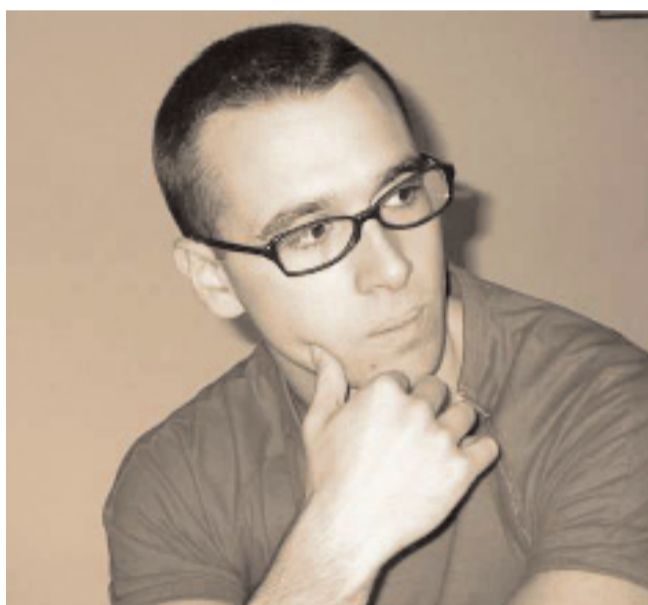


# Quando a farsi male è il fisioterapista

Necessaria un'attenzione maggiore alle patologie professionali, spesso originate da carenze delle strutturali dei reparti in cui si lavora. Ecco come valutarle e come prevenirle

**Filippo Zanella, fisioterapista libero professionista, docente di Mobilizzazione Manuale Carichi e moderatore nella sezione Ortopedia per il sito Fisionline.org, ha recentemente pubblicato uno studio che affronta il tema dei rischi nella professione del fisioterapista e propone uno strumento specifico per la valutazione del rischio da postura e da movimentazione carichi. È l'occasione per parlare di un problema sottovalutato.**



**Dottor Zanella, si può affermare che quella del fisioterapista è una professione rischiosa?**

In un certo senso sì, anche se ritengo sia necessario specificare in quali termini.

Parlando di rischio lavorativo spesso viene da associare il rischio legato alla possibilità di eventi traumatici o, nel caso di personale sanitario che lavora quotidianamente a contatto con agenti patogeni, rischio biologico.

Nel caso dei fisioterapisti la questione è sensibilmente diversa, in quanto il rischio è prevalentemente correlato all'insorgenza di problematiche muscolo-scheletriche da *overuse*, a valenza solitamente cronica. Mi riferisco in particolare modo alle **rachialgie**, che vedono proprio nella popolazione dei fisioterapisti tra le maggiori incidenze, e alle **patologie articolari da sovraccarico**, specialmente degli arti superiori.

**C'è una sufficiente consapevolezza tra i fisioterapisti del rischio del loro lavoro?**

Non sempre, purtroppo. Da diverse indagini effet-

tempo di uno fatto manualmente, e alcuni operatori dovevano lavorare con i minuti contati. Non pochi fisioterapisti si trovavano nella sgradevole e ricattatoria condizione del "o ti sta bene così, o puoi trovare un altro lavoro", in quanto adattamenti strutturali e ausili moderni costituiscono, chiaramente, una spesa per l'azienda.

**Quanto varia il rischio in funzione dell'approccio individuale nell'esercitare la fisioterapia?**

Dallo studio che abbiamo effettuato e dalla mia personale esperienza, approssimativamente per il 25%. Il rischio, nel lavoro del fisioterapista, fondamentale è legato a due fattori: i fattori individuali e quelli strutturali del reparto. Entrambi i fattori si possono distinguere in elementi modificabili e non modificabili.

Per quanto riguarda i fattori individuali, gli elementi non modificabili sono chiaramente l'età e l'altezza del fisioterapista: fisioterapisti più anziani e di statura più elevata sono maggiormente soggetti a incorrere in problematiche muscolo-scheletriche. Gli elementi modificabili sono invece le posture adottate, la competenza in termini di mobilizzazione manuale e ausiliata dei carichi.

Un aspetto estremamente interessante emerso dallo studio è il fatto che, al variare delle condizioni lavorative, il livello di rischio legato alle posture assunte dallo stesso fisioterapista variava davvero di poco. È come se ciascun fisioterapista avesse un "imprinting" posturale proprio che, entro certi limiti, ripropone anche al variare delle situazioni. Non di minor importanza infine, tra i fattori modificabili, è anche la conoscenza nell'utilizzo di tecniche di autotrattamento: un esempio tipico sono gli esercizi della scuola McKenzie, che ha fatto delle posture preventive e di autotrattamento il proprio cavallo di battaglia. Per quanto riguarda invece i fattori strutturali, gli elementi modificabili sono quelli concernenti l'ausiliazione (lettini ad altezza regolabile, sollevatori, strumenti di

trasferimento), mentre quelli non modificabili sono quelli dettati dagli spazi: ad esempio più sono angusti o con dislivelli e più costituiscono un sovraccarico funzionale per il lavoratore.

**È possibile standardizzare certi interventi in modo da minimizzare i rischi professionali?**

Difficile in effetti, ma vi sono comunque numerose accortezze che devono essere messe in atto per limitare i rischi. In primo luogo, è importante sottolineare che qualunque forma di mobilizzazione dei carichi deve sempre essere ausiliata, e solo in casi eccezionali può essere effettuata manualmente, e comunque in questi casi con l'aiuto di un'altra persona.

Non devono assolutamente essere permesse forme di "ricatto" aziendale: la tutela della salute dei lavoratori è una priorità fondamentale di qualunque paese civile, pertanto trovo sconcertante che in molti reparti si vedano ancora lettini ad altezza fissa, con terapisti totalmente flessi sul letto per fare terapia, e trasferimenti dei pazienti fatti "a spalla". Nel caso di ambienti limitati, è chiaro che risulta molto difficile, se non impossibile, effettuare cambiamenti strutturali, ma è senz'altro vero che dev'essere applicata una logica di ottimizzazione di utilizzo degli spazi.

Per quanto concerne invece il lavoratore, è fondamentale agire su tre fattori: informazione dei rischi, continuo aggiornamento in termini di mobilizzazione manuale ed ergonomia posturale, tecniche di autotrattamento. In tal caso si può essere sicuri di aver fatto tutto per limitare i potenziali rischi.

Vi è da dire che, nella nostra professione, esiste purtroppo un "rischio di fondo" ineliminabile. Alcune manovre terapeutiche, specialmente l'assistenza e l'esecuzione di tecniche di rieducazione neuromotoria in pazienti affetti da ictus, esercitano comunque sollecitazioni sull'apparato muscolo-scheletrico di livelli non trascurabili. In questi casi, non è possibile eliminare il rischio implicito nell'eser-

## LO STUDIO DEL RISCHIO PROFESSIONALE

Gli infortuni legati al lavoro nelle professioni sanitarie colpiscono circa 35.000 lavoratori all'anno (Fonte: Inail, Rapporto Annuale 2006) e il problema che più di frequente interessa questa categoria di lavoratori è la lombalgia. Tuttavia le problematiche non si riducono solo al rachide, ma interessano un ampio spettro di disturbi muscolo-scheletrici in generale, in particolar modo al cingolo scapolare e all'articolazione del ginocchio.

### Uno studio specifico sulla professione del fisioterapista

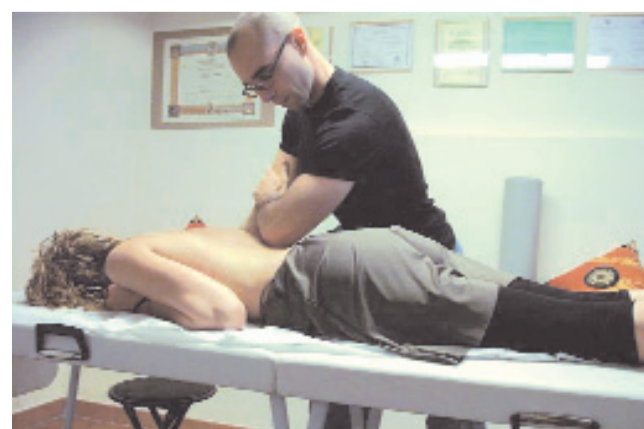
Firmato da Filippo Zanella, Alessandra Amici e Paola Foschi - tre dottori fisioterapisti che svolgono la loro attività clinica e didattica prevalentemente in Emilia Romagna - lo studio si è posto l'obiettivo di elaborare la proposta di un nuovo metodo di valutazione del rischio lavorativo che sia specifico per la professione del fisioterapista e che tenga conto di tutti i parametri necessari non evidenziati dai metodi preesistenti.

Novi fisioterapisti appartenenti a tre differenti reparti di degenza sono stati seguiti per un periodo di tre settimane, nelle quali è stata svolta un'indagine fotografica atta a individuare le posture assunte durante il lavoro. Dallo studio delle fotografie è stata creata una legenda di classificazione del rischio posturale. I fisioterapisti sono stati seguiti per ulteriori tre settimane, durante le quali, attraverso un'apposita scheda di valutazione, chiamata "Scheda RPM", sono stati misurati i livelli di rischio delle posture assunte. È stato inoltre effettuato uno studio interoperatore per una preliminare stima dell'affidabilità del metodo.

**Dall'analisi dei risultati è emerso che il rischio nella professione del fisioterapista è fortemente legato alla specificità del reparto, allo stile individuale di lavoro e alla formazione del lavoratore in merito al rischio e alla prevenzione dello stesso.**

Il confronto dei dati con quelli ottenuti dall'applicazione dell'indice MAPO ha prodotto risultati parzialmente diversi. Lo studio interoperatore ha evidenziato una buona affidabilità del metodo di rilevazione. Lo studio, anche se limitato in termini quantitativi, ha permesso di sviluppare uno strumento di valutazione applicabile in modo specifico alla professione del fisioterapista. L'applicazione del nuovo metodo ha consentito di individuare alcuni punti di intervento per la riduzione dei livelli di rischio lavorativo. Inoltre, ha permesso di integrare e confrontare i dati con quelli ottenuti dall'applicazione dell'indice MAPO.

*Filippo Zanella, Alessandra Amici, Paola Foschi. Studio di uno strumento specifico per la valutazione del rischio da postura e da movimentazione carichi nella professione del fisioterapista. Scienza Riabilitativa Vol. 11 n° 1, pagg. 15-24.*





cizio terapeutico, perché significherebbe limitarne la sua efficacia; la soluzione migliore è pertanto quella di alternare i carichi di lavoro con dei sufficienti tempi di recupero.

Anche per la tutela del paziente, non è ammissibile una mentalità lavorativa a "catena di montaggio".

**A suo avviso, c'è abbastanza attenzione a questo tipo di problematiche nei programmi di formazione professionale? Cosa si potrebbe fare in proposito?**

No, purtroppo. A volte per colpa del fisioterapista stesso, che in certi casi ha perso lo stimolo e la volontà di migliorare la propria professionalità, ma nella maggior parte dei casi si tratta di una scelta aziendale: è risaputo che l'informazione e la conoscenza creano problemi. Le sembrerà incredibile, ma una volta, nel preparare un corso di formazione sulla sicurezza nel lavoro in una struttura privata, mi era stato chiesto, in modo nemmeno tanto velato, di omettere alcune informazioni che avrebbero potuto "sollevare problemi". Pazzesco, non trova? L'informazione è la chiave fondamentale: purtroppo un fisioterapista disinformato e da solo può fare ben poco, ma un gruppo di operatori unito e informato ha davvero il potere di migliorare la qualità del proprio lavoro.

**Cos'altro si può fare per ridurre questi rischi?**

Adeguata tutela dei diritti dei lavoratori, informazione aggiornata sulla legislazione, formazione professionale continua con corsi e workshop, periodici gruppi di confronto tra gli operatori: queste sono le chiavi per l'abbattimento dei rischi. Quando parlo di formazione continua, intendo dire costante e, soprattutto, aggiornata, non il semplice minimo sindacale per l'ot-

tenimento dei crediti. Sembra incredibile, ma vi sono ancora tanti "formatori", o presunti tali, che continuano a riproporre, come tecniche di autotrattamento per la lombalgia, esercizi di rinforzo addominale. E mi riferisco a medici docenti, non semplici diplomati Isef di 20 anni fa.

Infine, è necessario adottare un adeguato indice di valutazione dei rischi, e che sia specifico per la professione del fisioterapista. Prima del presente studio, non esistevano infatti strumenti validi per determinare i livelli di rischio, ma si utilizzavano altri sistemi di valutazione, indubbiamente efficaci, ma inapplicabili a un lavoro come quello del fisioterapista.

**Lo studio ha prodotto delle conseguenze specifiche - riscontri da parte degli studiosi e cambiamenti nei metodi di lavoro?**

Fortunatamente sì. Oltre all'interessamento da parte del gruppo di Ergonomia Postura e Movimento di Milano e all'applicazione dell'indice per una tesi discussa da una collega di Genova, fattori tutt'altro che trascurabili, la soddisfazione maggiore è stata proprio quella di osservare dei tangibili cambiamenti nelle strutture in cui è stata svolta l'indagine. Sembra banale, ma i lavoratori hanno acquisito una maggiore consapevolezza, anche e soprattutto dei propri diritti, ed è stato fatto dalle aziende quanto necessario per abbattere i rischi inutili.

Vorrei ricordare infatti che rischi minori significano anche minori spese e assenze per malattia, e un miglioramento della qualità del lavoro. Non è un caso che, nei reparti esaminati, i lettini ad altezza fissa siano stati sostituiti con quelli ad altezza regolabile, e i sollevatori abbiano smesso di essere dei semplici occupa-spazio nella stanza a fondo corsia...

Renato Torlaschi

# La valida opzione dell'idrokinesiterapia

Attraverso gli esperti dell'Associazione Anik vi presentiamo i numerosi vantaggi di questo approccio riabilitativo

**L'Associazione Nazionale Idrokinesiterapisti (Anik) da 14 anni collabora con molti enti pubblici e privati, proponendo il proprio metodo detto ASP (Approccio Sequenziale e Propedeutico) ideato dai fisioterapisti Fulvio Cavuto e Marco Antonio Mangiarotti, in grado di affrontare con competenza tutti i principali esiti di patologie di origine neurologica, psicomotoria, ortopedico-traumatologica e vascolare.**

**Per conoscere meglio le specificità di questa metodica riabilitativa, ci siamo rivolti direttamente al dottor Cavuto, Presidente dell'Associazione. "L'idrokinesiterapia, ossia la riabilitazione in acqua, è trasversale - è un setting terapeutico - e quasi tutte le patologie possono trarne beneficio, da quelle dell'adulto con problemi neurologici, ortopedici o traumatologici, a quelle che si manifestano nell'anziano, nello sportivo, nel bambino - ci ha spiegato Cavuto -. La riabilitazione in acqua, nell'ambito delle indicazioni terapeutiche, è sempre più spesso considerata grazie al rinnovato interesse da parte degli operatori della riabilitazione e alla reale possibilità di ottimizzare potenzialità motorie residue o raggiungere risultati altrimenti inaspettati".**

**Dottor Cavuto, su quali principi si basa l'idrokinesiterapia?**

L'idrokinesiterapia prevede la conoscenza delle leggi fisiche dell'acqua, dei principi neuromotori che possono rapportarsi all'ambiente microgravitatorio e alle caratteristiche biomeccaniche e neuromuscolari patologiche dei corpi in immersione. Occorre conoscere le caratteristiche del movimento sotto l'effetto della spinta idrostatica, frenato dalla resistenza idrodinamica, facilitato dall'inerzia che si produce sulla superficie, oppure sotto l'effetto delle turbolenze e perturbazioni che tendono a destabilizzare alcune posizioni assunte in acqua. In particolare, ricordo che è perfettamente inutile far lavorare i pazienti con pesi (poiché in acqua è possibile ridurre la gravità) o riprodurre semplicemente schemi o esercizi di metodiche che vengono normalmente seguite a secco.

**Quali vantaggi può offrire rispetto ad altri approcci riabilitativi?**

Per le patologie che comportano una forte invalidità (emiplegia, lesioni midollari, sclerosi multiple, tetraparesi e diparesi spastiche, distrofie muscolari, ecc.) lavorare in acqua significa superare molte barriere psicologiche, mentali e architetto-

niche, poiché tutti prima di entrare in vasca dovranno confrontarsi con l'ambiente esterno, fatto di spogliatoi, vestizione, passaggi posturali, cura della persona, tutto ciò che definisce "logistica in relazione alle persone e agli ambienti".

In traumatologia o negli esiti di intervento chirurgico (protrusioni discali, interventi a colonna, spalla, ginocchio, caviglia, etc.) si riducono notevolmente i tempi di recupero funzionale, viene ben tollerato il dolore articolare e muscolare, anche se spesso l'idrokinesiterapia va integrata con le tecniche usate a secco, come verifica di risultati o di potenziali motori.

Un altro aspetto di notevole importanza, riguarda l'idrokinesiterapia come strumento di supporto per la riconquista delle autonomie, argomento che tutte le persone con diversa abilità condividono.

**Ci spieghi meglio questo concetto**

La rieducazione in acqua, in particolare il Metodo ASP, non conosce la "riabilitazione che perpetua se stessa", poiché ha come primario obiettivo quello di rinforzare le autonomie residue, di abbattere ogni forma di assistenzialismo che toglie dignità a qualsiasi persona in grado di poter sfruttare al meglio le proprie capacità.



Qui sopra, il dottor Fulvio Cavuto impegnato in una sessione di riabilitazione in acqua. Sul sito dell'Associazione Nazionale Idrokinesiterapisti (Anik) [www.anik.it](http://www.anik.it), numerosi contributi scientifici sulle tecniche riabilitative e anche un programma di corsi, già frequentato da oltre 1.400 fisioterapisti sparsi su tutto il territorio nazionale e operanti sia in ambito pubblico che privato.