ECM dal titolo "Evidenze scientifiche nel trattamento riabilitativo per le deformità del rachide in età evolutiva", organizzato da AIFI Puglia in collaborazione con i Gruppi di Interesse Specialistico (GIS) di Fisioterapia Pediatrica e Terapia Manuale e svoltosi a Lecce, presso la Sala Conferenze del Monastero delle Benedettine, l'8 aprile 2017. In



Da sinistra **Ciro Pio Cunto** e **Alessandro Montenegro**

quell'occasione è stato presentato il progetto "La schiena va a scuola: prime regole per rispettarla" e le modalità per la realizzazione dello stesso nelle varie province pugliesi. Il progetto iniziale è stato messo a punto da AIFI Veneto, in collaborazione con la Società Italiana di Fisioterapia e Riabilitazione – SIFIR – e l'Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale – ISICO – e con il patrocinio di Cittadinanza Attiva, e vuole rappresentare una guida semplice per fornire informazioni e strumenti atti a promuovere comportamenti e stili di vita corretti, utili nella prevenzione delle malattie dell'apparato muscolo scheletrico (in particolare a livello della colonna vertebrale) dei bambini.

Lo slogan del progetto "La schiena va a scuola: prime regole per rispettarla!" rappresenta un richiamo per i genitori e gli insegnanti e pone l'attenzione su quel momento, fondamentale

nella crescita dei nostri bambini, rappresentato proprio dai primi anni di scuola e caratterizzato da importanti fenomeni di sviluppo e influenzato da diversi fattori, tra cui il movimento.

Il progetto è stato fortemente voluto dalla Dott.ssa Ft Claudia Pati, Presidente AIFI Puglia, che ha nominato il Dott. Ft. Piero Cunto come responsabile area Nord e diretto collaboratore per promuoverlo nei vari istituti pugliesi.

Per la buona riuscita dell'evento e la promozione del progetto all'interno delle scuole, è stato presentato il materiale informativo cartaceo, distribuito ai fisioterapisti partecipanti all'evento formativo e da distribuire ai ragazzi, ai genitori ed agli insegnanti durante la giornata informativa, e il materiale multimediale, per mostrare in maniera sintetica ed uniformata i contenuti dell'opuscolo informativo "La schiena va a scuola". Durante il corso di Lecce sono stati mostrati i vari contenuti



Da sinistra Marzia Di Giulio, Sara Battista e Annamaria Zaccaria.

del libretto in modo tale da far comprendere la sua struttura: si compone di quattro capitoli (la schiena cresce, la schiena ha qualche problema, la schiena è sotto esame, la schiena risponde) più un inserto staccabile con le avventure di SuperFisio, una storia di facile comprensione che spiega in maniera semplice ai bambini le varie affezioni muscolo-scheletriche e le norme da rispettare per una corretta igiene posturale. Sono stati quindi coinvolti, oltre ai due responsabili del progetto (Dott. Cunto – area Nord – e Dott.ssa Pati – area Sud), i referenti provinciali di AIFI Puglia, i docenti esperti del corso "Evidenze scientifiche nel trattamento riabilitativo per le deformità del rachide in età evolutiva" e i colleghi presenti interessati alla crescita e alla promozione del progetto nelle scuole.

Altresì, ad ottobre 2017 il progetto di AIFI Puglia è stato presentato durante l'International Scientific Conference AIFI 2017 "Therapeutic Exercise: foundations, evidences and clinical reasoning in physiotherapy practice" dalla Dott.ssa Ft Antonella D'Aversa. Il Congresso ha rappresentato un momento di confronto estremamente costruttivo con i colleghi del GIS Fisioterapia Pediatrica, con i colleghi delle altre regioni d'Italia coinvolti nel progetto nazionale e con lo stesso Dott. Michele Romano, Direttore tecnico di ISICO e Presidente di SOSORT.

All'inizio dell'anno scolastico 2017/2018, pertanto, dal Resp. Formazione Regionale Dott.ssa Ft Antoniana Gnettoli sono stati contattati i Dirigenti dei diversi Istituti Scolastici, è stato presentato loro il progetto e proposta una data unica per tutte le province coinvolte.



Da sinistra Antonella D'Aversa e Marco Cordella.

Da sinistra Francesca Lofranco, Marco Morea, Claudia Pati, Francesco Milillo, Vita Ligorio



Nella foto Sara Battista



Vediamo ora qualche dato...

Presso l'I.C. Umberto I – San Nicola di Bari, i colleghi Dott.ri Ft Claudia Pati, Francesco Milillo, Vita Ligorio e Marco Morea hanno incontrato sei classi di bambini di quinta elementare con i rispettivi insegnanti e una quindicina di genitori.

Presso l'I.C. Centro di Brindisi, le colleghe Dott.sse Ft Zaccaria, Sara Battista e Marzia Di Giulio hanno incontrato sette classi di quarta e quinta elementare con tredici insegnanti e una quindicina di genitori.

Presso il 23° Circolo Didattico Carrieri di Taranto, i colleghi Dott.ri Ft Antonella D'Aversa e Marco Cordella hanno incontrato circa cento bambini di classe quinta elementare con i rispettivi insegnanti.

Presso l'I.C. Croce Morzillo di Manfredonia, i colleghi Dott.ri Ft Ciro Pio Cunto e Alessandro Montenegro hanno incontrato circa quaranta bambini di classe quarta elementare con i rispettivi insegnanti e cinque genitori.

Durante l'incontro è stato presentato e consegnato ai partecipanti l'opuscolo dedicato al progetto, fatto visitare il sito AIFI schiena.aifi.net invitando i partecipanti, per eventuali esigenze o chiarimenti, a non esitare a compilare il modulo o scrivere a info@aifi.net o info@aifipuglia.it.

Bambini, genitori e insegnanti si sono mostrati molto preparati sull'argomento, estremamente interessati e curiosi di apprendere nuove nozioni, particolarmente entusiasti all'idea di mettersi in discussione, giocando con i propri bambini, con i propri compagni e... con gli stessi fisioterapisti.

Per questo motivo, la Giornata Informativa del 25 gennaio u.s. non rimarrà un episodio isolato ma sarà solo la prima di tante altre giornate da organizzare in questi e in altri Istituti scolastici delle Province e non solo. Perché tutti noi fisioterapisti che, con la testa, con le mani e con il cuore, abbiamo sposato questa iniziativa, ci crediamo fermamente: la salute degli adulti di domani passa anche di qui!

www.orthogea.com

ORTHOGEA®
OFFICINE ORTOPEDICHE
V E R G A T I

**All'avanguardia della
tecnica ortopedica**

LECCE Info 0832.261178
BRINDISI Info 0831.525538
OSTUNI Info 0831.339077

nuova filiale
MONOPOLI
Info 080.9683578

MOV
LABORATORIO ORTOPEDICO

MEDICAL
ORTOPEDIA
VERGATI

CASA CIRCONDARIALE DI TARANTO:

MORIERO E SELVAGGI CHIUDONO LA QUINTA EDIZIONE DEL PROGETTO “FUORI...GIOCO!” PER LA RIEDUCAZIONE DEI DETENUTI ATTRAVERSO IL CALCIO

Avv. Giulio Destratis, Presidente dell'Aps Fuorigioco



“**A**nche quest’anno A.I.F.I. Puglia ha partecipato attivamente al Progetto di rieducazione dei detenuti attraverso lo sport denominato “Fuori...gioco!”.

Dimostrare con un evento tangibile che la rieducazione è possibile e che il carcere non è solo luogo di espiazione ma anche di crescita e progresso.

Il progetto si è svolto per oltre 3 mesi presso la Casa Circondariale di Taranto; A.I.F.I. Puglia ha portato un contributo professionale ed associativo tramite il dott. Ft. Marco Cordella. L’associazione si presenta sempre vicina a manifestazioni dove la rieducazione è protagonista a 360°. L’iniziativa ha da sempre l’obiettivo di trasmettere ai detenuti i valori tipici dello sport come il rispetto delle regole e dell’avversario.

Il tutto è stato convintamente promosso dalla dott.ssa Stefania Baldassari, Direttore dell’Istituto Penitenziario.

Anche questa volta, tra i principali sostenitori dell’iniziativa, hanno figurato autorevoli personalità della Magistratura come i Giudici Martino Rosati e Maurizio Carbone oltreché le massime istituzioni statali e sportive.

Dopo le lezioni di aula in tema di tecniche e tattiche di gioco, di giustizia sportiva, di medicina e riabilitazione, di ordinamento federale che hanno preceduto la fase prettamente atletica con una ventina di detenuti impegnati in una serie di allenamenti di gioco, è arrivato uno dei momenti più significativi del progetto: l’ormai classico match di calcio all’insegna del Fair Play e della correttezza: un quadrangolare tra le rappresentative di Magistrati, Avvocati, Agenti Penitenziari e detenuti che si è tenuto Sabato 14 Aprile allo Stadio Iacovone di Taranto con ingresso gratuito e “... con la Consapevolezza che non sarà una partita di calcio a migliorare la

società. Con la Convinzione che un abbraccio, uno sguardo o una parola detta su un grande prato verde, possano rappresentare al meglio il concetto di Libertà e possano far nascere, in chi la Libertà l’ha persa, un desiderio di sano riscatto. Con la Certezza che non ci può essere Libertà senza Legalità”.

Di rilievo i nomi del calcio italiano che aderiscono ogni anno all’iniziativa: dopo Gianni Rivera, Nicola Legrottaglie, Antonio Cabrini, Claudio Gentile in questa quinta edizione si è vantati della presenza dell’ex calciatore dell’Inter e della Nazionale Italiana Checco Moriero e del Campione del Mondo ‘82 Franco Selvaggi che hanno partecipato alla conferenza stampa dell’evento (sabato 14 Aprile all’interno dell’Istituto di via Magli) per poi dare il calcio d’inizio nel pomeriggio al quadrangolare di calcio.





Ringrazio A.I.FI. Puglia per il sostegno ed in particolare Marco Cordella che anche quest'anno ha reso tangibile il supporto all'iniziativa, relazionando egregiamente ai detenuti in materia di infortunistica e traumatologia sportiva. Spero che questa collaborazione proficua per entrambe le associazioni possa essere allargata ad altri progetti.

Un particolare ringraziamento all'avv. Giulio Destratis, presidente dell'Aps Fuorigioco e coordinatore dell'iniziativa, per aver consentito che il tutto si trasformasse in realtà...per aver creduto nella nostra Associazione!

IL GIS FISIOTERAPIA PEDIATRICA

Dott. Loretta Carturan, *Presidente GIS Fisioterapia Pediatrica*



Il Gruppo di Interesse Specialistico Fisioterapia Pediatrica (**GIS FTPED**) nasce all'interno dell'Associazione Italiana dei Fisioterapisti (AIFI) nel 1997 con l'intento di rispondere ad un bisogno di apprendimento specialistico nel settore della riabilitazione in età evolutiva. Da più di 20 anni, quindi, è un punto di riferimento per i fisioterapisti che lavorano in questo ambito (si calcola siano il 10% al pari degli Stati Uniti), cercando di essere il portavoce delle esigenze dei colleghi operanti su tutto il territorio nazionale.



L'idea fondante del gruppo, nato in terra Toscana, è stata quella di fare emergere le competenze (SAPERE – SAPER FARE – SAPER ESSERE) dei Fisioterapisti dell'area Pediatrica attingendo dalle risorse di conoscenza e di esperienza di ognuno per fare cultura riabilitativa in campo pediatrico. Tutto ciò è partito alla fine degli anni '90 ed è proseguito fino ad ora con la nascita del Master in Fisioterapia Pediatrica nel 2007 che da annuale ora è diventato bi-annuale (si concluderà quest'anno il primo nuovo ciclo).



Il GIS Fisioterapia Pediatrica, oltre che perseguire lo sviluppo professionale nell'ambito pediatrico, si propone di salvaguardare la figura del fisioterapista che lavora con i bambini sotto tutti i punti di vista: politico, umano e contrattuale.

La pratica della fisioterapia in questo campo è complessa e multifattoriale, richiede conoscenze ed abilità professionali specifiche e particolari attitudini all'interno del Sapere, del saper Fare e del saper Essere.

Si tratta di una scienza e di una filosofia ben distinte che sfociano in un approccio olistico capace di considerare: le caratteristiche uniche del neonato/bambino/adolescente come persona in evoluzione e non come adulto in miniatura; l'insieme dei bisogni, non solo fisici, motori e

sensoriali, ma anche cognitivi, affettivi, emotivi e sociali; le ripercussioni negative che un deficit in un'area può avere sullo sviluppo delle altre; le dinamiche del sistema bambino-famiglia; la molteplicità e la complessità delle patologie pediatriche di interesse fisioterapico; i modelli teorici e le tecniche fisioterapiche specifiche per l'età evolutiva, le evidenze scientifiche per l'età pediatrica presenti nella letteratura internazionale. Inoltre, nella Fisioterapia in area pediatrica, oltre agli interventi previsti di prevenzione, cura e riabilitazione, si aggiunge quello di "abilitazione", che, intesa come promozione dell'acquisizione di nuove capacità funzionali non ancora maturate, si differenzia dal recupero di abilità perse (riabilitazione).

Il riconoscimento ufficiale dell'area distinta della FTPED avviene prima negli Stati Uniti nel 1974, ad opera dell'American Physical Therapy Association (APTA), ed in seguito in Canada, in Gran Bretagna, in Australia, nei Paesi bassi e nei paesi scandinavi. Emergono diversi testi dedicati esclusivamente alla clinica pediatrica e nasce la rivista indicizzata internazionale Pediatric Physical Therapy, la prima e unica pubblicazione dedicata esclusivamente al settore.

In Italia, il settore si sviluppa in un modo simile ai paesi esteri ma, per motivi storici e culturali, con qualche anno di ritardo. L'identificazione come area specialistica specifica della professione viene sostenuta dall'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI) e dalle opportunità fornite dalle Università, dall'impegno e dalla dedizione dei fisioterapisti che lavorano nei servizi di riabilitazione per l'età evolutiva sul territorio nazionale.

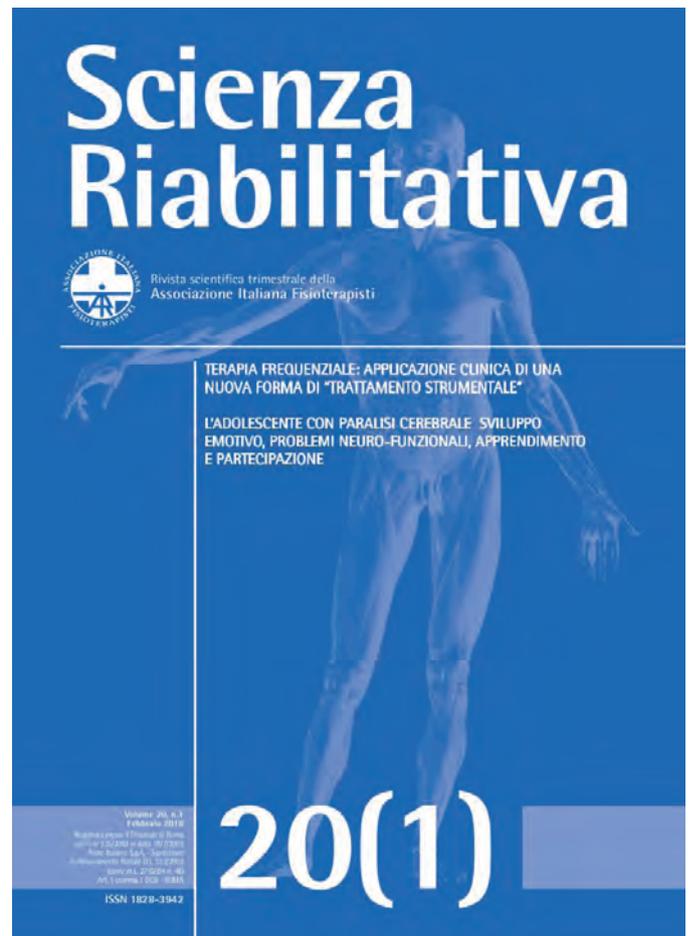
Ma che cos'è la riabilitazione pediatrica? *E' un "processo complesso teso a promuovere nel bambino e nella sua famiglia la migliore qualità di vita possibile con lo scopo di favorire il massimo sviluppo del potenziale di ogni bambino, tenendo presenti i bisogni particolari suoi e della sua famiglia. Essa, con azioni dirette e indirette, si interessa del bambino nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale (approccio olistico), coinvolgendo sempre il suo contesto familiare, sociale ed ambientale (carattere ecologico)¹."*

Vengono considerati alla base delle competenze del Fisioterapista Pediatrico gli interventi in ambito delle patologie del Sistema Muscoloscheletrico, Cardiopolmonare, del Sistema Nervoso Centrale e Periferico o Multisistemiche.

L'approccio terapeutico, quindi, dovrà variare in relazione all'età, alle capacità cognitive e, più in generale, a ciò che è più significativo in quel momento della vita del bambino: il gioco è un'esperienza fondamentale di apprendimento che viene usata sempre come proposta terapeutica, sia nella fase di osservazione, poi di valutazione, quindi trattamento e verifica.

Infatti il pensiero condiviso tra i Fisioterapisti dell'Area Pediatrica è di non attribuire un "me-

¹ RACCOMANDAZIONI PER LA RIABILITAZIONE DEI BAMBINI AFFETTI DA PARALISI CEREBRALE INFANTILE (Aggiornamento 2013)
SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (SIMFER) SOCIETA' ITALIANA DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (SINPIA)



todo come ricetta universale preconstituita" ai differenti quadri patologici ma di individuare progetti riabilitativi adattati ai bisogni, ai problemi e alle risorse di ogni bambino e della sua famiglia con l'utilizzo e l'integrazione di strumenti terapeutici di confermata evidenza. Naturalmente i progetti personalizzati devono essere sottoposti a costante verifica.

L'intervento fisioterapico in questa visione è perciò "funzionale": non basato sulla ripetizione di un movimento fine a sé stesso bensì su azioni finalizzate ad uno scopo attraverso il quale il bambino impara ad adattarsi alle esigenze dell'ambiente che lo circonda.

La specializzazione in questo ambito, quindi, è necessaria per il Fisioterapista che lavora:

- negli ospedali pediatrici
- nei reparti di pediatria degli ospedali generali
- nei punti nascita e nei reparti di neonatologia (comprese le TIN)
- nei servizi territoriali di riabilitazione
- nei centri privati e/o convenzionati di riabilitazione infantile

Nel nostro paese il Fisioterapista, che si trova a lavorare in ambito pediatrico, per maturare le competenze specialistiche può:

- seguire corsi di formazione specifici (anche all'interno delle stesse Università),
- tirocini sotto la guida di colleghi esperti,
- master universitari di specializzazione quali:

1 in "Fisioterapia pediatrica" a Firenze (www.unifi.it)

2 in "Riabilitazione infantile e metodologia della ricerca" a Reggio Emilia (www.unimore.it)

Nello stesso anno in cui nasce il Master di Firenze (2007) il GIS FT Pediatrica, dopo 10 anni dalla sua fondazione, diventa membro fondatore dell'International Organization of Physical Therapist in Paediatrics (IOPTP) riconosciuta dalla WCPT (World Confederation for Physical Therapy): sottogruppo in cui si possono incontrare, confrontarsi e formarsi i fisioterapisti pediatrici di tutto il mondo, arricchendo la loro professionalità. Questi momenti di incontro e confronto corrispondono con i Congressi mondiali del WCPT che ogni quattro anni hanno una connotazione più politica mentre ogni due anni è più scientifica.

L'ultimo di questi congressi scientifici è stato a luglio del 2017 a Cape Town (Sud Africa) e qui otto nostri colleghi italiani hanno partecipato attivamente con la presentazione di 4 poster, di cui uno premiato ("Muscle strengthening in cerebral Palsy: an individualized and intensive training program improves functional activities. A multi center, single-blind, clinical trial" degli autori Pirinu Matteo, Rocchi Francesca R., Amadeo Beatrice, Mariangela Marchettini e Paoli Silvia).

E' stata un'esperienza che abbiamo condiviso anche attraverso i social e il sito dell'AIFI Nazionale (<https://aifi.net/diretta-dal-congresso-wcpt-2017-sud-africa-cape-town/>) e che è servita a preparare il terreno per l'incontro che si terrà a Ginevra il prossimo maggio 2019, dove il congresso avrà anche una connotazione politica oltre a quella scientifica.

Le finalità del GIS Ft Pediatrica, quindi, sono:

1. diffondere attività culturali per l'istruzione e l'aggiornamento continuo dei soci e di tutti co-

loro che operano nel settore della fisioterapia pediatrica o in settori affini.

2. Promuovere la tutela dei diritti e la dignità del neonato e del lattante e del bambino e dell'adolescente, sostenendo una cultura della cura in ambito pediatrico attenta alla qualità della vita, delle condizioni di salute del bambino e della sua famiglia. A tale scopo il GIS Ft Pediatrica intende contribuire a definire percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione efficaci nel mantenere la salute in età evolutiva e nel sostenere e il livello di attività e partecipazione alla vita sociale.

3. Sviluppare un sistema informativo per far giungere ai propri soci e a chiunque ne sia interessato le informazioni utili per chi si occupa di FISIOTERAPIA PEDIATRICA (ambiti formativi, eventi in corso, ecc).

4. Partecipare alla tutela della professione contro ogni forma d'abusivismo in ambito specifico.

5. Perseguire lo sviluppo professionale attraverso la formazione e la ricerca anche sostenendo e promuovendo la pubblicazione di opere e di editoriali a carattere scientifico e divulgativo nelle materie di competenza.

6. Valorizzare il ruolo della disciplina "Fisioterapia in ambito PEDIATRICO" all'interno dei Corsi di Laurea Triennali in Fisioterapia e in altre professioni sanitarie.

7. Favorire scambi di idee e di esperienze tra specialisti italiani e stranieri interessati/specializzati in questo campo.

8. Supportare scientificamente l'attività dell'Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI), fornendo materiale e partecipando a tavoli tecnici e ministeriali a nome di AIFI in rappresentanza del settore di nostra competenza.

Per sostenere e realizzare queste finalità in questi tre anni di mio primo mandato da Presidente (che potrà essere rinnovato ad Aprile pv) ho cercato di costruire una rete di referenti regionali che fossero molto vicine alle AIFI di appartenenza.

A parte qualche realtà territoriale direi che questa rete è ormai ben strutturata e molto attiva e tra queste anche in Puglia nella persona della carissima e attivissima collega Antonella D'Aversa. Questo ha fatto sì che in molte regioni siano nati gruppi di lavoro e di studio molto interessanti e

che riescano sempre più a perseguire le finalità del GIS stesso.

Il GIS, poi, sostiene e collabora molto con il Master di Fisioterapia Pediatrica di Firenze nel quale molte colleghe sono presenti e attive come docenti. Tra i risultati di questa proficua collaborazione c'è un lavoro particolarmente importante uscito l'anno scorso, frutto di 10 anni di lavoro e partito da un lavoro di tesi di Master, sul Core Competence del FT Area Pediatrica, pubblicato l'anno scorso a Giugno nella rivista scientifica di AIFI n°19/2 (<https://aifi.net/scienza-riabilitativa-19-2/>)

Al di là della rete territoriale esistono, poi, dei sottogruppi che si occupano di argomenti e/o aree specifiche. Infatti oltre a quello che si occupa dei contatti e delle attività condivise con lo IOPTP c'è quello che segue tutta la parte della neonatologia (pretermine e il lavoro, quindi, nelle TIN) e con il quale l'anno scorso siamo riusciti a mettere nel sito di AIFI un paio di libricini (costruiti con le Associazioni VIVERE e Care) dedicati ai genitori di bambini nati pretermine e ricoverati nelle Terapie Intensive Neonatali.

C'è poi il sottogruppo che sta revisionando tutta la letteratura sulle Plagiocefalie e Torcicollo Posturale e Miogeno e che sta producendo materiale utile sia ai colleghi che ai caregivers.

Si sta lavorando, dopo averne curato la traduzione e acquisito il sistema, alla validazione della PEDI-CAT: test importante per la valutazione clinica di bambini e adolescenti e può essere utilizzata in tutte le diagnosi, condizioni e settings.

Molto altro lavoro si sta sviluppando all'interno del GIS e noi ci auguriamo che la nuova veste di associazione Tecnico scientifica che AIFI dovrà indossare possa diventare quella giusta linfa vitale per il gruppo perché il bisogno di conoscenza, aggiornamento e capacità di esprimere con professionalità e responsabilità il nostro lavoro quotidiano passa anche attraverso il giusto sostegno e guida dei colleghi e dell'associazione rappresentativa che crede in questo nostro percorso di crescita, così pure anche attraverso protocolli d'intesa con altre categorie professionali come i Pediatri.

Il GIS Ft Pediatrica, tra le altre cose si occupa anche di formazione partendo dalla condivisione di lavori importanti che nascono nel percorso del Master di Firenze e dai bisogni di formazione che molti colleghi ci esprimono e richiedono.

Molto lavoro si dovrà e si potrà fare e ricordo che le porte del nostro GIS sono sempre aperte a chi vorrà collaborare e dare una mano, perché tutto ciò che vi ho raccontato fin d'ora è frutto di passione, amore e tempo completamente gratuito e volontario.

Per qualsiasi contatto potrete scriverci a gispediatrico@gmail.com

La strada per la nostra destinazione non è sempre diritta. Prendiamo il percorso sbagliato, ci perdiamo, ci voltiamo indietro. Forse non importa su quale strada ci imbarchiamo. Forse quello che conta è che ci si imbarchi.

(Barbara Hall)



MEDICALTOOLS
Tecnologia per il benessere

www.medicaltools.it

Via S. Matarrese, n. 47/H,
70124 Bari, Puglia
Tel: +39 080 5341358



TECARTERAPIA

WINBACK



PILLOLE DI LETTERATURA

L'IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE, DAL PERSONALE MEDICO A QUELLO FISIOTERAPICO

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



L'analisi della letteratura scientifica riguardo l'importanza della comunicazione in ambito sanitario è vasta, sebbene giovane,

e permette di misurare l'importanza della stessa nei processi di cura. In particolar modo è interessante notare quale sia l'impatto della formazione del personale sanitario in tale ambito rispetto ai percorsi di cura ed al miglioramento degli stessi, in riferimento ad outcome primari e secondari. Di fatto, la formazione in psicologia della comunicazione e l'attenzione verso i processi comunicativi da parte del personale clinico, nel management dei pazienti, è correlata a significativi miglioramenti rispetto al dolore, la funzione e l'aderenza al trattamento su tutti i livelli indagati: medico e fisioterapista. Nel prosieguo di questo articolo saranno analizzate alcune delle poche evidenze reperibili in letteratura, inserite nel contesto di una disquisizione sull'argomento.

La comunicazione è un'esperienza che ci accompagna per tutta la vita, connotando la nostra stessa presenza nel mondo in qualità di esseri animali iper-sociali e nell'accezione più estesa del termine: essere in comunicazione con gli altri, come vincolo che ci lega alla stessa sopravvivenza nel mondo. Un concetto che si riallaccia alle esigenze di un bambino che deve "comunicare" i suoi bisogni ma che può essere esploso anche all'interno di ambiti più specifici, quali il rapporto terapeutico tra professionista sanitario e paziente.

In letteratura scientifica è ampiamente dimostrato che una buona comunicazione ha effetti positivi su:

- miglioramento della comprensione e del ricordo delle spiegazioni ricevute;

- compliance e aderenza al piano terapeutico;
- soddisfazione per le cure ricevute;
- benessere e qualità della vita del paziente;
- accuratezza diagnostica.

Ma la comunicazione verbale, paraverbale e non verbale è per definizione un insieme di variabili estremamente complesse da analizzare, individuare e codificare ma soprattutto difficili da gestire in contesti specifici, come quelli del setting sanitario o più specificatamente riabilitativo.

Per completezza di contenuti, elenchiamo brevemente quali sono le principali componenti della comunicazione appena citate:

- comunicazione verbale: di per sé il codice del linguaggio, parlato e scritto, aperto e dinamico nella sua evoluzione e nel suo sviluppo, ma estremamente minato dalla facilità di generare incomprensioni derivanti dall'utilizzo di lingue, dialetti o registri (es. linguaggio medico) differenti;

- comunicazione para-verbale: elementi distintivi della comunicazione verbale, come il tono della voce, il timbro, l'accento, il ritmo e la velocità dell'eloquio nonché la fluenza;

- comunicazione non verbale: comprende la mimica facciale, la gestualità e la prossemica, ovvero il significato che possono assumere i gesti e le posizioni del corpo nello spazio.

Ognuna di queste variabili non può prescindere dalle altre e contribuisce a rendere ragione di una efficacia maggiore o minore del processo comunicativo, tanto in ambito quotidiano quanto in ambito sanitario, nel rapporto tra professionista/equipe e paziente.

E' in questo ambito che si evince la nozione di "competenza comunicativa", intesa come l'abilità

di emettere un messaggio facilmente comprensibile per gli interlocutori, senza dimenticare la bidirezionalità del processo comunicativo per la quale non è possibile escludere il ruolo dell'interlocutore, con il suo modo di essere, di pensare e le sue possibilità di comprendere realmente il messaggio. Tutto questo complica notevolmente i processi comunicativi, il loro studio e la loro implementazione nel setting terapeutico, soprattutto in quegli ambiti ove il processo di cura deve necessariamente passare per la comprensione e la fiducia tra comunicatore e ricevente.

Si comprende come sia assolutamente necessario approfondire le conoscenze nel campo della psicologia della comunicazione da parte del personale sanitario; in un periodo storico come questo, dove le conoscenze acquisite nel campo delle neuroscienze hanno dato spessore e razionalità a numerose tecniche terapeutiche nell'ambito del trattamento dei disturbi muscolo-scheletrici, muovendo il focus attentivo da una azione sulla struttura anatomica (bio) verso una indiretta influenza su aspetti della sfera psico-sociale [1] per il tramite di meccanismi di natura neuro-psicologica, è logico pensare che anche l'attenzione verso una comunicazione efficace possa giocare un ruolo fondamentale nella miglior proposta terapeutica al paziente, in ambito fisioterapico. Tanto che la letteratura scientifica degli ultimi anni conferma, con sempre maggiore solidità, la necessità di una preparazione specifica del personale sanitario in ambito di comunicazione col paziente, al fine di acquisire competenze specifiche per garantire la comprensione del messaggio, la chiarezza dei contenuti e dei concetti espressi e per incrementare le probabilità di compliance da parte del paziente stesso.

Già nel 2009 Kelly et al. [2] avevano eseguito una metanalisi della letteratura prodotta negli anni riguardo la correlazione tra competenze in ambito di comunicazione da parte dei medici e aderenza al piano terapeutico da parte dei pazienti; individuando una significativa correlazione positiva. Vi è infatti il 19% di probabilità in più di perdere l'aderenza al trattamento nei pazienti in cura presso medici non formati in ambito comunicativo rispetto a medici che hanno dimostrabili acquisizioni in tale ambito. Ma ancor più interessante, è che lo sviluppo di queste

competenze, attraverso formazione specifica, è correlato ad un aumento dell'odds di 1.62 volte di ottenere aderenza nel paziente, rispetto alla mancanza di formazione specifica nel personale medico di riferimento. Nella revisione di Kelly et al., infatti, sono stati indagati e analizzati tutti i lavori che includevano l'attenzione verso strumenti comunicativi di ogni natura, ovvero verbali, psico-sociali (inclusi i non verbali) e questionarizzabili (osservazione o questionari sul paziente) insegnati al personale medico per un'analisi di comparazione degli outcome sui pazienti gestiti nei gruppi di controllo, ovvero da medici non formati.

La comunicazione, ma ancor più l'acquisizione di competenze in tale ambito, diventa quindi un fattore estremamente importante per garantire la miglior assistenza al paziente, come diversi studi avevano già evidenziato precedentemente, in riferimento ad un miglioramento non solo dell'aderenza al piano terapeutico ma anche ad outcome primari come lo stato di salute ed outcome secondari come la soddisfazione del paziente [3-4]. Banalmente, il razionale di base, che aiuta a comprendere come sia possibile che una comunicazione efficace sia alla base di un percepibile miglioramento del processo di cura, risiede nel fatto che il paziente possa più facilmente comprendere la sua patologia ed i rischi ed i benefici legati al trattamento [5], agendo di conseguenza. Gli strumenti indagati che hanno dimostrato maggiori benefici in tal senso sono il supporto, l'empatia e la comprensione [6], la partnership collaborativa [7] e l'intervista focalizzata patient-centered [8]; strumenti che incoraggiano la motivazione e offrono la possibilità di ricorrere a un numero minore di risorse per ottenere l'aderenza al trattamento proposto [9], abbattendo le barriere difensive del paziente per il tramite di un rapporto di comunicazione onesto e aperto.

Butow and Sharpe [10] hanno invece indagato il ruolo della comunicazione più specificatamente in quello che è considerato uno dei principali fattori di distress nella popolazione mondiale, ovvero il dolore cronico. Nonostante i passi da gigante effettuati negli ultimi anni nell'ambito del trattamento del dolore cronico, siamo ancora in una situazione di impellente necessità di miglioramento dei processi di gestione; sappiamo che

il farmaco, l'esercizio terapeutico e un approccio cognitivo-comportamentale sono efficaci, tuttavia i pazienti non sempre adottano queste strategie; tanto che si rende necessario incentivare un filone di ricerca per l'individuazione di strumenti per l'ottenimento di una maggiore garanzia di aderenza da parte del paziente. Se è vero che le caratteristiche psico-sociali del paziente giocano un ruolo fondamentale rispetto al dolore cronico, e soprattutto ne sono fattori predittivi negativi o positivi, è anche vero che numerosi studi, come quelli già citati, hanno dimostrato risultati migliori in pazienti affetti da dolore cronico assistiti da personale preparato rispetto ai pazienti assistiti da personale non specificatamente preparato in ambito della psicologia della comunicazione; questo perché una delle barriere più critiche nel management del dolore cronico è proprio una inadeguata comunicazione tra paziente e personale sanitario [11-12].

De Haes and Bensing [13] hanno anche proposto un modello di guida nella comunicazione paziente-medico, attraverso l'individuazione di una cascata di funzioni più importanti: favorire la relazione medico-paziente, fornire informazioni al paziente, fornire informazioni rispetto al sintomo d'esordio, facilitare un processo decisionale condiviso, inizializzare processi di cura efficaci rispondendo anche al coinvolgimento affettivo del paziente.

Per approfondire in modo più specifico la comunicazione nell'ambito di interesse della fisioterapia, Murray et al. [14] hanno indagato l'effetto di un training in ambito della comunicazione efficace, in particolare sulla teoria della autodeterminazione, su un gruppo di fisioterapisti (gruppo di intervento); il confronto è stato eseguito rispetto ad un gruppo di fisioterapisti non specificatamente formato (gruppo di controllo) utilizzando come misura di correlazione gli outcome primari e secondari di due gruppi omogenei di pazienti

affetti da lombalgia cronica, affidati in cura ai due bracci di intervento e controllo.

In questo modo è stato possibile trarre risultati preliminari sull'efficacia dell'insegnamento dei fondamenti della psicologia della comunicazione al personale sanitario; sebbene il programma abbia previsto una sola ora di insegnamento diretto ai fisioterapisti è stato riscontrato un miglioramento significativamente maggiore nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo, su tutti gli out come indagati.

Possiamo concludere che la conoscenza della comunicazione, dei suoi principi e l'insegnamento in ambito psicologico, rappresentano una strategia che può aiutare il clinico, medico, fisioterapista o altra specializzazione, nella gestione del paziente nella sua globalità, in modo diretto e indiretto.

Con la speranza di aver stimolato l'interesse per una riflessione verso gli aspetti comunicativi della nostra professione, da un punto di vista della medicina basata sulle evidenze, l'appuntamento è alla prossima edizione della rivista, ricordandovi che il nostro contatto diretto per approfondimenti o suggerimenti può passare per la seguente mail istituzionale: redazione@aifipuglia.it.

BIBLIOGRAFIA

- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535-544.
- Kelly B, Zolnierok H, DiMatteo D. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47: 826-34.
- Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988;26:657-675.
- Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soç Sci Med*. 1995;40:903-918
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-497
- Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soç Sci Med*. 1990;30:325-339.
- Chewning B, Sleath B. Medication decision-making and management: a client-centered model. *Soç Sci Med*. 1996;42:389-398.
- Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soç Sci Med*. 1984;19:167-175.
- DiMatteo D, DiNicola D. Achieving Patient Compliance: The Psychology of the Medical Practitioner's Role. *Elmsford, NY:Pergamon Press*; 1982.
- Butow P, Sharpe L. The impact of communication on adherence in pain management. *Pain* 2013;154:S101-7.
- Dobkin PL, Sita A, Sewitch MJ. Predictors of adherence to treatment in women with fibromyalgia. *Clin J Pain* 2006;22:286-94.
- Sale JEM, Gignac M, Hawker G. How "bad" does the pain have to be? A 700 qualitative study examining adherence to pain medication in older adults with 701 osteoarthritis. *Arthritis Care Res* 2006;55:272-8
- De Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Educ Counsel* 2009;74:287-94.
- Murray A, Hall AM, Williams GC, McDonough SM, Ntoumanis N, Taylor IM, Jackson B, Matthews J, Hurley DA, Lonsdale C. Effect of a self-determination theory-based communication skills training program on physiotherapists' psychological support for their patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015 May;96(5):809-16.

Parte dei contenuti iniziali di questo articolo sono stati tratti da:

- Viggiano M.P. Psicologia per l'infermiere delle moderne strutture ospedaliere. Ed. Carocci, 2015.
- Gerrig R.J., Zimbardo P.G., Anolli L.M. Psicologia generale. Ed. Pearson, 2012
- Diapositive delle lezioni di Psicologia della Prof.ssa Tramonti F.R. per l'insegnamento di "Psicologia" al corso di studio in "Scienze riabilitative delle professioni sanitarie" anno 2017/18 Facoltà di Medicina di Firenze

LE MALATTIE MITOCONDRIALI E LA RIABILITAZIONE

Dott.ssa Francesca Tartarini, *Direttore Raccolta Fondi e Comunicazione MITOCON*



Ale malattie mitocondriali sono un gruppo molto eterogeneo di patologie genetiche causate da alterazioni nel funzionamento dei mitocondri, organelli che vengono considerati le **centrali energetiche** degli organismi, all'interno dei quali avvengono quei processi biochimici che forniscono alle cellule l'energia di cui hanno bisogno per tutte le loro funzioni vitali.

Le mitocondriopatie possono coinvolgere diversi tessuti, organi e apparati e i sistemi più frequentemente interessati sono l'apparato muscolare e il sistema nervoso centrale e periferico. Ma possono essere coinvolti, con variabile gravità di interessamento e in diverse combinazioni, anche le vie visive e uditive, il sistema gastroenterico, i reni, il sistema endocrino, il sistema cardiocircolatorio e il sistema ematopoietico.

L'approccio riabilitativo in pazienti che soffrono queste patologie è fondamentale, ma deve tener conto di tale complessità clinica.

L'IMPEGNO DI MITOCON, ASSOCIAZIONE DI PAZIENTI MITOCONDRIALI, PER CREARE RETI TRA PROFESSIONISTI DELLA RIABILITAZIONE E MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE FAMIGLIE. IL RACCONTO DI DOMENICO PORCELLI, PADRE DI AURORA, IMPEGNATO IN PRIMA LINEA.

La mia avventura con le malattie rare è iniziata otto anni fa, quando abbiamo scoperto che mia figlia Aurora era affetta da una deplezione del DNA mitocondriale. E' una patologia per la quale non esiste ancora una terapia risolutiva e il desiderio di trovare nuove cure e migliorare la qualità della vita di mia figlia e di altri come lei, mi ha portato ad impegnarmi attivamente di Mitocon, l'associazione nata nel 2007 per diventare un punto di aggregazione tra i pazienti, i familiari e la comunità scientifica.

In questi anni, come genitore e come Referente di Mitocon per la Puglia, come altri familiari in



altre regioni, mi sono battuto per creare una rete sul territorio che potesse mettere in contatto le famiglie con il mondo clinico e i centri di expertise, per creare una rete di competenze trasversali.

Puntavo a far sì che i malati pugliesi potessero ricevere assistenza in Puglia, senza essere costretti ai cosiddetti "viaggi della speranza" in centri sanitari lontani da casa.

Impegnandomi con Mitocon, siamo riusciti a far crescere in Puglia l'attenzione su questo tipo di patologie, operando in collaborazione con i due dipartimenti dell'Università degli Studi di Bari che si occupano di ricerca mitocondriale: il Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organo di Senso, seguito dalla Prof.ssa Vittoria Petruzzella e il Dipartimento di Bioscienze, Biotecnologie e Biofarmaceutica seguito dalla Prof.ssa Anna De Grassi.

Nel 2015 abbiamo promosso in Puglia il primo convegno specifico sulle malattie mitocondriali.

Siamo entrati a far parte, come associazione di riferimento per le malattie mitocondriali, della Rete A.Ma.Re Puglia, rete di Associazioni di malati rari, il cui scopo è proprio quello di creare sinergie fra il mondo associativo, clinico e ac-



Illustrazione digitale di un mitocondrio, la "centrale energetica" della cellula.

cademico, di tutelare i diritti dei malati rari nelle politiche sanitarie e socio-sanitarie.

Abbiamo realizzato diversi convegni per portare a conoscenza alcune problematiche legate ai malati mitocondriali, dall'alimentazione fino ad arrivare alla disfagia in collaborazione con il Co.Re.Ma.R.

Da gennaio stiamo portando avanti in Puglia il tavolo sul PDTA per la LHON.

Un ulteriore riconoscimento del lavoro che ho fatto, come genitore e volontario, è arrivato nel 2017, quando **Mitocon è stata invitata dall'AIFI a far parte della giuria di valutazione per il concorso per la migliore tesi in fisioterapia.**

Adesso possiamo dire che sono diverse le strutture sia in Italia che in Puglia che si occupano di riabilitazione e che puntano a mantenere le capacità residue del sistema muscolare. Anche l'assistenza domiciliare è ormai sempre più orientata a specializzarsi verso questo tipo di patologie tanto da prevedere ormai la figura del "disfagista", molto ricercata non solo a livello regionale ma anche nazionale.

Siamo certi che i progressi saranno sempre più importanti e che crescerà il dialogo con i professionisti della riabilitazione per trovare soluzioni sempre più efficaci.

MITOCON

Mitocon è un'associazione nata per promuovere la qualità della vita per tutti i malati mitocondriali

e le loro famiglie e la cura per tutti i pazienti.

Il nostro obiettivo è di aumentare le possibilità di cura, promuovere la ricerca scientifica ed essere il punto di aggregazione tra i pazienti e i familiari, la comunità scientifica, le istituzioni e tutti gli attori che hanno una funzione per la cura e il benessere dei pazienti, non ultimo il riconoscimento delle figure del Caregiver e del Disability Manager.

Dal 2009, gestiamo il Registro Italiano dei Pazienti Mitocondriali, uno strumento importantissimo per progredire nella conoscenza delle malattie mitocondriali e migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

Dal 2010 organizziamo il Convegno Nazionale sulle Malattie Mitocondriali, un appuntamento annuale molto sentito che riunisce gli specialisti italiani ed internazionali che si occupano di malattie mitocondriali, i pazienti e le loro famiglie.

L'ottava edizione di questo convegno si terrà quest'anno a Roma dal 25 al 27 maggio e invitiamo tutti i professionisti della riabilitazione interessati a prendervi parte, come occasione unica di incontro con gli esperti e di confronto.

Per informazioni e iscrizioni: 06 66991333/4 segreteria@mitocon.it - www.mitocon.it/convegno2018/

Per sostenere Mitocon con una donazione o devolvendo il 5x1000:

Mitocon Onlus - IBAN

IT97V0200805248000010974114

CF: 9748 8070588

Il vostro sostegno è la nostra energia! Fine modulo

Insieme per lo studio e la cura delle malattie mitocondriali

IL RUOLO DEL TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Direttivo ANUPI TNPEE

Il Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (abbreviando TNPEE) è un Professionista Sanitario della classe della Riabilitazione istituito con Decreto del Ministero della Sanità nel 1997.

E' una figura professionale unica in Europa, nata dall'integrazione tra la cultura psicomotoria che considera la persona in modo globale -dove esperienza corporea, emotiva e cognitiva sono intrecciate ed interdipendenti- e le conoscenze teorico-cliniche della neuropsichiatria infantile, nelle aree della neurologia, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo.

E' l'unico laureato dell'area della Riabilitazione che **si forma specificatamente sull'età evolutiva per l'intero corso di studi.**

Il Core Competence del Corso di Laurea è stato costruito a partire dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle Linee Guida Nazionali inerenti la Professione e la programmazione dell'insegnamento tutoriale garantisce agli studenti la giusta centralità in un sistema in cui vengono costantemente sollecitati ad impegnare le loro risorse intellettuali, etiche, relazionali, per acquisire progressivamente un controllo decisionale.

Il TNPEE **svolge in collaborazione con l'equipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile e in collaborazione con le altre discipline dell'area pediatrica, gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili, nelle aree della neuropsicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo.**

ANUPI TNPEE

ASSOCIAZIONE NAZIONALE UNITARIA *Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* Italiani. Dal 2005 RAPPRESENTATIVA a livello nazionale della PROFESSIONE SANITARIA del TNPEE.

CONTACT
E-mail: info@anupitnpee.it
 Coordinamento regionale: coordinamentoregioni@anupitnpee.it
 Sito Web: <http://www.anupitnpee.it>
 Facebook: <https://www.facebook.com/ANUPITNPEE>



DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO



DISTURBI DELLA COORDINAZIONE MOTORIA



SINDROMI GENETICHE E DISABILITÀ INTELLETTIVE



DISTURBI SENSORIALI DELL'APPARATO VISIVO



DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO



DISTURBI SENSORIALI DELL'APPARATO Uditivo



ADHD DEFICIT DELL'ATTENZIONE E DELL'IPERATTIVITÀ



PARALISI CEREBRALI INFANTILI



© Tutti i diritti sono riservati - ANUPI TNPEE

Il TNPEE **adatta** gli interventi terapeutici alle peculiari caratteristiche dei pazienti in età evolutiva con quadri clinici multiformi che si modificano nel tempo in relazione alle funzioni emergenti; , **individua ed elabora** il programma di prevenzione, di terapia e riabilitazione volto al superamento del bisogno di salute del bambino con disabilità dello sviluppo ed **attua** interventi terapeutici e riabilitativi nei disturbi percettivo-motori, neurocognitivi e nei disturbi di simbolizzazione e di interazione del bambino fin dalla nascita (D.M. 17 Gennaio 1997, n. 56).



In estrema sintesi l'intervento del TNPEE è specifico per bambini e adolescenti in età 0-18 che presentano:

- rischi, ritardi o disordini del processo di sviluppo;
- malattie precocemente identificate che causano disfunzioni e disabilità.

Nel recente manuale diagnostico dell'American Psychiatric Association DSM 5, pubblicato in Italia nel 2014, sono descritte le categorie dei **disturbi del neurosviluppo** in cui si collocano i principali disordini di cui si occupa il TNPEE:

Disturbi dello Sviluppo Intellettivo
- <i>Disabilità Intellettiva</i>
- <i>Ritardo Globale di Sviluppo</i>
Disturbi Motori
- <i>Disturbo di sviluppo della Coordinazione</i>
- <i>Disturbo da movimenti stereotipati</i>
- <i>Disturbi da tic</i>
Disturbo delle Spettro Autistico
Disturbo da deficit di attenzione/iperattività
Disturbi della Comunicazione
- <i>Disturbo del linguaggio</i>
- <i>Disturbo della fonazione</i>
- <i>Disturbo della fluenza verbale</i>
- <i>Disturbo della comunicazione sociale</i>

La cornice teorica all'interno della quale il TNPEE opera è rappresentata dal modello biopsico-sociale; l'intervento neuropsicomotorio pone l'accento sul funzionamento, tiene conto delle interazioni tra funzioni e strutture corporee, dell'attività e della partecipazione del

soggetto, di fattori personali e fattori ambientali che possono costituire facilitatori o barriere, ed è pienamente coerente con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - ICF-CY approvata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'intervento del TNPEE non si focalizza sul deficit, ma attraverso un **approccio globale e precoce** si prefigge di:

- sollecitare i processi di riorganizzazione funzionale contribuendo alla stabilizzazione di uno sviluppo armonico;
- promuovere l'organizzazione delle competenze emergenti e la modificazione dei comportamenti atipici;
- sostenere l'integrazione delle funzioni motorie-percettive dando valore agli atti come rivelatori dei processi adattivi e mentali del bambino.

Il TNPEE utilizza in fase precoce strategie di sintonizzazione e di imitazione per rispecchiare la capacità di agire del bambino e rinforzarne l'identità; si avvale inoltre di tecniche specifiche per fascia d'età, per singoli stadi di sviluppo e di metodiche coerenti con i disordini presenti, basate sull'evidenza di efficacia e riconosciute dalla comunità scientifica.

L'intervento neuropsicomotorio non può prescindere da:

- identificare, nella fase precoce, l'esperienza del corpo e l'interazione come condizione primaria per l'integrazione delle funzioni mentali e delle relazioni interpersonali
- prevedere facilitazioni costanti e stabili finalizzate a promuovere processi di regolazione,

continuità ed integrazione

- coinvolgere i genitori e gli operatori per generalizzare le competenze sviluppate nel setting riabilitativo.

Si tratta dunque di promuovere e supportare un percorso di “crescita” complesso ed articolato, reso possibile, da un lato, dalla progressiva maturazione di strutture neurobiologiche che riescono ad organizzare le esperienze in sistemi di complessità crescente e, dall’altro, dalla progressiva acquisizione delle abilità motorie, prassiche, linguistiche e sociali. Il lavoro abilitativo-riabilitativo non deve mai perdere di vista la valenza “strumentale” delle abilità, cioè il ruolo e il significato che esse assumono all’interno del progetto di sviluppo globale del bambino.

Il TNPEE utilizza l’azione motoria e il corpo che agisce come strumenti privilegiati d’intervento; il movimento rappresenta infatti una potente forma di espressione e di comunicazione presente fin dalla nascita. La lettura del comportamento non verbale - gesto, postura, tono muscolare, sguardo, uso dello spazio e degli oggetti - fornisce informazioni sull’identità e sul funzionamento della persona consentendo, nel bambino, di risalire alle funzioni interessate dal disturbo dello sviluppo. Il corpo del TNPEE è messo in gioco nelle sue componenti motorie, percettive ed espressive. Attraverso il gioco e l’interazione il TNPEE favorisce la ricomposizione di azioni disorganizzate aiutando il soggetto a dar loro un significato condiviso; le parole sono scelte con cura: definiscono, sottolineano, amplificano, enfatizzano azioni ed emozioni.

Tra le competenze del TNPEE previste dal D.M. 56/97 è compresa la verifica dell’adozione di protesi e di ausili rispetto ai compensi neuropsicologici e al rischio psicopatologico. Il TNPEE collabora inoltre con gli operatori scolastici per la stesura del Piano Educativo Individualizzato, svolge attività di studio, di didattica e di ricerca specifica applicata, di consulenza professionale nei servizi sanitari e nei luoghi in cui si richiede la sua competenza; contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale; svolge la



sua attività in strutture pubbliche e private, in regime di dipendenza e libero professionale.

L’Associazione Nazionale Unitaria dei TNPEE Italiani, ANUPI TNPEE, è nata 31 anni fa con la funzione di perseguire il riconoscimento e la valorizzazione del TNPEE rapportandosi ai diversi Enti pubblici e privati che si occupano di terapia, riabilitazione e prevenzione. E’ interlocutrice del Ministero della Salute, del MIUR, dell’Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni, delle AUSL e dei Corsi di Laurea per Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva ed aderisce al CONAPS (Coordinamento Nazionale delle Professioni Sanitarie). Come Associazione scientifico-professionale che non ha fini di lucro, persegue le seguenti finalità :

- a) promuovere iniziative atte a far conoscere, tutelare e sostenere la professione sanitaria del TNPEE;
- b) costruire attraverso i suoi organi e le sue iniziative il punto di riferimento delle istanze dei suddetti professionisti per quanto concerne gli aspetti scientifici, metodologici e deontologici della professione;
- d) promuovere l’aggiornamento professionale, anche al fine di una miglior tutela dell’utenza, organizzando incontri, convegni, seminari;
- e) attivare iniziative atte a coinvolgere le istituzioni locali (Comuni, Province, Regione, Ministero, Università) intorno alle problematiche della professione;
- f) affiancare altre associazioni professionali in iniziative che abbiano valore di scambio culturale e di unità di intenti verso la pubblica opinione e verso le istituzioni locali.

la tua fisioterapia diventa unica



CONSULENZA



FORNITURA



FORMAZIONE



ASSISTENZA

TERAPIA CELLULARE ATTIVA

INDIBA®
ACTIV/THERAPY
MEDICAL PROIONIC SYSTEM

tecnologia brevettata con triplice effetto:
 ✓ Bio Stimolazione
 ✓ microcircolazione
 ✓ iperattivazione

da sempre **tecarterapia**

Certificazione EMC
COMPATIBILITÀ
ELETTROMAGNETICA

FISIOTERAPIA HI-TECH

ENRAF NONIUS
PARTNER FOR LIFE

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

trasportabile e con protocolli trattamenti preconfigurati rapidi ed efficaci

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

LASER AD ALTA POTENZA

Hilterapia®

il Jaser Nd:YAG più potente al mondo

rapida risposta analgesica, antinfiammatoria e rigenerativa

lasertterapia portatile evoluta

MLG
Multiwave
Lockedsystem

RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

TecnoBody®

valutazione posturale e controllo propriocettivo mono-bipedalico

il medical fitness per la prevenzione e il mantenimento

immersione virtuale e feedback in tempo reale

LEADER NELLE ONDE D'URTO

EMS+

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
discretamente cerneo-attivo
125 ml e 4.40 fl. oz.

relaxACTIV

medical **calo**
TECNOLOGIE PER LA RIABILITAZIONE

☎ 080 30 23 188

↗ medicalcalo **it**