

Il processo è iniziato e sarà irreversibile. L'attivazione della laurea specialistica in scienze riabilitative in alcuni atenei italiani segna un punto di svolta nella formazione della professione, consentendo l'acquisizione delle competenze necessarie per aprire nuovi scenari sia in ambito formativo che professionale.

In Sicilia la partenza del corso integrativo per il riconoscimento dei titoli pregressi è stato il passo necessario per consentire il conseguimento della laurea di I livello per circa ottocentocinquanta colleghi a Palermo e un centinaio a Messina. Così, una parte cospicua di fisioterapisti siciliani ha preferito "attualizzare" il proprio titolo di studio anche se ciò non apporterà nessuna modifica in ambito lavorativo e neanche è richiesto dalla legge per accedere alla formazione post-base: specialistica, master, etc. Ma è sicuramente segno della volontà di riconoscere il processo di istituzionalizzazione del sapere riabilitativo come momento topico nella costruzione della cultura riabilitativa.

Una cultura fondata non solo su un sapere teorico che ne delimita una particolare visione del mondo, ma soprattutto su un agire che è il luogo sperimentale nel quale il sapere teorico si costruisce e diventa azione terapeutica: una prassi che è anche metodo di ricerca.

Il lavoro del riabilitatore, infatti, finalizzato al raggiungimento del massimo grado di recupero funzionale, si contraddistingue per la sua modalità di elaborazione di una particolare fenomenologia della conoscenza riabili-

tativa in cui la descrizione del fenomeno "così come esso si dà", è solo un necessario passaggio metodologico per programmare operazioni che ritornano al reale per proporre cambiamenti: si mette così in atto un processo ricorsivo che vede interagire reciprocamente soggetto ed oggetto del processo riabilitativo.

Una modo di operare che induce a verificare l'efficacia di differenti proposte terapeutiche anche nei confronti di una patologia ampiamente diffusa come la lombalgia. Tuttavia, è sempre importante vigilare per evitare che, alla realtà di una professione matura, che ha ormai gli strumenti per operare all'interno del suo statuto epistemologico e fin dal suo percorso di formazione contiene gli elementi per esprimersi in modo da "non applicare pedissequamente quanto proposto da altri", si contrapponga l'atteggiamento di chi nutre nei confronti dei fisioterapisti siciliani un certo "coefficiente di aversità", che può favorire sue logiche interne, ma finisce per arrecare disagi ai professionisti ed agli utenti.

Una ragione in più per considerare indispensabile il contributo e l'impegno di tutti per la tutela e per la crescita della professione.

Una ragione in più per essere presenti al Congresso regionale dell'Associazione che si terrà a Palermo il 15 Maggio p.v. per fare un bilancio del lavoro fatto ma soprattutto per mettere a fuoco tutti gli obiettivi che ancora sono da realizzare.

Angelo Ginestra

Fare Riabilitazione

AIFI Sicilia magazine

Trimestrale dell'Associazione Italiana
Fisioterapisti - Regione Sicilia

Direttore Responsabile
Angelo Ginestra

Redazione
Filippo Cavallaro, Giuseppe Enea,
Rosario Fiolo, Carmelo Rocco,
Roberta Russo

Coordinamento redazionale
Dora Cinà

Grafica e impaginazione
Dora Cinà, Angelo Ginestra

Stampa
Seristampa Palermo
Tiratura 3000 copie

Tesi in riabilitazione: spunti costruttivi <i>Carlo Perfetti</i>	3
Scelte differenziate: mano e rieducazione <i>Antonino Morano, Patrizia Maio</i>	6
Comunicazione Congresso Regionale	7
Si potrà pure far qualcosa: storia di Libertà <i>Sabrina Maniscalco</i>	8
Lombalgia acuta: RPG o chinesiterapia tradizionale <i>Orazio Meli</i>	9
Piani di Zona: il ruolo del fisioterapista <i>Fabio Dell'Aira</i>	14
Yoga e Riabilitazione <i>Giuseppe Verde</i>	15
Legami di ri-conoscenza <i>Filippo Cavallaro</i>	15

Per iscriversi all'A.I.F.I. Regione Sicilia

Effettuare il pagamento della quota associativa di € 80.00 (soci ordinari) o di € 26.00 (quota associativa studenti):
- sul c/c bancario n.540/9 presso il Credito Emiliano di Palermo, sede p.zza De Gasperi n.25/A ABI 3032 - CAB 4601, oppure
- sul c/c postale n.39785092,
intestato ad A.I.F.I. Regione Sicilia
Via M.se di Villabianca n.120 90143 Palermo, specificando la causale del versamento.
Utilizzare il modulo d'iscrizione scaricandolo dal sito www.aifisicilia.it, compilarlo, in doppia copia, in tutte le sue parti.
Spedire entrambe le copie corredate di:
1. fotocopia del versamento;
2. fotocopia autocertificata del titolo conseguito (per gli studenti certificato di frequenza);
3. fotocopia della P.IVA (solo per i liberi professionisti).

CORSI

Eventi formativi ECM 2005 a Messina	16
Corso "Metodo Pompage"	17
2° Corso base per la Riabilitazione della mano	18
La Riabilitazione post-artroscopia del ginocchio	18

In copertina:

Henry Moore, *Figura giacente*, particolare, 1933
Collezione privata

AIFI Sicilia

via Marchese di Villabianca n.120
90143 Palermo - tel. fax 091 303908
www.aifisicilia.it info@aifisicilia.it

Presidente
Rosario Fiolo
Segretario
Filippo Cavallaro
Tesoriere
Giuseppe Enea
Ufficio Formazione
Orazio Meli
Ufficio Giuridico e Liberi Professionisti
Carmelo Rocco
Ufficio Rapporti Sindacali
Roberto Ferrara
Ufficio Comunicazione e Relazioni Esterne
Antonino Morano

Sezioni Provinciali

Catania *Giuseppe Cultrera*
Palermo *Angelo Ginestra*
Referenti Provinciali
Caltanissetta *Fabio Dell'Aira*
Enna *Roberta Russo*
Siracusa *Giuseppe Pulvirenti*

Collaborazioni

Chiunque può collaborare facendo pervenire alla redazione, presso la sede dell'AIFI, o all'indirizzo fareriabilitazione@aifisicilia.it, articoli a carattere scientifico, culturale, sociale, sindacale e politico, di interesse riabilitativo, eventualmente provvisti di foto, disegni e tabelle, purchè inediti. Tali articoli, esclusivamente in file, dovranno avere le seguenti caratteristiche: word, times new roman, corpo 12, minimo 1900 - massimo 6500 battute.
La responsabilità di tutti gli articoli pubblicati è degli autori firmatari. La redazione valuta e decide liberamente la pubblicazione se in linea con le proprie scelte. L'eventuale pubblicazione è a titolo completamente gratuito.

Fare Riabilitazione sarà inviato gratuitamente a tutti coloro che ne faranno richiesta all'AIFI Sicilia, comunicando il proprio indirizzo a:

fareriabilitazione@aifisicilia.it

Coloro che non intendessero ricevere questa rivista sono pregati di darne comunicazione formale a mezzo lettera.

Tesi in riabilitazione: spunti costruttivi

di Carlo Perfetti*

La preparazione della tesi finale di diploma di laurea risulta significativa solo se rappresenta l'applicazione di acquisizioni metodologiche elaborate durante i precedenti anni di corso. L'allievo al termine degli anni di corso deve infatti aver acquisito:

a) Le basi epistemologiche per una "cultura della domanda", cioè la capacità di porsi problemi ai quali senta la necessità di dare risposta in maniera circostanziata, cioè sia alla luce del sapere acquisito sia attraverso la consultazione di altri fonti di sapere sia attraverso la produzione di nuove conoscenze.

b) La convinzione, che scaturisce da questo tipo di cultura, che acquisire una nozione non significa solo possedere la sua conoscenza sul piano mnemonico o pratico, ma significa soprattutto essere in grado di problematizzarne i contenuti.

c) La conoscenza dello scarso o nullo significato del riabilitatore "normale", cioè di un operatore che si limiti ad applicare pedissequamente quanto proposto da altri, tutt'al più apportando lievi modifiche in fase operativa. L'allievo deve infatti essere convinto che il riabilitatore, per essere realmente tale, durante il lavoro quotidiano deve essere in grado di produrre, oltreché benessere per il malato, anche conoscenze nuove e che i due aspetti sono strettamente correlati tra loro. Si può anzi teorizzare senza eccessiva difficoltà che tanto più è sentito il secondo momento tanto più efficace sarà il primo.

d) La certezza che la riabilitazione, come tutte le discipline, si basa su di un sapere "in fieri", cioè su di una serie di conoscenze organizzate che viene ad essere continuamente modificato sulla base dell'acquisizione di nuovi concetti sia da parte dei riabilitatori sia da parte di altri clinici e ricercatori. L'allievo terapista deve aver coscienza che col suo operare può e deve dare un contributo all'accrescimento del sapere riabilitativo e ad una migliore organizzazione di queste conoscenze.

Queste premesse devono trovare conferma nella preparazione del lavoro finale di diploma, che non deve essere pertanto solo una trattazione, magari anche estremamente accurata, di qualche tema riabilitativo e neppure il ripasso puro e semplice di una serie di esercizi o di valutazioni. Il suo scopo è di dare ai docenti della scuola la visione di quanto l'allievo, in conseguenza dei loro insegnamenti, abbia imparato non solo a fare, ma anche ad essere attraverso il suo lavoro ed il suo studio.

Anche sul piano operativo, quindi, oltre che su quello concettuale, il lavoro di tesi dovrà essere preparato da altri impegni propedeutici di minor rilievo, ma ugualmente di elevato significato epistemologico.

Verrà infatti richiesto allo studente:

- lo svolgimento di ricerche bibliografiche;
- l'analisi di testi di diverse discipline e loro interpretazione riabilitativa;
- la progettazione di esercizi innovativi;
- la interpretazione in funzione riabilitativa di patologie poco note;

- la raccolta di osservazioni relazionate al sapere acquisito;
- l'analisi del linguaggio del paziente;
- e tutto quanto possa essere ritenuto utile per favorire le acquisizioni sopra elencate.

La tesi di diploma può in questo modo essere interpretata come un tentativo di raggiungere nuove conoscenze riabilitative o di organizzare in maniera nuova e rilevante per la riabilitazione conoscenze già acquisite in altri campi.

Si tratta quindi per l'allievo di porsi in maniera organica, probabilmente per la prima volta, di fronte all'impegno costituito da una elaborazione originale di argomenti riabilitativi. Si possono distinguere diverse tipologie di tesi. Sostanzialmente si può parlare infatti di:

- tesi di tipo sperimentale;
- tesi di tipo argomentativo;
- tesi di tipo compilativo.

Nelle tesi del primo gruppo il compito dello studente è quello di elaborare un argomento rilevante dal punto di vista riabilitativo in maniera innovativa. Rientrano, ad esempio, in questo gruppo di lavori la proposta di esercizi di tipo nuovo sia in assoluto sia in una determinata patologia oppure la elaborazione di scale di valutazione o di criteri di valutazione originali. Naturalmente questo tipo di lavoro richiede sia all'allievo che al docente-guida (tutor) una serie di conoscenze, di esperienze e di capacità elaborative e critiche che devono essere già state preparate negli anni di corso precedente.

Il secondo tipo di tesi prevede da parte dello studente l'analisi di conoscenze di tipo diverso rispetto a quelle strettamente riabilitative e l'analisi delle relazioni tra queste e il lavoro o il sapere riabilitativo. Rientrano in questo gruppo, ad esempio, tesi volte ad analizzare le possibili conseguenze sull'operare riabilitativo di concetti neurofisiologici nuovi nei confronti delle conoscenze più comuni. Un esempio può essere dato dallo studio della rilevanza ai fini dell'organizzazione della condotta terapeutica delle nuove visioni relative alla funzione cerebellare oppure delle più recenti ipotesi relative all'area motoria. In questi casi lo studente non deve produrre direttamente materiale nuovo, ma deve comunque inferire ed elaborare relazioni tra nuove conoscenze provenienti da altri laboratori e quanto lui stesso, con la guida del suo "tutor", ha potuto rilevare in palestra.

Anche in questo caso l'elaborazione dello studente deve condurre ad una ricerca che deve essere originale, anche se non consiste nella proposta e nella sperimentazione di procedure innovative sul piano operativo, come nel primo tipo di tesi preso in considerazione.

Si prevede infatti l'elaborazione e la ricerca di relazioni nuove e pertanto non ancora accertate con sicurezza tra l'evoluzione di un certo campo del sapere e l'evoluzione delle discipline riabilitative. Non deve pertanto essere sottovalutata da un punto di vista concettuale.

Il terzo tipo di tesi, che è stato definito compilativo, può presentarsi apparentemente come più semplice, in quanto

prevede l'analisi di tematiche già comprovate e quindi date per scontate in un determinato ambito del sapere riabilitativo. Si può trattare, ad esempio, dello studio della presenza di disturbi relativi al corpo nell'ambito di determinati quadri patologici a carico del sistema nervoso centrale. Altri esempi possono essere rappresentati da lavori relativi ai disturbi della sensibilità nelle diverse patologie ortopedico-traumatologiche o anche dalla raccolta di tutte le scale di valutazione per la sclerosi multipla. Anche in questi casi lo studente non deve comunque limitarsi ad una registrazione pura e semplice del dato, ma deve avanzare ipotesi sulla sua natura e consistenza e sulla rilevanza di questo in ambito riabilitativo.

Qualunque sia la tipologia di lavoro individuata, all'interno del lavoro di preparazione, è da sottolineare in ogni caso, come elemento indispensabile, pena la inutilità della tesi, l'opportunità che l'organizzazione del materiale e la sua interpretazione siano caratterizzate dalla relativa originalità. Lo studente infatti deve essere posto di fronte alla necessità di porsi domande e quindi alla necessità di trovare risposte ragionevoli e successivamente di elaborare una messa alla prova della soluzione trovata, sia che si tratti di una tesi sperimentale sia anche di una tesi compilativa o anche argomentativa.

In questa situazione deve così trovare conferma il fatto che anche in riabilitazione nessun atto deve essere eseguito senza determinare domande, previsioni, ipotesi di soluzione e tentativi di convalida.

L'elaborato finale dovrà convalidare la metodologia appresa dallo studente, proprio permettendogli di manipolare, in maniera quasi autonoma, conoscenze relativamente nuove. La consapevolezza della novità nell'elaborazione avrà il compito di far comprendere allo studente, con tutte le opportune cautele, che anche in riabilitazione tutti hanno la possibilità e il dovere di collaborare all'evoluzione delle conoscenze e non solamente pochi illustri ricercatori.

Nell'elaborazione del lavoro di tesi si possono schematicamente distinguere diversi momenti che devono vedere diversamente impegnato lo studente con una guida-collaborazione diversamente articolata da parte del "tutor".

Come elemento di base per le diverse fasi di lavoro vero e proprio (vedi sotto) deve collocarsi la scelta dell'argomento della tesi e delle caratteristiche degli obiettivi.

Lo studente ed il tutor assieme, a partire dai loro interessi, dalle loro conoscenze e dalle loro predisposizioni culturali, devono procedere ad identificare un problema realmente presente all'interno del sapere riabilitativo, la cui entità sia tale da permettere di essere affrontato nel corso del periodo stabilito e all'interno di un lavoro di tesi. Di questo dovrà essere valutata, assieme allo studente, la pertinenza con il lavoro riabilitativo e la sua reale significatività. Naturalmente già in questo momento iniziale, così come negli altri successivi, risulta fondamentale per le diverse scelte e per gli indirizzi di studio, l'impostazione teorico-culturale della scuola di appartenenza dello studente e del suo tutor.

Essendo notevolmente diversa da caso a caso la teoria della riabilitazione proposta, dei mezzi e dei fini che la disciplina si propone e quindi la definizione degli strumenti teorici ed operativi dei quali la scuola ha dotato lo studente, la rilevanza dei diversi argomenti e le modalità di affrontare le diverse problematiche, oltre che gli studiosi ai quali fare riferimento, possono variare notevolmente.

Questo momento, precedente all'applicazione allo studio

vero e proprio, deve risultare in ogni caso caratterizzato:

a) dalla individuazione dell'oggetto della tesi.

Questo è di solito rappresentato da un problema, cioè da una situazione determinata da un complesso di conoscenze, che risulti non del tutto soddisfacente alla luce di esperienze pratiche o di studio. A questa situazione è necessario trovare, attraverso ricerche di natura diversa, una risposta che poi, in qualche modo, dovrà essere convalidata. La domanda a cui deve rispondere questo primo momento di collaborazione tra allievo e tutor è "all'interno di queste conoscenze problematiche posso riuscire a proporre 'qualcosa' di innovativo?"

Se sì, occorre allora definire "in quale maniera" passando alla definizione della

b) impostazione delle modalità generali della ricerca.

Si deve cioè fin dall'inizio definire se la tesi dovrà essere:

- di tipo sperimentale, cioè se la risposta possibile richiede l'invenzione di qualcosa di innovativo;

- di tipo argomentativo, se si pensa che il problema possa essere risolto attraverso la ricerca e l'identificazione di relazioni tra diverse parti di saperi diversi; oppure

- se può derivare (tesi di tipo compilativo) da una raccolta mirata del materiale già esistente e reperibile.

Da questa fase iniziale deriva un titolo, di solito provvisorio, della tesi.

Dopo la scelta dell'argomento della tesi, del tipo di elaborazione e di un titolo provvisorio si possono infatti identificare in maniera senz'altro schematica alcune fasi:

- fase preliminare

- fase progettuale

- fase esecutiva

- fase elaborativa

- fase compilativa

alle quali, ovviamente, fa seguito la discussione dell'elaborato stesso.

Fase preliminare

Questa fase può essere suddivisa sulla base dei compiti che richiedono la più stretta collaborazione tra studente e tutor.

I. Viene richiesto allo studente di richiamare alla memoria e di raccogliere il materiale relativo a tutto quanto rientra già nelle sue conoscenze relativamente all'argomento della tesi. Rientra in questa fase anche la raccolta di testi e di materiale in genere, che possono non comparire necessariamente nell'elaborazione del lavoro finale, ma che risultano utili per costruire il sottofondo di conoscenze necessarie per una più completa rappresentazione del problema oggetto della tesi. Basti pensare alla raccolta di dati anatomici, fisiologici, operativi e teorici di diverso tipo che sono già stati acquisiti, almeno teoricamente, dall'allievo durante i tre anni di corso e che possono anche non essere presenti allo stato attuale alla sua memoria.

II. Sarà in seguito opportuna la ricerca di conoscenze diverse da quelle attualmente possedute, attraverso il reperimento di una nuova bibliografia. In questa fase l'indirizzo del tutor riveste fondamentale importanza, visto che si richiede la padronanza di conoscenze e di capacità di solito non possedute dall'allievo. In questa fase spesso può essere opportuno anche il coinvolgimento, o per lo meno la consultazione, di studiosi di altri ambiti di sapere, sia clinico che teorico. Tale tipo di collaborazione riveste estremo interesse in quanto può servire allo studente per essere introdotto ad un dialogo o con altri clinici, oltre al riabilitatore, o con ricercatori, fisiologi, psicologi, anatomici etc. L'acquisizione della capacità di svolgere un dialogo di questo tipo risulterà fondamentale per la vita professionale

futura dell'allievo anche nel lavoro di palestra, allorché l'allievo risconterà difficoltà che la cultura riabilitativa di per sé non sarà in grado risolvere e spesso neanche di affrontare. Come nelle altre fasi iniziali, il lavoro del tutor, anche in questa occasione, riveste notevole rilevanza pedagogica. Sarà infatti suo compito guidare lo studente ad una preparazione opportuna che consenta che il dialogo con gli altri studiosi risulti realmente proficuo.

III. Il collegamento tra vecchie conoscenze e nuove acquisizioni, se svolto con acutezza sufficiente permetterà allo studente di elaborare una serie di osservazioni che rappresenteranno la base per gli interrogativi ai quali rispondere attraverso lo svolgimento del lavoro di tesi.

Questa fase di confronto tra conoscenze presenti e conoscenze possibili, ipotizzate o acquisite attraverso la ricerca bibliografica ed eventualmente anche il confronto con altri ricercatori, costituisce il nucleo concettuale per la tesi. Rappresenta infatti, da un punto di vista epistemologico, il tentativo di superamento di quanto sino ad ora appreso attraverso la sua problematizzazione e la elaborazione di ipotesi di soluzione.

È centrale per la preparazione dell'allievo che il significato di questo procedimento venga sottolineato dal tutor costringendo l'allievo a distribuire coerentemente l'attenzione tra il sapere già acquisito e le possibilità di modificarlo attraverso altri contributi.

Fase progettuale

L'allievo, attraverso la ricerca bibliografica e la consultazione di eventuali esperti, è giunto all'elaborazione del problema derivato dal contrasto/incongruenza tra il sapere attuale e una serie di conoscenze/sollecitazioni derivate o dalla pratica o dalla consultazione della letteratura.

Il problema prescelto, relativo all'argomento di studio, deve, a questo punto dello svolgimento del percorso di studio, sintetizzarsi in una o più domande alle quali tutor e allievo si propongono di dare risposta.

Per rispondere a queste finalità è opportuno che venga formulata una ipotesi di ricerca, sia per la tesi di tipo sperimentale che per quella di tipo argomentativo o compilativo. L'ipotesi di ricerca rappresenta, in questa ottica, la strada che si intende seguire per dare una soluzione al problema posto dalla tesi.

Sul piano pratico dello svolgimento del lavoro, questo è il nucleo attorno al quale devono essere riorganizzate le premesse e che condurrà alla discussione di quanto elaborato e, poi, alle conclusioni.

È sulla base di questa ipotesi che viene costruita, sempre in questa fase, una sorta di itinerario di studio, che porta alla suddivisione della tesi in capitoli che consente la organizzazione di quella che può essere definita la "scatola" della tesi. Questa, lungi da essere una operazione burocratica, costituisce, in un certo senso, l'elenco organizzato e ordinato delle nozioni necessarie per permettere al lettore della tesi di comprendere la sua necessità, la sua impostazione e successivamente le sue conclusioni. Sempre in questa fase la definizione di una ipotesi di ricerca determinerà anche la necessità di pervenire alla elaborazione di un protocollo di ricerca, che serva a definire cosa deve essere ricercato e come.

Il protocollo non si riferisce solo ed esclusivamente alle tesi di tipo sperimentale, ma anche a quelle di altro tipo, in quanto in tutti i casi si tratta di raccogliere una serie di dati in un modo ben preciso, funzionale per consentire poi, nelle fasi successive, una loro interpretazione finalizzata. Che il compito dello studente consista nella raccolta di dati

bibliografici o di dati relativi ad osservazioni o di risultati relativi all'applicazione di esercizi o di descrizioni di casi patologici con interpretazione della patologia presentata, risulta in ogni caso necessario un protocollo nel quale siano raccolti ed esposti, in maniera comprensibile, i contenuti da raccogliere, le modalità della raccolta ed il valore che ad essi viene dato all'interno del lavoro.

Le fasi successive sono determinate da quanto elaborato nel momento progettuale in quanto prevedono l'esecuzione della ricerca sulla base del protocollo e l'elaborazione della risposta al problema affrontato che deriva anch'essa direttamente da questa.

Fase esecutiva

Nella terza fase il compito dell'allievo consiste proprio nello svolgimento della ricerca. Questo può essere effettuato anche dallo studente in maniera autonoma, riservando il confronto col tutor a momenti più delicati.

La conclusione di questa fase prevede come momento concettuale la raccolta e la elaborazione dei dati. Quest'ultima può spesso prevedere il ricorso ad elaborazioni statistiche, che risulta indispensabile nel caso si tratti di dati quantificabili e numerosi.

Nel caso si tratti di dati per i quali non è possibile o consigliabile una quantificazione e la raccolta dati consiste ad esempio nella raccolta di descrizioni sulla patologia o da parte del paziente, questa tappa può anche essere risolta attraverso l'analisi mirata delle descrizioni ed il rilevamento all'interno di queste degli elementi più rilevanti per gli scopi della tesi.

Fase elaborativa

Si riallaccia direttamente alla fase iniziale venendosi così a concludere il ciclo intrapreso allo scopo di dare risposta al quesito iniziale.

Può essere articolata in:

- una prima parte dedicata all'interpretazione dei dati in funzione degli obiettivi della tesi, seguita da
- una conclusione diretta alla sintesi di quanto raccolto ed elaborato condotta alla luce delle premesse
- una parte finale che prevede la risposta motivata al quesito posto dal problema iniziale, eventuali perplessità nonché la necessità, ove si riscontrino, di ulteriori ricerche su aspetti specifici del problema che non hanno potuto essere condotte per mancanza di tempo o per altri motivi individuati.

In alcuni casi non risulta del tutto inutile la discussione dei risultati ottenuti con gli esperti clinici o ricercatori con i quali era stato elaborato il problema iniziale (vedi fase preliminare).

Il ciclo epistemologico della tesi si deve infatti concludere con il ritorno al problema di partenza e con una risposta che motivi il lavoro svolto.

Fase compilativa

La preparazione della tesi non è comunque conclusa al termine del lavoro concettuale. Alla conclusione di questo, infatti, l'allievo si troverà davanti una serie di appunti, di riferimenti bibliografici, di dati elaborati, ma presentati in maniera grezza, per cui risulta necessario un ulteriore lavoro di tipo compilativo allo scopo di rendere il materiale condivisibile dai docenti e dalla commissione di esame.

La fase realmente conclusiva del lavoro comprende quindi la scrittura della tesi e la raccolta di quei materiali che rendano la presentazione più convincente e comprensibile agli ascoltatori (video, lucidi, diapositive ...).

Scelte differenziate: mano e rieducazione

di Antonino Morano*, Patrizia Maio*

La mano dell'uomo, strumento meraviglioso e complesso, con le sue 43 inserzioni tendinee, 27 segmenti ossei, 18 articolazioni e tantissimi recettori sensitivi altamente differenziati tra loro, assolve cinque importantissime funzioni: motorie, sensitive, cognitive, di prensione e di relazione.

Se una o più di queste funzioni andranno perse a causa di una lesione o di una malattia più o meno grave il suo recupero risulterà in ogni caso molto delicato e difficile.

Però, la relativa semplicità nell'accessibilità e nella dolcezza dell'organo in sé, potrebbe indurre a pensare che rieducare la mano possa essere un compito facile. Ciò significherebbe dimenticare le strette relazioni che uniscono le mani e il cervello, relazioni profonde e reciproche che devono ispirare la scelta delle indicazioni e soprattutto delle controindicazioni terapeutiche.

Questo insieme anatomico-fisiologico, sarebbe pertanto un meccanismo organico comune, se il comando cerebrale che gli compete non fosse di un'originalità del tutto particolare: infatti, non siamo di fronte ad un organo perfetto ma ad un sistema perfettibile che proprio come tale deve essere considerato.

L'educazione della mano è il frutto di una costante applicazione e di un lungo apprendimento, e ci rendiamo conto delle infinite capacità gestuali perse, solo davanti alla necessità di acquisire nuove attitudini manuali o quando una lesione viene a limitarne l'armoniosa perfezione.

Tuttavia, fondando il nostro studio sul concetto di mano centrale (mano



Leonardo da Vinci, *Studio di mani*, 1474 ca.

immagine) e di mano periferica (mano oggetto), possiamo affermare che la maggioranza dei soggetti non sfrutta la totalità delle sue capacità gestuali. La vita corrente, in effetti, si accontenta di un'educazione manuale approssimativa che dà in definitiva ad ognuno di noi, la capacità gestuale di cui ha bisogno con il risultato di una mano immagine incompleta.

Questa immagine è data dalla combinazione dello schema classico della mano periferica, mano organo a cinque dita, e dalla rappresentazione psichica molto variabile da un individuo all'altro, funzione dell'educazione manuale che egli ha ricevuto.

La medicina, la chirurgia e la riabilitazione ammettono classicamente che la mano ha cinque dita; ammettere però, in riabilitazione, un modello unico di mano, comporterebbe l'applicazione di un identico protocollo riabilitativo per delle lesioni manuali diverse fra loro. Ora, se è vero che nella maggior parte dei casi le mani oggetto

hanno cinque dita, solo raramente si verificherà che ogni singolo gruppo della mano immagine corrisponderà all'equivalente gruppo della mano oggetto, e il fatto di curare in modo analogo un individuo appartenente a due diversi gruppi può spiegare certi insuccessi che capitano nella riabilitazione della mano.

A questo punto, se sappiamo che lo scopo della riabilitazione è quello di restituire la mano alla situazione precedente la lesione o la malattia, è facile dedurre, che se s'impone al soggetto un recupero, il cui risultato non corrisponde allo schema centrale che egli ha della sua mano, si rischia di provocare una rottura delle relazioni che lega-

no strettamente la mano oggetto alla sua immagine centrale. Il risultato che ricaveremo da questa interruzione, si tradurrà in un cattivo recupero funzionale che comporterà inevitabilmente un'invalidità maggiore di quanto non si sarebbe potuto supporre per il tipo di lesione o di malattia verificatosi.

Da qui, nasce la necessità per un corretto approccio alla rieducazione della mano, di possedere una buona conoscenza della patologia, della fisiologia e dell'anatomia della mano stessa, e di essere capaci di effettuare una completa e attentissima valutazione post-lesionale in tutta la sua globalità, in modo che ci guidi nella scelta differenziata del protocollo riabilitativo individuale, che contempli un percorso dettagliato e personalizzato sulla base proprio di questa valutazione ed un outcome estremamente chiaro e strettamente personalizzato in relazione alle attività lavorative, ludiche e quotidiane del paziente.

Solo possedendo questi requisiti, potremmo ritenerci sicuri di avere le conoscenze giuste per ottenere, indipendentemente dal tipo di danno, un completo recupero funzionale della mano, organo tanto bello ma nello stesso tempo tanto complesso.

Solo possedendo questi requisiti, potremmo ritenerci sicuri di avere le conoscenze giuste per ottenere, indipendentemente dal tipo di danno, un completo recupero funzionale della mano, organo tanto bello ma nello stesso tempo tanto complesso.

Bibliografia

- 1) Levame J.H., Durafourg M.Ph., *Reeducation des traumatismes de la main*, 1 vol. Archèe Ed. Auvers-sur-Oise, 1965.
- 2) Salter M., Cheshire L., *Hand Therapy Principles and Practice*, 2000.
- 3) Caillet J.M. et Coll., *La main*, Coll. De Reeducation Fonctionnelle et de Readaptation, Masson, 1978.
- 4) Hunter J. M., Schneider L.H., Mackin E.J., Bell J.A., *Rehabilitation of the hand*, 1 vol., C.V. Mosby Company Ed., 1978.
- 5) Levame J.H., *Main centrale et education de la main*, Maison de Nanterre, polycopie.

*Fisioterapista - Servizio di Neuroriabilitazione
Centro Studi Neurolesi - Messina



**ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI
REGIONE SICILIA**

Palermo, 14/04/2005

A tutti i fisioterapisti della Regione Sicilia

Gentile collega,

in occasione della convocazione del Congresso regionale dell'AIFI Regione Sicilia, mi sembra opportuno proporTi alcune riflessioni che possono essere uno spunto utile al dibattito congressuale ma anche un breve resoconto del lavoro associativo fin qui svolto.

L'attività associativa dell'ultimo triennio è stata improntata ad un forte senso di responsabilità che ha cercato di coniugare il quadro giuridico-normativo nazionale attuale con quanto ancora resta da fare per mettere in pratica nella nostra regione tutte le norme sulla professione che sanciscono in modo definitivo la nostra "operatività". Per questo siamo stati e siamo in prima fila impegnati per contrastare nelle sedi istituzionali appropriate i decreti regionali sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che ci penalizzano.

Un altro aspetto che abbiamo cercato di valorizzare è stato l'approfondimento degli aspetti scientifici e culturali attraverso l'impiego di tutte le risorse necessarie per costruire un rapporto più attento alle esigenze della professione e più capillare nella diffusione delle informazioni.

La nascita della nostra rivista ne è un esempio lampante.

Il lavoro non è stato senza difficoltà, ma abbiamo maturato la consapevolezza che gli obiettivi che ci poniamo possono essere raggiunti più facilmente attraverso un costante e costruttivo lavoro di squadra.

Inoltre, continuiamo a impegnarci sia perché partano anche in Sicilia le Lauree Specialistiche per la nostra professione che per dare corso a quanto proposto dalla L. 251 per istituire la Dirigenza professionale.

Infine, bisogna anche fare una verifica su quale sia l'incidenza del nuovo Contratto Collettivo di Lavoro sul servizio privato, ovvero come il Contratto della Sanità privata debba essere adattato, nella contrattazione decentrata, a quello pubblico: non è più ammissibile che nel servizio privato i fisioterapisti siano sfruttati e mortificati nella loro professionalità e abbiano minori diritti dei colleghi che lavorano nel servizio pubblico.

Pertanto, è il momento di essere tutti uniti ed impegnarci per istituire le unità operative professionali di riabilitazione, lanciare un progetto di qualità nei servizi di riabilitazione sia pubblici che privati, garantire la professionalità dei fisioterapisti.

È utile, quindi, aprire una nuova fase e stringersi attorno all'Associazione per essere realmente "professionisti" ed avere le giuste e dovute soddisfazioni.

Il Congresso, oltre a stabilire il nuovo organigramma dell'AIFI Regione Sicilia, deve servire a raggiungere questi obiettivi e mettere assieme tutte le forze della professione per realizzare questi progetti.

Per questo sei invitato a partecipare alla prossima assise e a portare il tuo contributo.

Non fossilizzarti dietro vecchi schemi e inutili personalismi: il momento esige la presenza fattiva di tutti.

Il Congresso regionale dell'AIFI Sicilia si terrà a Palermo domenica 15 maggio 2005 alle ore 15.00 presso la Sala Convegni dell'Hotel Athenaeum in Via Giannettino 4 (traversa di Via E. Basile di fronte l'Università).

Il Congresso avrà il seguente Ordine del Giorno:

- relazione del Presidente e dei Responsabili degli Uffici;
- approvazione del Bilancio Consuntivo del 2004;
- discussione ed approvazione delle "Tesi Congressuali" da presentare al Congresso nazionale;
- nomina Commissione elettorale;
- elezione degli Organismi Direttivi Statutari dell'AIFI Regione Sicilia
(per poter votare si deve essere in regola con l'iscrizione per l'anno 2005);
- varie ed eventuali.

Sicuro della Tua presenza Ti porgo cordiali saluti.

F.to Il Presidente
Rosario Fiolo

Riabilitazione Cultura

ONLUS

c/o Centro Studi di Neuroriabilitazione Cognitiva

Direttore Scientifico: Prof. C. Perfetti

Riabilitazione Cognitiva

Quadrimestrale di Scienza del Recupero

Abbonamento per l'anno 2005: € 42.00 individuale
€ 104.00 istituzionale

Modalità di pagamento: tramite bonifico bancario intestato a: Riabilitazione Cultura Onlus - cc n. 188/30 Banca Intesa BCI, ABI 3069-2 - CAB 60752-3 - CIN W. Specificare causale e nome del richiedente. Spedire in busta chiusa copia della ricevuta di pagamento e dati personali a: M. T. Vargiu - Segretaria Riabilitazione Cultura ONLUS c/o Centro Studi di Riabilitazione Neurocognitiva - Villa Miari, via Lesina di Sopra, 111 - 36014 Santorso (VI)
Tel 0445 599750; fax 0445 599752 - email: villamiari@tiscalinet.it

Si potrà pure far qualcosa: storia di Libertà

di Sabrina Maniscalco*

Libertà ha otto anni. Quando entriamo nella baracca dove vive, lui è disteso sul letto, due cuscini sotto la testa. Libertà ha otto anni, ma a vederlo l'età non si indovina. Potrebbe averne due, o sette, o nove, al massimo. Ha le braccia aperte, i gomiti piegati, i pugni chiusi e le unghia lunghissime, non glielle tagliano da mesi, si direbbe. L'unica cosa che sembra muovere sono la testa, un po', e gli occhi. Quando entriamo, ha un'espressione sorpresa, ma potrebbe essere paura. Noi siamo otto, e tre di noi sono bianchi... In realtà tutti e otto nella baracca non ci entriamo, i due volontari di KwaNdegezi restano sulla porta. C'è caldo ed è un caldo che mi torna familiare. È il caldo dell'estate nelle baracche, di quando io ero bambina e andavo a trovare mia nonna, le baracche del terremoto della Valle del Belice. E mi ricordo mia madre che mi diceva, di pomeriggio, io distesa sul letto, le lenzuola bianche, "Stai ferma immobile e non ti muovere che senti meno caldo". Anche Libertà non si muove. Suo fratello si fa aria con un giornale vecchio. Bongiwe ne prende uno da sotto il letto e inizia a sventolarlo davanti alla faccia. Libertà gira gli occhi lontano da noi. E suo fratello racconta che non è suo fratello, ma un parente, un cugino credo. Parla in Zulu, qualche parola in inglese, poi Bongiwe traduce. I genitori di Libertà sono morti entrambi, di AIDS penso, pensiamo tutti, ma nessuno lo sa, neanche loro lo sanno di cosa sono morti. Gli altri parenti non possono occuparsi di lui, e così ci pensa questo suo fratello che avrà forse la mia età e con gli occhi lucidi ci dice che non può andare a cercare lavoro perché se no a Libertà chi ci pensa? Parla ancora, gli occhi che vorrebbero piangere, ma con dignità, con coraggio... anche se la speranza... non so, la speranza... Bongiwe traduce e aggiunge, quando nascono bambini come Libertà i genitori li buttano via, perché non ce la fanno a prendersi cura di loro. Ma Libertà non lo hanno buttato via. Neanche adesso lo buttano via Libertà. Sul letto è appeso un disegno stampato al computer con Topolino che balla e dice "Be happy". Sii felice. Caldo, sudo, sudiamo tutti, Libertà ha una coperta sui piedi, è vestito, pulito, credo che abbia qualcosa come un pannolino. Ma non si capisce perché il suo corpo è così storto che è difficile capire cosa sia suo, dove finiscano le sue ossa e la sua pelle, quella cosa che chiamiamo corpo, e dove iniziano i vestiti, le coperte, il destino, tutto quel-



lo che ci buttano addosso che lo vogliamo o no. Il fratello di Libertà chiede a Bongiwe se possiamo fare qualcosa per lui. Bongiwe è una operatrice sociale del crisis centre The Open Door. Lei dice che può provare, ma non può promettere niente perché gli orfanotrofi o gli ospedali per bambini come lui sono strapieni. Ci proverà comunque. Bongiwe è seduta sul letto accanto a lui, gli accarezza le mani, gli apre i pugni chiusi con le unghia lunghissime, gli guarda i piedi nascosti sotto le coperte, come ad accertarsi che ci siano tutti i pezzi. Poi si gira e ci dice "Guardate, sorride", come si dice per i neonati. Libertà sorride, cosa prova adesso? È felice perché una donna che potrebbe essere sua madre si interessa di lui? È la nostra

attenzione, il nostro affetto che pure è così difficile da dimostrare, lì seduti, congelati, in un caldo e in un tempo che non passano mai? Cosa pensa Libertà tutto il giorno, di cosa è fatta la sua vita, cosa sogna? Soffre? E se si quanto? Soffre sempre o ogni tanto guarda suo fratello e il suo amore lo rende semplicemente felice, aldilà di tutto, felice?

Io chiedo non so a chi "Che cosa ha?". Una domanda così semplice ma che non fa nessuno. E la ragione è che Bongiwe e gli altri del posto la risposta forse la immaginano già. Non si sa. Nessun dottore ha mai visitato Libertà. Nessun dottore, nessuna diagnosi, nessuna cura, nessun modo per cambiare la sua vita. E Libertà lì, col suo respiro rauco dovuto al corpo storto, con gli occhi che si posano sulle cose, sul disegno di Topolino, sulle nostre facce, sulle pareti della baracca. Quanto vivrà ancora, mi chiedo? E cosa dobbiamo sperare per lui, una lunga vita o soltanto una morte in un letto pulito, magari con un ventilatore, magari dopo avere mangiato un gelato, magari guardando il volto bellissimo di Bongiwe, come la sua mamma, come era la sua mamma. Quando andiamo via lo salutiamo tutti in fila, in processione, suo fratello dice "È un bravo ragazzo". E fuori, solo Bongiwe piange. Bongiwe che ne ha visti mille di bambini così, e ha visto anche di peggio. Lei che uno pensa ci avrà fatto l'abitudine. Poi dice a Brad, ricordami la prossima volta che veniamo di portare un tagliaunghie. Noi altri stiamo zitti e non pensiamo a niente. Solo camminiamo sotto il sole per le strade di questa township che si estende ovunque.

E nella mia mente ripeto come in un ritornello Si potrà pure far qualcosa, Come si può non fare niente, Si potrà pure far qualcosa ...

*Ricercatrice di Fisica presso l'Università di Durban (Sudafrica)

Per chi fosse interessato a conoscere meglio la realtà di KwaNdegezi e le iniziative di sostegno che si stanno concretizzando in questo momento, può contattare la redazione o direttamente Cosimo Riccobono tel. 0916374102 email: samiricc@inwind.it

Lombalgia acuta: RPG o chinesiterapia tradizionale

di Orazio Meli*

In questa breve e schematica presentazione vengono accennate le basi della Rieducazione Posturale Globale soffermandosi su ciò che costituisce il punto di partenza dal quale si è poi progressivamente sviluppata la metodica, ponendo l'attenzione sia sui presupposti "filosofici" che su quelli neuro-fisiologici. Segue uno studio sulla lombalgia ponendo a confronto i risultati su un gruppo di soggetti trattati con la RPG e uno di controllo trattato con la kinesiterapia tradizionale, dove il meccanismo d'azione degli esercizi si basa sulla contrazione isotonica concentrica, a differenza della RPG, che fa ricorso alla contrazione isotonica eccentrica

Se siamo d'accordo nell'affermare che ogni individuo è differente dall'altro in tutte le sue molteplici espressioni e che ognuno è assoggettato a differenti stimoli e sollecitazioni (psicologiche, emotive, fisiche, ecc.), risulta evidente che il primo principio da tenere come riferimento se abbiamo come obiettivo la salute dell'uomo, è quello della individualità (Souchart) (1).

Se inoltre partiamo dal presupposto evidente che la perfezione non esiste, e che il concetto di equilibrio rientra all'interno del concetto di perfezione, possiamo concludere che in condizioni di buona salute, la nostra condizione è di vivere in una situazione di costante "squilibrio riequilibrato". Ogni fenomeno che interferisce con il sistema uomo, determinando una qualsiasi modificazione di questo "squilibrio riequilibrato", provoca una serie di reazioni all'interno del sistema tendenti a ristabilire lo stato originario. Se ne deduce quindi che esiste un nesso di causa ed effetto che fissa il secondo principio di causalità (1).

Sappiamo che ogni individuo è l'espressione di più aspetti che identificano differenti aree (psicologica, emotiva, fisica, ecc ...), che sommandosi ed integrandosi fra loro concorrono a delineare una identità unica. È quindi indispensabile che, quando ci si pone come obiettivo la restituzione dello stato di salute di un individuo, debbano essere considerate, e quindi esplorate ed eventualmente trattate, tutte le differenti aree che lo compongono così da mantenere una visione "globale". Questo terzo principio di globalità (1), per ciò che riguarda il nostro intervento, potrà mantenere un carattere relativo in quanto sarà rivolto, secondo il campo di competenza, al sistema neuro-muscolo-scheletrico. Inoltre, va precisato che nel nostro intervento la globalità va intesa in relazione allo spazio e al tempo, nel senso di "fare tutto e nello stesso tempo": "campo chiuso".

Sappiamo bene dalla fisiologia muscolare che i nostri muscoli sono costituiti da unità motorie veloci e unità motorie lente; va puntualizzato, inoltre, che nell'uomo non sono stati trovati muscoli che possiedono un solo tipo di fibra ma sembra che tutti e due i tipi sono distribuiti a mosaico, nel comporre le singole unità motorie, che però sono ben evidenziati a livello dei propri nervi motori, essendo correlati con la frequenza di emissioni dei treni di impulsi che è bassa per le ST (5-25 Hz) ed alta per le FT

(60-100 Hz) (Bosco) (2). A seconda della percentuale presente in ogni muscolo potremo definirlo muscolo veloce o muscolo lento. Il primo tipo ha una marcata vocazione dinamica ed è responsabile delle attività che richiedono l'espressione di forza (specie veloce) in un arco limitato di tempo, il secondo tipo ha invece una vocazione prevalentemente statica e permette l'espressione di resistenza grazie alla sua contrazione mantenuta nel tempo senza andare incontro alla fatica; in più si ritiene che i protagonisti nella maggior parte dei movimenti, che richiedono non più del 20 % della produzione massima di forza, siano le fibre lente (Burke e Edgerton, 1975) (2).

Il reclutamento si sposta dalle fibre lente a quelle intermedie finendo su quelle veloci durante l'attività muscolare che va dal correre lentamente (jogging), allo sviluppo di movimenti di potenza (power), per arrivare alle espressioni di salto (vertical jump) ("Modello teorico" di Stuart ed Enoka, 1983) (2).

L'aver posto una simile differenziazione ci porta a concludere che esiste appunto una specializzazione funzionale delle fibre muscolari scheletriche (unità motorie) e quindi anche la loro fisiopatologia si esprimerà in maniera diversa (Souchart) (1).

È quindi evidente che l'approccio terapeutico dovrà essere "personalizzato" a seconda della manifestazione fisiopatologia, intervenendo con il rinforzo concentrico sulla componente ipotonica e/o ipotrofica e con l'allungamento sulla componente ipertonica e/o retratta, anche al fine di restituire la corretta mobilità articolare e non sovraccaricare, quindi, le articolazioni vicine (6) (11).

Il dovere assicurare un'attività contrattile continua da parte dei muscoli lenti sia nel compimento della loro funzione primaria di controllo posturale, che nella partecipazione alla esecuzione dei movimenti, li conduce nel tempo ad un inevitabile divenire patologico che si esprimerà con l'ipertonia e la retrazione (3) (7).

Non potrà assolutamente ritenersi accettabile la condotta terapeutica classica che vede in primo piano in maniera indiscriminata il lavoro muscolare concentrico, che peraltro bene si addice nei casi in cui avremo come obiettivo la restituzione di volume e trofismo della componente a contrazione veloce, dove sarà comunque necessario restituire lunghezza, elasticità e riequilibrio del tono (10).

In definitiva, la grande intuizione della RPG, che privilegia il lavoro muscolare eccentrico in "globalità", ci ha reso la consapevolezza che la "medaglia" non va guardata sempre dallo stesso lato, ma vanno osservate entrambe le facce che, insieme, contribuiranno a costituirne l'identità.

Al di là di queste considerazioni preliminari che vogliono solo essere una premessa esplicativa, seppure incompleta, dei principi che animano la rieducazione posturale globale, propongo in questa breve trattazione i risultati di uno studio proiettato a verificare l'efficacia di due differenti proposte terapeutiche nei confronti di una patologia ampiamente diffusa come la lombalgia.

La prima delle due è appunto la rieducazione posturale globale di Souchard che sfrutta i principi su esposti, fondati prevalentemente:

- sull'allungamento dei muscoli preposti al controllo della postura e sulla necessità di correggere non solo la zona che manifesta la patologia, ma pure quelle ad essa correlate e sfruttare quindi la "globalità" mettendo in relazione nello stesso momento causa ed effetto, evitando il manifestarsi dei "compensi";
- sulla relazione che esiste tra morfologia e funzione, e che perciò per restituire una funzione motoria compromessa è utile intervenire sulla morfologia (11);
- sulla regola che esige come manovre terapeutiche fondamentali la trazione assiale, la decoaptazione e la contrazione isotonica eccentrica (4), privilegiando così la manualità del terapeuta nel corso della seduta riabilitativa. La seconda si basa sul principio classico che ricerca le correzioni facendo ricorso:
 - al riequilibrio della morfologia locale, che si è difesa con l'atteggiamento antalgico, realizzato con il rinforzo muscolare e quindi con la contrazione isotonica concentrica;
 - al lavoro segmentario ed analitico che tiene solo in parte conto dei compensi che il soggetto è costretto a realizzare pur di riuscire nella "consegna terapeutica" indicata dal terapeuta.

MATERIALI E METODI

Soggetti.

Nel periodo compreso tra novembre 1999 e ottobre 2000 sono stati studiati 12 soggetti adulti, 6 maschi e 6 femmine, di età compresa tra i 23 e i 68 anni (età media 45,58).

I soggetti sono stati divisi in due gruppi di sei (3 maschi e 3 femmine), il primo gruppo (di seguito definito RPG), di età compresa tra i 23 ed i 68 anni (età media 45,5) è stato trattato con la rieducazione posturale globale, mentre il secondo gruppo (di seguito definito FKT), di età compresa tra i 25 ed i 65 anni (età media 45,6) è stato trattato con la chinesioterapia tradizionale.

Si è cercato di selezionare preliminarmente i soggetti in modo tale da ottenere due gruppi quanto più possibile omogenei per età.

Criteri di inclusione sono stati:

- presenza di dolore lombare e/o sacro-iliaco, senza irradiazione agli arti inferiori.

Criteri di esclusione sono stati:

- dolore attribuito a patologie neoplastiche, reumatologiche o neurologiche.

Valutazione.

Nel tentativo di ottenere una misurazione ripetibile ed omogenea tra i due gruppi si è fatto ricorso a dei sistemi di verifica che potessero dare informazioni sulle condizioni dei soggetti prima del trattamento, alla fine dello stesso e dopo tre mesi.

Sistemi di verifica oggettiva

1. Oltre alla valutazione che ognuna delle due tecniche utilizzano, una valutazione clinica, eseguita dal terapeuta, evidenziava il dolore riferito dal soggetto in funzione delle differenti posizioni che gli si richiedeva di assumere (come da schema della figura 1).

I valori vanno da un minimo di 1 a un massimo di 5, che esprime il massimo della condizione dolorosa alla ripetizione dei test rappresentati nello schema.

Valutazione clinica

figura 1

Dolore	0	1	2	3	4	5
	Assente	Saltuario	Moderato	Forte	Sempre	Impossibile
a) Statica						
b) Deambulazione						
c) Seduto						
d) Piegato in avanti						
e) Sdraiato						
f) Cambiamento postura						
g) Notturmo						

Nota Bene: tra parentesi inserire dopo quanto tempo, dall'inizio della postura, insorge il dolore

2. Con il consenso dei soggetti sono stati eseguiti degli esami radiografici statici e dinamici del tratto lombare e sacro-iliaco (secondo gli schemi riportati nella figura 2)

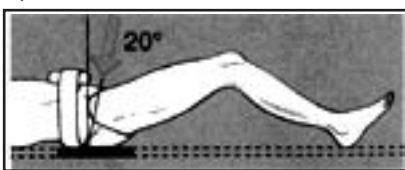
prima dell'inizio e dopo la fine del trattamento per evidenziare eventuali modificazioni e della motilità scheletrica e dei rapporti morfologici.

Valutazione radiografica


figura 2

1. Rx standard

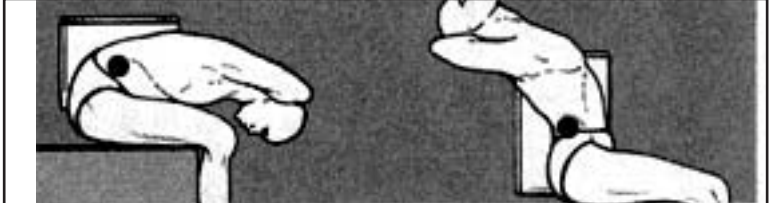
a) Rx sacro-iliaca



b) Rx lombo-sacrale



2. Rx in flessione-estensione
(paziente seduto con mani dietro la nuca)



Sia il prospetto utilizzato per la valutazione clinica che le Rx in posizione standard e in posizione di flessione-estensione, costituiscono parte del protocollo utilizzato per uno studio sulla lombalgia proposto dalla Associazione di Rieducazione Posturale Globale ai propri iscritti.

Sistema di verifica soggettiva

Ritenendola altrettanto importante si è provveduto ad inserire un sistema che desse informazioni circa la sensazione soggettiva del paziente sulle eventuali modificazioni della sintomatologia, ed a questo scopo è stato utilizzato il questionario di "Oswestry" (12) (13) (14) (15) appositamente predisposto per i disturbi alla schiena, utile anche perché consente una quantificazione numerica facilmente deducibile. Il questionario, infatti, veniva compilato direttamente dai soggetti che hanno partecipato allo studio prima dell'inizio, alla fine del trattamento e dopo 3 mesi. La quantificazione numerica va da un minimo di 1 a un massimo di 50 che rappresenta il massimo della condizione dolorosa soggettiva riferita dal paziente.

TRATTAMENTO

Nel caso del "gruppo RPG" il trattamento prevedeva una valutazione posturale e funzionale che aveva lo scopo di evidenziare le condizioni in cui, realizzando l'allungamento di determinate catene muscolari, si mostrava o acutizzava la sintomatologia, deducendone così una rigidità della stessa, responsabile della sofferenza mostrata dal soggetto. Si è fatto quindi ricorso al quadro di valutazione previsto dalla RPG. Veniva naturalmente eseguita pure una raccolta anamnestica tendente a chiarire quali fossero per il soggetto le condizioni posturali e/o funzionali in cui la sintomatologia assumeva maggiore intensità; questi elementi venivano poi integrati con i dati tratti dalla valutazione clinica per la scelta della/delle posture terapeutiche da utilizzare durante la seduta.

Per il "gruppo FKT" veniva eseguita un valutazione muscolare (5) tendente ad individuare i muscoli che facevano registrare una insufficienza di forza muscolare (in particolare paravertebrali e addominali, anche secondo le indicazioni mediche prodotte da alcuni dei soggetti trattati) al fine di sottoporre i pazienti al lavoro di rinforzo concentrico.

Tutti i 12 soggetti sono stati sottoposti a 10 sedute di trattamento riabilitativo della durata di 1 ora circa. Il "gruppo RPG" ha osservato una frequenza di 1 seduta individuale la settimana e una durata totale di circa 60 giorni di trattamento, mentre il "gruppo FKT" ha eseguito 3 sedute individuali settimanali per una durata totale di 25 giorni.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Per la individuazione dei risultati si è tenuto conto della tabella di valutazione clinica, considerando che i dati venivano riportati nella stessa ripetendo le prove, ove possibile, con il terapeuta, allo scopo di trarne elementi oggettivi. I risultati del questionario di "Oswestry" ci hanno invece informato sulle modificazioni della sintomatologia nel corso delle attività della vita quotidiana secondo una valutazione soggettiva riferita dai pazienti, visione quest'ultima di rilevante importanza considerando che i sintomi erano legati appunto ad una sensazione soggettiva di dolore. Secondo la scala di valutazione clinica si è riscontrato un miglioramento della sintomatologia sia nel caso dei soggetti del gruppo FKT (grafico 1) che del gruppo RPG (grafico 2), anche se si nota un andamento differente in quanto tutti i soggetti del gruppo FKT hanno beneficiato di una minore riduzione percentuale della sin-

tomatologia, rispetto al gruppo RPG, alla fine del trattamento e in due casi (pazienti B e D) il controllo a 3 mesi ha fatto registrare un lieve peggioramento.

Nel gruppo RPG è stata ottenuta una remissione quasi totale della sintomatologia in tutti i 6 soggetti trattati (vedi grafici).

Ma il dato che sembra assumere maggiore importanza è che nel controllo a 3 mesi non si è registrato, tranne che per un soggetto (paziente 5), nessun peggioramento, dato che evidenzia il mantenimento dei risultati nel tempo.

Secondo il questionario "Oswestry" (grafico 3 e 4) si può concludere che i dati sono quasi del tutto sovrapponibili a quelli tratti con la scala di valutazione clinica e la sensazione riferita dai pazienti del gruppo RPG è stata di netto miglioramento della sintomatologia sia alla fine del trattamento che nel controllo a 3 mesi; in più va aggiunto che, nello stesso gruppo, già alle prime sedute si era ottenuto un miglioramento del quadro algico del 50%.

Non si sono registrate modificazioni della morfologia della colonna alle Rx eseguite alla fine del trattamento, tranne che per 2 pazienti (1 e 2) del gruppo RPG che hanno mostrato una lieve riduzione della cifosi lombare.

In definitiva due sono gli elementi che vanno sottolineati:


- avere ottenuto la stabilizzazione della remissione quasi totale della sintomatologia in quasi tutti i soggetti trattati con la RPG anche nel controllo a 3 mesi;
- avere registrato sempre nello stesso gruppo di soggetti un miglioramento del quadro algico già dopo le prime 2 o 3 sedute ottenendo, si pensa, il rilasciamento tonico delle contratture antalgiche grazie all'utilizzo della contrazione isotonica eccentrica (8) (9).

Ciò si ritiene sia dovuto al differente tipo di approccio offerto dalla RPG, dove la sottile manualità utilizzata nel corso del trattamento consente delle correzioni più fini e precise in tutti i casi in cui si è in presenza di alterazioni della "macro" morfologia ma soprattutto della "micro" morfologia evidenziate nel momento valutativo del paziente, che grazie agli approfondimenti previsti in questa metodica fornisce una grande quantità di elementi.





In ogni caso sarebbe utile un ulteriore controllo dei risultati in un momento successivo al follow up a 3 mesi, per verificare se il mantenimento dei risultati si protrae anche dopo i 3 mesi quando i soggetti rientrano del tutto nel ritmo di vita quotidiana.

* Fisioterapista - Docente del metodo Rieducazione Posturale Globale

allegato 1 a



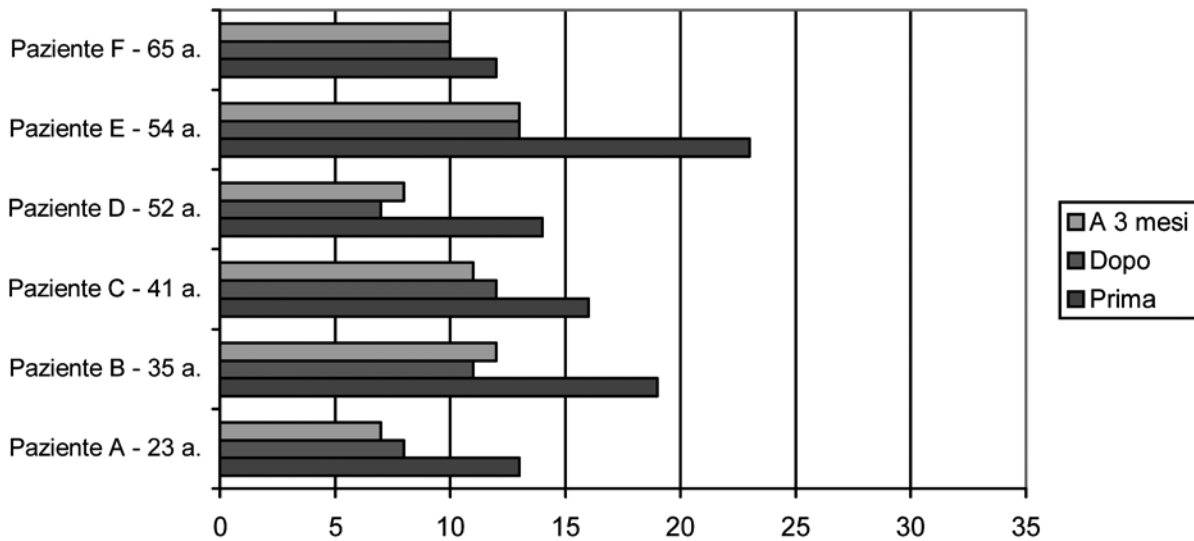
		Anteriore	Posteriore
nuca	1		
spalle	2		
dorso	3		
lombare	4		
bacino	5		
ginocchia	6		
caviglie	7		

	Foto generale ■	Interrogat. ●	Esame delle retrazioni	Punti di riequilibrio ▲	Risultato	Scelta posture
Apertura coxo-femorale braccia chiuse						
Apertura coxo-femorale braccia aperte						
Chiusura coxo-femorale braccia chiuse						
Chiusura coxo-femorale braccia aperte						

SECONDO LA SCALA DI VALUTAZIONE CLINICA

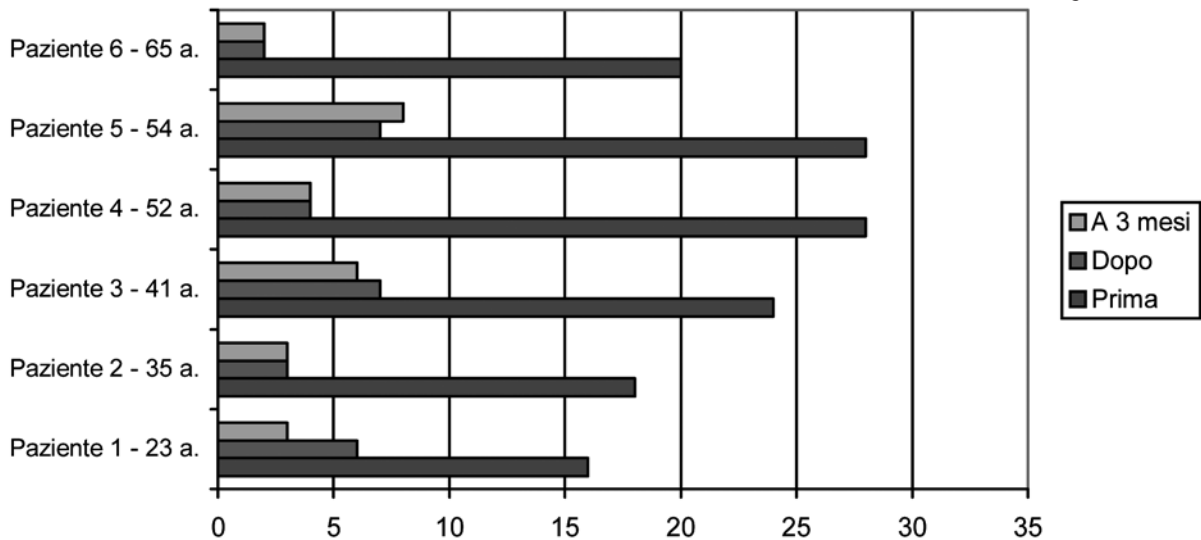
GRUPPO FKT prima, dopo e a 3 mesi

grafico 1



GRUPPO RPG prima, dopo e a 3 mesi

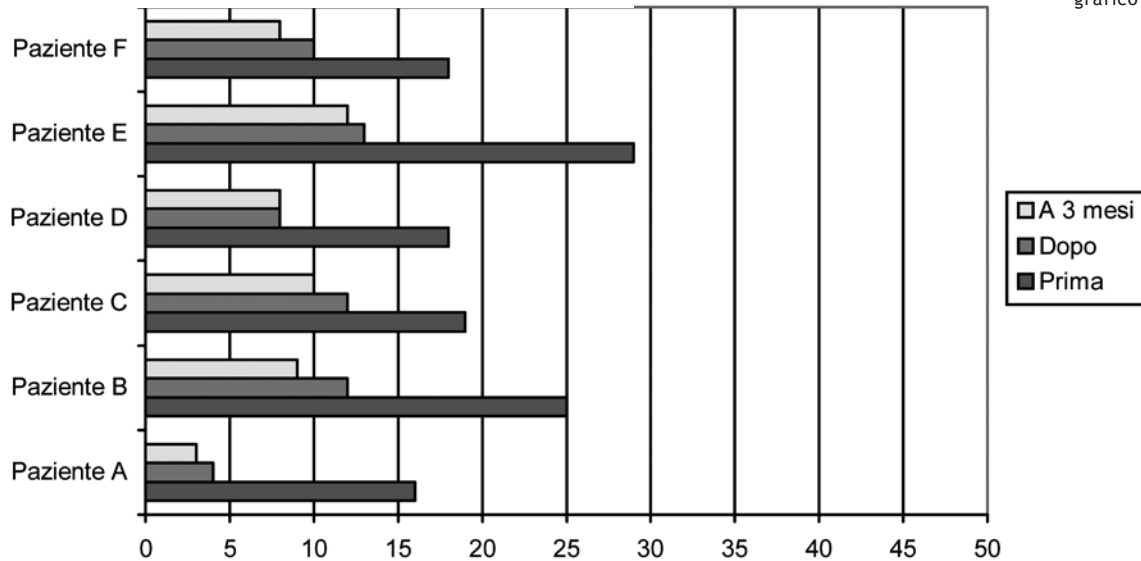
grafico 2



SECONDO IL QUESTIONARIO "OSWESTRY"

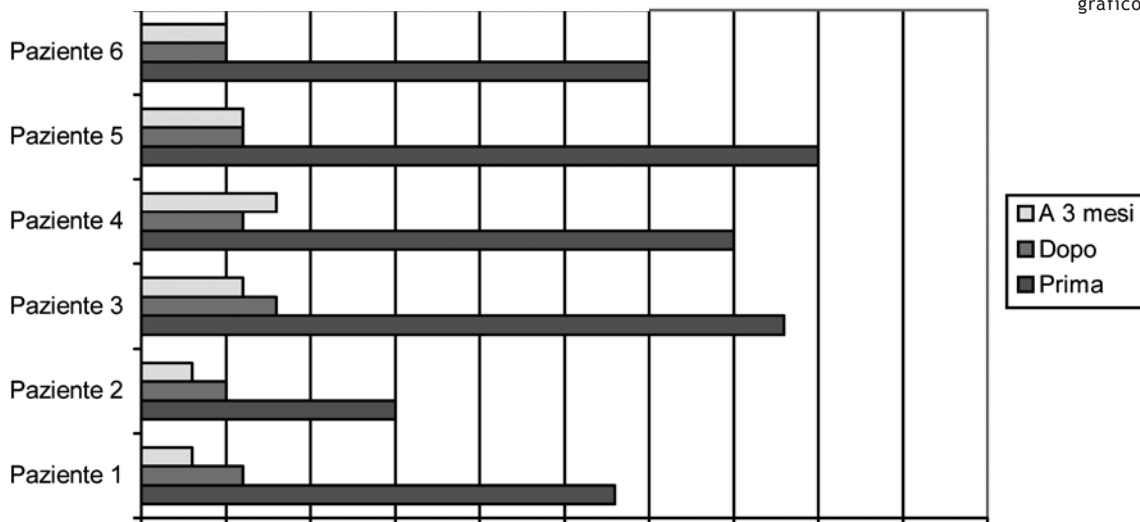
GRUPPO FKT prima, dopo e a 3 mesi

grafico 3



GRUPPO RPG prima, dopo e a 3 mesi

grafico 4



BIBLIOGRAFIA

1. Souchard Ph., *Basi del metodo di rieducazione posturale globale - Il "Campo Chiuso"*. Seconda edizione italiana alla seconda francese. Roma, Marrapese, 1994.
2. Bosco C., *La forza muscolare. Aspetti fisiologici ed applicazioni pratiche*. Prima edizione. Roma, Società stampa sportiva, 1997.
3. Meli O., *Organizzazione motoria, postura, esercizio*. Atti del Convegno "La globalità dell'intervento in riabilitazione". Bergamo, 9-10 maggio 1997.
4. Meli O., *La rieducazione posturale globale nello sport: aspetto preventivo e terapeutico*. Atti del I° Convegno nazionale dell'Associazione Italiana di Rieducazione Posturale Globale. Catania, 7 ottobre 2000.
5. Kendall F., *I muscoli. Funzioni e test. Con postura e dolore*. Quarta edizione. Roma, Verduci.
6. Mayhew T.P., Rothstein J.M., Finucane S.D., Lamb R.L., *Muscular adaptation to concentric and eccentric exercise at equal power levels*. Med. Sci Sports Exerc. 1995 Jun; 27(6):868-873.
7. Wilson G.J., Murphy A.J., Pryor J.F., *Musculotendinous stiffness: its relationship to eccentric, isometric, and concentric performance*. J. Appl. Physiol. 1994 Jun; 76(6):2714-2719.
8. Angel R.W., Waxman S.G., Kocsis J.D., *Myoelectric silence following unopposed passive stretch in normal man*. J. Neuro Neurosurg Psychiatry 1980 Aug; 43(8):705-712.
9. Guissard N., Duchateau J., Hainaut K., *Muscle stretching and motoneuron excitability*. Eur. J. Appl. Physiol. 1988 58:1-2 47-52.
10. Khalil T.M., Asfour S.S., Martinez L.M., Waly S.M., Rosomoff R.S., Rosomoff H.L., *Stretching in the rehabilitation of low-back pain patients*. - Spine 1992, Mar 17:3 311-7.
11. Bandy W.D., Irion J.M., *The effect of time on static stretch on the flexibility of the hamstring muscles*. - Phys. Ther. 1994 Sep, 74:9 845-50; discussion 850-2.
12. Taylor S.J., Taylor A.E., Foy M.A., Fogg A.J., *Responsiveness of common outcome measures for patients with low back pain*. - Spine 1999 Sep, 24:1805-12.
13. Leclaire R., Blier F., Fortin L., Proulx R., *A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity* Spine 1997 Jan, 22:68-71.
14. Ohnmeiss D.D., Vanharanta H., Estlander A.M., Jämsén A., *The relationship of disability (Oswestry) and pain drawings to functional testing*. Eur. Spine J. 2000 Jun, 9:208-12.
15. Cooper J.E., Tate R.B., Yassi A., *Components of initial and residual disability after back injury in nurses*. - Spine 1998 Oct, 23:2118-22.

Piani di Zona: il ruolo del fisioterapista

di Fabio Dell'Aira*

Queste considerazioni vogliono essere un contributo per osservare più da vicino i possibili cambiamenti che la legge quadro sul sistema integrato dei servizi socio-sanitari (L. 328/2000) apporterà nello scacchiere delle politiche legate al concetto di welfare. Quando si parla di welfare non si può non considerare il "benessere di una comunità": welfare inteso, quindi, come indicatore privilegiato di tutti quei fenomeni (sociali, culturali, ambientali, economici, ecc.) che caratterizzano la vita di ogni individuo. Già nell'ottobre 2001, con la supervisione del prefetto di Caltanissetta, il distretto sanitario di Caltanissetta ha organizzato e tenuto a battesimo un tavolo tecnico sull'handicap, denominato "Tavolo H distrettuale", nel quale tra i vari soggetti era rappresentata la sezione provinciale AIFI. Tra gli obiettivi di questo tavolo si cita il seguente articolo 5:

"Gli enti firmatari si impegnano ognuno per le proprie competenze a:

1. supervisionare tutta la programmazione, progettazione e la verifica inerente la disabilità;
2. realizzare una mappatura dell'analisi dei bisogni;
3. progettare protocolli terapeutici e operativi per la disabilità;
4. attivare momenti di formazione per tutti gli operatori che a qualsiasi titolo si occupano di disabilità;
5. integrare interventi di Assistenza Domiciliare Integrata;
6. redigere un regolamento comunale e provinciale per i servizi dei portatori di handicap;
7. produrre una programmazione triennale dei suddetti servizi;
8. fornire assistenza sanitaria;
9. individuare il referente H scolastico per la città di Caltanissetta, che coordini i referenti H di ogni singola scuola;
10. individuare un genitore referente delle scuole di Caltanissetta, che coordini i referenti H di ogni singola scuola;
11. collegarsi con le associazioni che si occupano di disabilità nella città di Caltanissetta;
12. formare dei gruppi di genitori di bambini disabili;
13. snellire tutta la procedura amministrativa relativa all'attuazione dei servizi in favore dei disabili".

Questo modo di procedere, già in largo anticipo sul recepimento della Legge Quadro 328/2000 da parte della Regione Siciliana (avvenuta con DPRS 4/11/02), ha permesso alla nostra sezione provinciale di partecipare attivamente ai lavori di stesura del Piano di zona del distretto di Caltanissetta, presentato alla Cabina di regia dell'assessorato alle politiche sociali nel novembre 2003. Oltre a riscuotere il parere di congruità, elemento fondamentale per potere accedere ai finanziamenti previsti dalla Regione Sicilia (circa € 2.555.000 per il prossimo triennio), il Piano di zona del distretto di

Caltanissetta, a giudizio della commissione esaminatrice regionale, appare come uno dei 55 piani di zona siciliani che ha saputo rilevare i bisogni e costruire un piano integrato di interventi adeguato ai bisogni rilevati, con caratteristiche di elementi innovativi utili a coniugare virtuosamente il rapporto costi-benefici dei servizi che si andranno ad attivare.

Ma veniamo al ruolo del fisioterapista.

Qui di seguito riportiamo una tabella riassuntiva di quei progetti, già finanziati, che prevedono la figura del fisioterapista:

- Attività creativa di socializzazione e banca del tempo per il miglioramento della qualità di vita dell'anziano.
- ADI nella rete dei servizi socio-sanitari individualizzati.
- Assistenza al malato oncologico terminale - rete di cure palliative.
- Servizio integrato assistenza domiciliare, centro diurno, animazione sociale per i malati di Alzheimer.
- Orientamento e inserimento lavorativo delle persone diversamente abili.
- Attività in acqua per disabili.

Senza entrare nello specifico di ogni progetto, ci si vuole soffermare sul fatto che attraverso il piano di zona emerge una possibilità operativa del fisioterapista in sintonia con quanto previsto dal nostro profilo professionale all'art.1 comma 2.

L'aver preso atto che anche in altre province della regione Sicilia si è dato vita ad un piano di zona, come è stato ampiamente descritto dal collega Cultrera in un numero precedente di questa rivista, può contribuire a far possedere ai fisioterapisti una maggiore consapevolezza del ruolo di professionista dell'area riabilitativa e ad indirizzare i nostri interventi anche verso quegli ambiti che riguardano la programmazione, la verifica e il controllo dell'offerta riabilitativa, in concerto con le altre professioni socio-sanitarie.

Per concludere, ci sembra doveroso ringraziare per la fiducia, la collaborazione, e la stima professionale rivoltaci, l'Assessore alla tutela dei diritti della persona del Comune di Caltanissetta, dott.ssa Marcella Santino, il Direttore generale ed il Direttore sanitario dell'ASL n.2 di Caltanissetta dott. Ettore Costa e dott. Enzo Sedita, e tutte quelle associazioni del Terzo Settore, con le quali questa sezione AIFI ha intrapreso un cammino di condivisione volto al superamento delle barriere culturali sull'handicap.

Infine, ci piace ricordare la recente definizione dell'OMS sulla disabilità che recita: "Ogni persona in qualunque momento della sua vita può trovarsi in condizioni di salute che, in un ambiente negativo, divengono disabilità". A tutti noi, riabilitatori, il compito di modificare l'ambiente per rivoluzionare il concetto di "non essere abili a fare" e cambiarlo in "rendere abili a fare". Un buon lavoro per tutti.

*Fisioterapista

Yoga e Riabilitazione

di Giuseppe Verde

Lo yoga come sistema fisico può risultare un utile complemento alla terapia riabilitativa, purché si adattino le sue posizioni (asanas) allo stato del paziente. Si tratta di un sistema utile anche al terapeuta stesso, perché rientriamo tra le figure sanitarie soggette a malattie professionali, tra cui i disturbi del rachide (fino a casi conclamati di ernia al disco), stress psicofisico, ipertensione legata all'ambiente di lavoro, sovraccarico lavorativo, guida e spostamento di carichi (i nostri pazienti), squilibri all'apparato muscolo-scheletrico. Una conoscenza base dello Hatha Yoga (yoga della salute) può tornare utile, quindi, sia al terapeuta che al suo assistito.

Oltre alle posizioni, lo yoga offre una serie di esercizi respiratori, molto interessanti per alcuni bronco-pneumopatici, adattando naturalmente la pratica che, comunque, va intesa come complemento alla terapia riabilitativa vera e propria. La modalità di esecuzione delle posizioni yoga (lenta, mantenuta alla fine e con un lento ritorno alla posizione iniziale) già ci introduce in un campo terapeutico in cui ciò che conta non è la ripetizione dell'esercizio ma la qualità del movimento, o meglio il controllo posturale continuo, durante l'esecuzione. Durante il mantenimento di tali posizioni, si verifica un complesso circuito di informazioni dalla periferia (fusi neuromuscolari) ai centri di controllo corticale e sottocorticale e viceversa, con stabilizzazione della postura e variazioni nel tono di base. Si tratta di un'attività che meglio si può capire praticandola su se stessi. Infatti, è solo così che si percepisce il concetto di gradualità e di temporizzazione, cioè del rapporto migliore possibile (da adottare nella esecuzione dell'esercizio) da ricercare nel binomio durata-beneficio. Le ripetizioni qui non hanno importanza: ciò che conta è l'attenzione, la vigilanza, una apparente inattività nella posizione finale.

Prevenire con lo yoga. È più facile prevenire che curare: lo yoga gioca un ruolo importantissimo in questa affermazione. Trattandosi di un sistema olistico (che interessa tutto l'organismo, anche nei suoi aspetti mentali), lo yoga risulta un'ottima pratica contro le malattie del vivere moderno: ipertensione, stitichezza, cattiva digestione, malattie psicosomatiche ed altro ancora. Basterebbero tre sedute settimanali di 15 minuti per mantenersi in salute con le posizioni yoga, ed altri 15 minuti - eventualmente - per praticare la respirazione yoga, che ha effetti profondi e immediati.

Curare con lo yoga. Si tratta essenzialmente di un'auto-cura, in cui il soggetto agisce consapevolmente sul suo stato di salute e lo modifica. All'inizio è certamente necessaria una figura sanitaria di riferimento, qualificata per la terapia, da cui ricevere le indicazioni necessarie. Una volta appresa la pratica, lo yoga si può praticare in autonomia. Ognuno è responsabile, in parte, del suo stato di salute e lo yoga è un ottimo sistema per agire efficacemente su se stessi e con responsabilità.

Riabilitare con lo Yoga. Modificando alcune posizioni ed alcuni esercizi respiratori, si possono ottenere degli ottimi strumenti da integrare nella riabilitazione di malattie muscolo-scheletriche e neurologiche. La pratica, in questo caso, va eseguita sotto il controllo di un fisioterapista, esperto anche nella disciplina yoga.

Tra le proposte che lo Yoga offre per potenziare lo stato di salute e mantenersi in forma, la sequenza del "saluto al sole" risulta essere una delle più interessanti ed efficaci; non essendo un'asana (posizione), la sua esecuzione è molto dinamica e prevede che ad una flessione totale del rachide segua una completa estensione: gli effetti sulla circolazione, sull'apparato endocrino e sul sistema muscolo-scheletrico sono notevoli.

Legami di ri-conoscenza

di Filippo Cavallaro

Gratitudine: questo è il sentimento che ci deve accompagnare nell'elaborare un testo scritto, sia esso una frase, una poesia, un romanzo, o un lavoro scientifico. Gratitudine verso coloro che hanno dettato i canoni per comporre le frasi, da Cielo d'Alcamo a Leonardo Sciascia e prima ancora, a coloro che hanno saputo individuare e caratterizzare i segni per poter esprimere i suoni del linguaggio e poter definire le parole.

Ringrazio questi maestri di tutti, ma, oltre questi, ognuno di noi deve ringraziare i suoi maestri che lo hanno avviato alla scrittura ed alla lettura, tutti coloro che attorno a lui gli hanno parlato permettendo che nella sua mente si imprimevano suoni, accenti e tonalità, che si differenziassero le lingue, quella della tradizione locale e quella italiana che ci fa tutti cittadini del paese, e quelle straniere che sono il vero ponte di relazione per la comunicazione con tutti i cittadini del mondo.

La gratitudine è segno di rispetto, rispetto vicendevole perché, se è vero che chi ascolta o legge è grato a colui che dice o ha scritto un messaggio, una conoscenza utile per progredire nei ragionamenti della nostra vita, è anche, sempre, vero che chi ha detto o scritto, ha fatto o ha lasciato qualcosa in maniera che possa venire recepita da qualcuno, esprime un ringraziamento ai posteri, a coloro che potranno avere beneficio di quel messaggio, di quella esperienza, di quella conoscenza per rispettarli nel non fargli mancare le conoscenze del passato. Che possono essere corrette o errate, ma sempre frutto di studio, di scelte, di esperienza di conoscenza...

Ringraziamenti, rispetto e riconoscenza che superano il tempo e lo spazio, ma anche che si presentano in nuovi spazi in questi tempi di maturazione della professione. Gratitudine, infatti, è stata percepita nelle sedute di Laurea, dove per la prima volta i rappresentanti dell'AIFI, i fisioterapisti, in quanto professionisti, entravano in commissione per suggellare l'acquisizione del titolo professionale. Tale gratitudine si è espressa nell'accoglienza, nella conduzione e nella proclamazione. Il rispetto verso l'Università ed il particolare momento, conclusivo di un percorso formativo impegnativo, che è però carico di cerimonia e ritualità, ha visto, qualche collega titubante, qualche altro perplesso ed anche qualcuno emozionato. C'è stato anche un collega, che per non esprimere insofferenza ha sentito il bisogno di fare qualcosa di riabilitativo ed ha richiesto al corpo docente di poter essere utile come fisioterapista, nel fare qualche trattamento. Nel fare...

Ritengo una gratitudine anche la richiesta di collaborazione a cui il Rettore dell'Università di Messina ha detto di non poter rinunciare, lo scorso 13 dicembre 2004 in occasione dell'apertura dell'Anno Accademico, quando ha nominato tra gli altri per la prima volta "le Associazioni delle professioni sanitarie". L'Università intende onorare la propria missione è stato detto nel rispetto verso le altre istituzioni con le quali vuole stabilire reciproca collaborazione nell'ambito esclusivo dei fini istituzionali. Gratitudine e riconoscenza debbo anche a tutti coloro che hanno fatto proprio l'impegno per l'affermazione della nostra professione ed a tutti voi per il solo fatto che, leggendo queste riflessioni, continuate a sopportarmi con rispetto, ma anche alla lingua ed alla scrittura che nella città di Messina sono fortemente tenute in considerazione anche per la scelta come protettrice di una autorità suprema ... la Madonna della Lettera.

AIFI
Regione Sicilia

Associazione
Fisioterapia e Benessere

FORMAZIONE IN RIABILITAZIONE

EVENTI FORMATIVI ECM 2005

RESPONSABILITÀ LEGALI DEL FISIOTERAPISTA

Docenti: Antonio Passalacqua, Calogero Addamo
Sede: Centro Studi Neurolesi - Messina
Data: 30 APRILE 2005 Sabato
Orario: 14.00 - 20.00

IL TRATTAMENTO DELL'EMIPLEGICO NEL CONCETTO BOBATH

Docente: Giuseppe Cultrera
Sede: Centro Studi Neurolesi - Messina
Data: 28 MAGGIO 2005 Sabato
Orario: 14.00 - 20.00

LA MANO ARTROSICA E REUMATICA

Docenti: Dott. Giovanni Risitano, Ft. Tiziana Nava, Ft. Fiorella Govari
Sede: Centro Studi Neurolesi - Messina
Data: 23 GIUGNO 2005 Giovedì
Orario: 14.00 - 20.00

LE SINDROMI VESTIBOLARI

Docenti: Alberto Arena, Filippo Cavallaro
Sede: Centro Studi Neurolesi - Messina
Data: 24 SETTEMBRE 2005 Sabato
Orario: 14.00 - 20.00

LA RIABILITAZIONE DELLA MANO SPASTICA

Docenti: Giovanni Risitano, Riccardo Lo Presti, Antonino Morano, Nunzio Muscarà
Sede: Aula dei Pericolanti, Piazza Pugliatti - Università di Messina
Data: 21 OTTOBRE 2005 Venerdì
Orario: 14.00 - 20.00

TECNICHE NEUROMOTORIE A CONFRONTO: PROPOSTA DI PROTOCOLLO INTEGRATO

Docenti: Carmine Barbarisi, Fiorella Degliangioli
Sede: Centro Studi Neurolesi - Messina
Data: 11 NOVEMBRE 2005 Venerdì
Orario: 14.00 - 20.00

PARALISI MEDIANO, ULNARE E RADIALE

Docenti: Giovanni Risitano, Antonino Morano, Nunzio Muscarà
Sede: CAPP - Patti (ME)
Data: 26 NOVEMBRE 2005 Sabato
Orario: 14.00 - 20.00

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI PER FISIOTERAPISTI

Docenti: da definire
Sede: Centro Studi Neurolesi - Messina
Data: 10 DICEMBRE 2005 Sabato
Orario: 14.00 - 20.00

INFORMAZIONI

Per tutti i corsi è stata fatta richiesta dei crediti formativi ECM presso il Ministero della Salute



Costi per singolo corso: iscritti A.I.F.I. € 50.00 + IVA
 non iscritti A.I.F.I. € 100.00 + IVA
 studenti € 20.00 + IVA
(L'IVA va considerata solo nel caso in cui si ha bisogno della fattura)

Associazione Fisioterapia e Benessere - Tel. 3388186058 - email: morano@interfree.it

CAPP
Coop. Soc.

AIFI
Regione Sicilia

Corso "Metodo Pompages"

I Giornata

14.00 14.30
14.30 15.00
15.00 16.00
16.00 16.30
16.30 17.00
17.00 17.30
17.30 18.30

I Sessione - L'utilizzo del Pompages sulla fascia

Introduzione: cenni storici e sviluppo della metodica
Anatomia e Fisiologia del Sistema Fasciale
Indicazioni e controindicazioni dei Pompages
Applicazione della Metodica nei disturbi muscoloscheletrici
Patologie ortopediche, reumatologiche e degenerative
Proiezione lucidi
Dimostrazione del Pompages generale

II Giornata

8.30 09.30
9.30 10.15
10.15 11.15
11.15 11.30
11.30 12.00
12.00 13.00

II Sessione - Dimostrazione e Pratica - parte 1

Pratica del Pompages generale
2° Pompages generale, Pompages del sacro e delle scapole
Esercitazioni pratiche
Pompages del piccolo e grande pettorale
Pompages degli scaleni e del trapezio
Esercitazioni pratiche

14.00 15.00
15.00 16.30
16.30 17.00
17.00 18.30
18.30 19.00

III Sessione - Dimostrazione e Pratica - parte 2

Pompages dorsale degli ileopsoas e dei piramidali
Esercitazioni pratiche
Pompages dei muscoli ischio gamba e adduttori
Esercitazioni pratiche
Discussione e approfondimento del lavoro svolto

III Giornata

8.30 09.30
9.30 10.00
10.00 10.30
10.30 11.30
11.30 12.00
12.00 13.00

IV Sessione - Dimostrazione e Pratica - parte 3

Revisione e ripetizione del lavoro svolto il giorno prima
Pompages muscolari arto inferiore: ginocchio, collopiede e piede
Pompages muscolari arto inferiore: retro e mesopiede
Esercitazioni pratiche
Pompages articolari arto inferiore: ginocchio e piede
Esercitazioni pratiche

14.00 14.30
14.30 16.00
16.00 16.30
16.30 18.00
18.00 19.00

V Sessione - Dimostrazione e Pratica - parte 4

Pompages muscolare arto superiore e mano
Esercitazioni pratiche
Pompages articolari arto superiore e mano
Esercitazioni pratiche
Discussione e approfondimento del lavoro svolto

IV Giornata

8.30 08.45
8.45 09.00
9.00 09.45
9.45 10.00
10.00 10.15
10.15 10.30
10.30 10.45
10.45 11.30
11.30 12.30
12.30 13.00

VI Sessione - Dimostrazione e pratica - parte 5

Pompages nucale del tratto cervicale alto
Pompages cervicale basso e del tratto cervicale in toto
Esercitazioni pratiche
Pompages delle patologie della colonna
Pompages nella periartrite scapolo omerale
Pompages della sindrome del tunnel carpale
Pompages nelle tendinite e nelle sindromi del piramidale
Esercitazioni pratiche
Test di valutazione finale
Lettura e discussione del test di valutazione

Data:

dal 19 al 22 Maggio 2005

Docente:

Ft Giuliana Brutti

Segreteria organizzativa: Maria Concetta Girgenti, tel. 3480181927

Sede:

CAPP Coop. soc. via M.se di Villabianca 120 - Palermo

Iscrizione:

riservata solo a fisioterapisti iscritti all'AIFI

Numero partecipanti:

minimo 15 - massimo 20

Quota iscrizione:

€ 360.00 da versare mediante Bonifico Bancario intestato a CAPP coop. soc. via M.se di Villabianca 120, 90147 Palermo - C.C.10033N Banca Antonveneta ABI05040 CAB04602 specificando la causale: Corso "Metodo Pompages" dal 19 al 22 Maggio 2005

Modalità iscrizione:

scaricare dal sito www.aifisicilia.it la scheda di iscrizione, compilarla in ogni sua parte e spedirla via fax al n. 091347166 o via email all'indirizzo cettinagirgenti@tiscalì.it allegando la fotocopia della ricevuta del Bonifico Bancario e dell'iscrizione AIFI 2005

Accreditamento ECM

richiesto presso il Ministero della Salute



AIFI
Regione Sicilia

Associazione
Fisioterapia e Benessere

2° CORSO BASE PER LA RIABILITAZIONE DELLA MANO

24-25-26 Giugno 2005

OBIETTIVI

La chirurgia della mano è ormai da tutti riconosciuta come una disciplina complessa multifattoriale: in essa i chirurghi trovano traumatologia, ortopedia, microchirurgia, chirurgia vascolare, neurochirurgia, chirurgia plastica, etc. Il Corso base per la riabilitazione della mano si propone quindi di formare fisioterapisti specialisti di elevata qualificazione professionale nell'ambito delle tematiche multidisciplinari attinenti alla riabilitazione delle patologie della mano e dell'arto superiore nel suo complesso. Alla fine del percorso formativo, caratterizzato da una spiccata impronta pratica, i partecipanti avranno acquisito conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di riabilitazione arto superiore e mano e abilità manuali tecniche e pratiche in tema di confezionamento ortesi con materiale termoplastico.

DOCENTI

Dott. Branciforti Bruno (Catania) - Dott. Cicero Carmelo (Ragusa) - Ft Fairplay Tracy (Bologna) - Ft Govari Fiorella (Como) - Dott. Internullo Giuseppe (Caltagirone) - Prof. Micali Giovanni (Catania) - Ft Morano Antonino (Messina) - Prof. Perrotta Rosario (Catania) - Dott. Palumbo Luca (Catania) - Dott. Risitano Giovanni (Messina) - Ft Risitano Fortunata (Messina).

INFORMAZIONI GENERALI

Il Corso si articola in 3 moduli distribuiti in 3 giornate per un totale di 28 ore di cui 15 ore di teoria e 13 ore di pratica.

ISCRIZIONI

Fisioterapisti iscritti AIFI € 250.00* + IVA**

Fisioterapisti studenti € 100.00* + IVA**

Fisioterapisti non iscritti AIFI € 280.00* + IVA**

* Nella quota di iscrizione sono compresi i coffee break ed il pranzo dei giorni 25 e 26 giugno

** L'IVA va considerata solo nel caso in cui si ha bisogno della fattura.

SEDE DEL CORSO

Sala Ricevimenti "I Marchesi di S. Barbara" dei F.lli Petralia, Via S. Bonaventura, 22 - 95041 Caltagirone (CT).

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Morano Domenico: cell 3388186058 - email: morano@interfree.it

ACCREDITAMENTO

È stata inoltrata la domanda alla commissione Nazionale del Ministero della Salute per l'accREDITAMENTO del Corso nell'ambito del programma Educazione Continua in Medicina (ECM).

MODALITÀ D'ISCRIZIONE

Vaglia Postale intestato a: Morano Domenico - Associazione Fisioterapia e Benessere - Coop. La Settembrina Zafferia 98127 Messina, specificando la causale: "2° Corso base per la riabilitazione della mano".

SCADENZA ISCRIZIONI

Le iscrizioni sono a numero chiuso e si effettuano fino ad esaurimento posti.

Il corso verrà attivato con un minimo di 20 iscritti.

Maggiori informazioni sul sito www.aifisicilia.it

CAPP
Coop. Soc.

AIFI
Sezione Catania

LA RIABILITAZIONE POST-ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO

Sabato 25 giugno 2005

Sala Convegni Centro Catanese di Medicina e Chirurgia
via Battello n. 48 - 95126 Catania, tel. 0957323111

Quota di iscrizione: € 50.00 soci AIFI
€ 70.00 + Iva non iscritti all'AIFI

Destinatari: Fisioterapisti e Medici
Docenti: Dott. F. Ioppolo, Dott. S. Caminiti, Ft Annamaria Venere, Ft Alessandro Mazza

Modalità d'iscrizione: Versamento sul c/c postale n. 39785092 intestato ad AIFI Regione Sicilia
via M.se di Villabianca n. 120 - 90143 Palermo, specificando la causale del versamento.

Segreteria Organizzativa: Venere Annamaria tel.3383941650 fax 0957461360 email: annamariavenere@libero.it
Cornaro Cinzia tel.3497178229 fax 0957323532 email: info@ccmc.it

Richiesti crediti ECM presso il Ministero della Salute

Phenix usb 8



Medical Space®



Sistema di valutazione e di terapia computerizzato multidisciplinare dedicato a Professionisti della Rieducazione

20 anni di esperienza hanno permesso la realizzazione di centinaia di protocolli suddivisi per disciplina. E' presente nella maggior parte delle università italiane, in circa 97 strutture ospedaliere, in oltre 70 centri sportivi di serie A; più di 700 sistemi lavorano in centri privati dove sono necessari valutazioni e recuperi funzionali importanti. In Europa il Phenix è presente con oltre 5000 sistemi installati, con ulteriore presenza dalle Americhe al Sud Est Asiatico.

In terapia fisica - medicina dello sport - neurologia - ortopedia - reumatologia - Biofeedback elettromiografico - " Biofeedback " telemetrico - goniometria elettronica - dinamometria elettronica - Biofeedback in Idroterapia - valutazione biofeedback su pedana stabilometrica o sistema propriocettivo.

In uroginecologia - proctologia - sessuologia - Biofeedback elettromiografico - " Biofeedback " telemetrico - biofeedback manometrico - pinza tonimetrica.

In medicina estetica - terapia vascolare - valutazione con biofeedback per tono muscolare e terapia attiva - "dermica" sistema di elettroveicolazione profonda intradermica del farmaco e di prodotti di cosmetologia - linfodrenaggio peristaltico a sequenza programmata tramite software - veicolazione delle correnti tramite guanto conduttore per linfoedemi o adiposità localizzate - trasmissione correnti di tonificazione viso tramite maschera appositamente studiata .



World wide high technology distribution

Rehabline

Electro comby system
Ultra sound comby system
Synergy system
Magnetic total body
Presso comby total body
Power laser
Radar compact therapy



Esercizio Terapeutico Conoscitivo

Sussidi

*E' stata pubblicata
una nuova guida
ai Sussidi ed Esercizi
per l'E.T.C.*

Sussidi fumagalliriabilitazione

Richiedi la pubblicazione a
Fumagalli srl
tel. 031/6730111
fax 031/672096
www.fumagalli.org

*Citando
"Fare Riabilitazione"- AIFI Sicilia-
ti verrà inviata gratuitamente*