

# Fare Riabilitazione

*AIFI Sicilia magazine*



È sicuramente un forte segnale di cambiamento la scelta del nuovo presidente della Regione Sicilia, On. Lombardo, di affidare l'incarico di Assessore alla sanità all'ex pm Massimo Russo noto per il suo impegno contro la criminalità organizzata, in passato sostituto presso la Procura della Repubblica di Marsala, retta in precedenza da Paolo Borsellino, e componente della Direzione Distrettuale Antimafia di Palermo. La decisione, seppure "difficilissima", di accettare questo incarico segna, di fatto, una discontinuità con le gestioni del passato e potrebbe iniziare un processo di trasformazione che fino ad ora è stato impossibile per i politici e i tecnici che si sono succeduti nella gestione di questo delicato settore della vita pubblica regionale che assorbe quasi sette miliardi e ottocentomila milioni di euro all'anno (dati forniti dall'ex Ministero della Salute per il 2005).

È lecito supporre che nel prossimo futuro possa iniziare un nuovo corso anche per quanto riguarda le attività di riabilitazione e di fisioterapia, fortemente "incrostate" da gestioni poco attente agli interessi generali e al rispetto delle norme nazionali e, quindi, non rispondenti ai requisiti di qualità dei servizi ed economicità delle prestazioni. Pertanto, nell'augurare un buon lavoro al nuovo Assessore, ci permettiamo di ricordargli che, se intende porre rimedio a situazioni che in definitiva danneggiano soltanto i cittadini ed allontanano la Sicilia dalle altre regioni italiane e da tutto il mondo civile, e se vuole marcare la differenza dai suoi predecessori, il primo atto da porre in essere è il considerare anche i fisioterapisti come "interlocutori di riferimento" per le questioni inerenti la fisioterapia e la riabilitazione. Ciò soprattutto dopo il Congresso regionale dell'AIFI Regione Sicilia del 17 maggio u.s. in cui l'Assemblea ha deliberato,

sull'esempio di quanto già esiste in Sardegna e in Abruzzo, oltre che in quasi tutta Europa, di richiedere l'accREDITAMENTO diretto per i fisioterapisti. Se è vero che il presidente Lombardo, come ha pubblicamente affermato, intende "tagliare molte spese ed eliminare molti sprechi", anche la Regione Sicilia non può che andare in questa direzione. Intanto la Sicilia si prepara ad ospitare il 9 e 10 ottobre prossimo, a Giardini Naxos, il Congresso nazionale, articolato in momento scientifico ed uno politico. Il Congresso scientifico approfondirà le basi neurofisiologiche e gli approcci terapeutici dei processi di recupero nelle lesioni del sistema nervoso centrale e vedrà la partecipazione di alcuni fra i più noti colleghi che a livello internazionale si occupano di riabilitazione in neurologia. Sarà interessante conoscere se e come saranno stati risolti alcuni nodi metodologici insiti negli studi che utilizzano modelli matematici nella rilevazione di dati non quantificabili. Su questo tema abbiamo ospitato e ospitiamo in questa rivista contributi che mettono in evidenza la necessità di una lettura attenta degli studi scientifici per coglierne le criticità. Alcune considerazioni ricordano quanto, in termini più generali, ha affermato John Ioannidis a proposito del fatto che "la possibilità che la maggior parte delle conclusioni sia falsa fa inevitabilmente parte dell'impegno nella ricerca" e, pur considerando che "la verità scientifica è un bersaglio in movimento", i riabilitatori non possono che impegnarsi per riuscire a discernere con chiarezza gli elementi che possono essere misurabili e quelli che non lo possono, pur rientrando tra le componenti essenziali del processo di recupero.

**Angelo Ginestra**

## Fare Riabilitazione

*AIFI Sicilia magazine*

Trimestrale dell'Associazione Italiana  
Fisioterapisti - Regione Sicilia

*Direttore Responsabile*

Angelo Ginestra

*Redazione*

Giuseppe Enea, Rosario Fiolo,  
Carmelo Roccaro, Paolo Fiore

*Coordinamento redazionale*

Dora Cinà

*Grafica e impaginazione*

Dora Cinà, Angelo Ginestra

*Stampa*

Seristampa Palermo - Tiratura 3000 copie

### AIFI Sicilia

via Marchese di Villabianca n.120  
90143 Palermo - tel. fax 091 303908  
[www.aifisicilia.it](http://www.aifisicilia.it) [info@aifisicilia.it](mailto:info@aifisicilia.it)

Presidente

*Rosario Fiolo*

Segretario

*Annamaria Venere*

Tesoriere

*Giuseppe Enea*

Ufficio Formazione

*Orazio Meli*

Ufficio Giuridico e Rapporti Sindacali

*Roberto Ferrara*

Ufficio Liberi Professionisti

*Carmelo Roccaro*

Ufficio Comunicazione e Relazioni Esterne

*Angelo Ginestra*

### Sezioni Provinciali

**Agrigento**

*Giovanni Nigro*

**Catania**

*Giovanni Larcán*

**Messina**

*Giuseppe Paladina*

**Palermo**

*Angelo Ginestra*

**Ragusa**

*Simone Cocchiara*

**Siracusa**

*Paolo Fiore*

**Trapani**

*Laura Genco*

### Collaborazioni

Chiunque può collaborare facendo pervenire alla redazione, presso la sede dell'AIFI, o all'indirizzo [fare.riabilitazione@libero.it](mailto:fare.riabilitazione@libero.it) articoli a carattere scientifico, culturale, sociale, sindacale e politico, di interesse riabilitativo, eventualmente provvisti di foto, disegni e tabelle, purché 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.

<b>La condizione della riabilitazione in Sicilia</b> <i>Lucio Vecchio</i>	<b>3</b>
<b>Come costruire una scienza del recupero 'efficace'</b> <i>Filippo Ottonieri</i>	<b>7</b>
<b>Legamento crociato anteriore: dalla lesione alla riabilitazione</b> <i>Giovanni Nigro</i>	<b>9</b>
<b>La RPG nel trattamento delle disfunzioni femoro-rotulee</b> <i>Orazio Meli</i>	<b>12</b>
<b>ALTRE STORIE - impressioni di lettura</b> <i>Cosimo Riccobono</i>	<b>15</b>
<b>Chi agisce e chi... guarda e scrive</b> <i>Filippo Cavallaro</i>	<b>16</b>
<b>L'avvocato risponde</b> <i>Angelo Russo</i>	<b>17</b>
<b>Individuare lo spazio della scienza della riabilitazione</b> <i>Giuseppe Fiolo</i>	<b>18</b>
<b>Nasce un nuovo professionista: l'hospital risk manager</b> <i>Irene Logozzo</i>	<b>20</b>
<b>Programma Eventi Ottobre 2008</b>	<b>21</b>
<b>Regime fiscale semplificato per i contribuenti minimi</b> <i>Carmelo Roccaro</i>	<b>23</b>

### In copertina:

Antonio Canova, *Endimione dormiente, 1819-1822*,  
Collezione del Duca di Devonshire, Chatsworth

### Per iscriversi all'A.I.FI. Regione Sicilia

Effettuare il pagamento della quota associativa di € 100.00 (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.FI. 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](http://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).

**Fare Riabilitazione** sarà inviato gratuitamente a tutti coloro che ne faranno richiesta all'AIFI Sicilia, comunicando il proprio indirizzo a: [fare.riabilitazione@libero.it](mailto:fare.riabilitazione@libero.it)  
Coloro che non intendessero ricevere questa rivista sono pregati di darne comunicazione formale a mezzo lettera.

# La condizione della riabilitazione in Sicilia

## The rehabilitation's condition in Sicily

di Lucio Vecchio\*

**ABSTRACT:** This study intends to analyse the condition of rehabilitation in Sicily. There are till today territories lacking in rehabilitative services, and in the other territories the 90 % is privately run. This is the result of the political will of the regional government that never has deemed these activities should be provided by the Public Health Service. The Decree of 12/12/2007 provides a cut of 5% for the cost of the agreed private centres. The half of this cost seems is spent in the AUSL3 (Catania territory). Some questions spring out: is the population of Catania more disabled, more than that of other territories? If otherwise the services of the AUSL3 are well proportioned to the population's needs, why are the other Sicilian users so heavily penalized? And what they do to have the services they need? Do they emigrate? Do they remain without cures or do they provide for paying on their own? It would be interesting answer to these questions.

**Key words:** rehabilitation - agreed private centres - standard of personnel

**Parole chiave:** riabilitazione, centri privati convenzionati, standard del personale

I fisioterapisti della provincia di Catania, riunitisi in assemblea il 23 febbraio u.s., hanno denunciato, ancora una volta, l'insoddisfacente e intollerabile situazione della riabilitazione in Sicilia. In tale occasione è stato ribadito che non è più tempo di rimandare un serio intervento per la realizzazione, nel territorio regionale siciliano, di una regolamentazione precisa e severa circa l'organizzazione e la gestione della riabilitazione. È anche emersa l'urgenza di promuovere un progetto, che comprenda sia il pubblico che il privato, volto alla qualità, alla tutela della salute del disabile, che rispetti la professione del fisioterapista e che combatta il dilagante abusivismo nel territorio. Progetto razionale che garantisca efficienza, efficacia, trasparenza e, al contempo, economicamente contenuto. Non è mai stato tempo, oggi più che mai, che con i soldi delle rette si facciano "cose" diverse dalla riabilitazione. Su questo tema i fisioterapisti della provincia di Catania vogliono coinvolgere tutte le forze sociali per arrivare ad avere in Sicilia dei normali servizi riabilitativi.

Al contrario, la situazione nel tempo si è sempre di più complicata a tal punto che oggi si è delineato un quadro drammatico ed insostenibile sia per gli utenti sia per gli operatori del settore riabilitativo. Nel territorio sta sempre più dilagando un abusivismo professionale per cui altre figure professionali, con in testa i chinesiologi-insegnanti isef e i massaggiatori, fanno gli interventi propri del fisioterapista. Come già fatto altre volte si è anche ribadita la mancanza nel servizio pubblico, di un'organizzazione del lavoro volta ai parametri di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza. Si auspica, quindi, la cancellazione delle regole ambigue che alimentano la confusione organizzativa.

Si è anche denunciata la situazione, oltremodo scandalosa, nei centri convenzionati per le prestazioni di fisioterapia dove, per la maggior parte dei casi, l'organizzazione del lavoro, di fatto, è basata su logiche di profitto e di sfruttamento della professione. A questo si aggiunge che il rapporto di lavoro dei fisioterapisti in tali centri è in massima parte a regime libero professionale.

Particolare disagio è stato espresso dai fisioterapisti che

lavorano nei centri in convenzione ai sensi della L. 104/92 (ex art. 26 L. 833/78) e Leggi regionali 68/81 e 16/86. La riabilitazione in Sicilia, ex art. 26 L. 833/78 è interamente coperta da servizi privati convenzionati. Questi privati sono espressione di associazionismo di familiari, di interventi religiosi, o di emanazione collaterale dell'ospedalità privata. Tutti questi soggetti privati, iscritti all'Albo regionale sono, giuridicamente, delle onlus cioè soggetti "no profit". Ultimamente, almeno in occasione della riduzione del 5% della spesa (decreto 12-12-2007) si sono associate per meglio far valere le ragioni datoriali e hanno prodotto un documento (29-11-2007), che in via di principio condividiamo... se non ci fosse una sorta di peccato originale...

Il servizio pubblico è scarsamente rappresentato!

Il rapporto privato/pubblico è del 90% a favore del privato. In Sicilia questo "appalto" ai privati è stata una scelta storica della "volontà politica" via via succedutasi ai governi regionali e a nulla sono valse le ragioni di chi sosteneva che tale intervento sanitario dovesse essere assicurato dal servizio pubblico: ragioni dettate, oltre che dal buonsenso (minori costi!) anche dagli scandali che ci sono stati. A parte il risparmio del denaro c'era e c'è ancora l'esigenza di coprire tutto il territorio di servizi riabilitativi. Attualmente vi sono zone totalmente sprovviste di servizi, e la prova è nel piano di riparto 2007/2009 (riduzione del 5% dei costi) emanato dall'Assessore regionale della Sanità il 12-12-2007. Anche uno sprovveduto percepisce alcuni fatti di opinabile giustificazione in un mondo "no profit", tipo: qualche campagna elettorale, imponenti opere murarie, macchine di rappresentanza, telefonini, viaggi, spese legali, consulenze di ogni tipo. Il tutto condito, almeno in qualche gruppo di questo mondo variegato, con delle colonie per utenti e loro familiari (per carità, non si è contrari ad un periodo di vacanza). Il guaio è che tutto viene pagato con i soldi della riabilitazione. Sorge una domanda, queste attività extrasanitarie come sono possibili?

Sembrirebbe, da queste "attività" extrasanitarie, che questi privati convenzionati abbiano delle economie di gestione.

Verranno pertanto analizzate:

1. Rette
2. Contratti di lavoro
3. Contratti di formazione lavoro
4. Dotazioni del personale (standards)
5. Carichi di lavoro
6. Controlli
7. Liste d'attesa

### Rette

Attualmente ai sensi dell'ex Decreto 9-11-2005 l'importo

Internato	113,00
Internato per gravi (maggiorazione del 30%)	147,00
Seminternato	68,00
Seminternato per gravi (maggiorazione del 30%)	89,00
Ambulatoriale ed extramurale (individuale)	43,00
Ambulatoriale ed extramurale (piccolo gruppo)	15,00
Domiciliare	56,00

delle rette è, in euro:

In data 12-12-2007 l'Assessore regionale della Sanità emana un decreto, "per contenere la spesa" (il bilancio della Regione Sicilia non gode buona salute!) dove è prevista la decurtazione del 5% della spesa per i centri convenzionati ex art. 26 L. 833/78. Analizzando la questione, emergono alcune considerazioni. All'art. 1, pare che il computo delle risorse sia stato fatto con dati 2006 ("importi remunerabili" "valorizzate secondo le vigenti tariffe") prendendo i valori delle convenzioni e moltiplicandoli per le giornate utili dell'anno (e le assenze degli assistiti?) e inoltre sono stati inseriti "gli oneri aggiuntivi e accessori derivanti". Sarebbe bene sapere quanto hanno speso effettivamente le AUSL nell'anno 2006 (specie l'AUSL 3). All'art. 2, secondo la tabella riportata, l'AUSL 3 (Catania) "assorbe" quasi il 50% dell'intero capitolo regionale. Sorgono allora alcune domande.

Come mai la popolazione di Catania è così disabile?

Se invece i servizi all'AUSL 3 sono ben rapportati ai bisogni della popolazione, perché gli altri utenti siciliani sono così pesantemente penalizzati, e questi, per avere i servizi, cosa fanno? Emigrano? Restano senza cure o debbono provvedere pagando di tasca propria?

Certo un dato è sicuro: nessuno parla di liste d'attesa e quindi teoricamente il fabbisogno all'AUSL 3 è maggiore del previsto.

È stato controllato che gli "utenti" siciliani che hanno fruito dei servizi di detti centri fossero *tutti* aventi diritto secondo le regole convenzionali? *o ci sono stati dei "ricoveri impropri"?*

Da un'analisi della spesa per ogni provincia siciliana in rapporto alla popolazione residente emerge che esistono differenze in alcune province per motivi epidemiologici legati alle condizioni ambientali e ai fattori di rischio (inquinamento, raffinerie, discariche di rifiuti anche provenienti da altra parte d'Italia, etc.), tranne che nel ter-

ritorio dell'AUSL 3.

Inoltre, va valutata la presenza di servizi pubblici presenti sul territorio, anche se la scelta storica dei governi dell'isola che si sono succeduti è stata quella del privato "no profit" laico o religioso. Scarsa è quindi la presenza di servizi pubblici che non può coprire le macroscopiche sperequazioni evidenziate.

Ma, poiché *tutti* i cittadini hanno pari diritti, la regione dovrebbe essere "equa" con tutti i suoi cittadini!

Prendendo come base i parametri di Catania (che è il più alto) e di Agrigento (che è il più basso) è possibile calcolare la "dote" economica per ogni provincia, come mostrato nella tabella A.

Se la Regione pagasse per ogni provincia tanto quanto paga per la provincia più "ricca" (Catania) la spesa da impegnare in Sicilia sarebbe di euro 330.663.219,00.

Se la Regione pagasse per ogni provincia tanto quanto paga per la provincia più "povera" (Agrigento) la spesa da impegnare in Sicilia sarebbe di euro 61.115.517,90. In ogni caso i dati analizzati sono incongruenti con la realtà.

### Contratti di lavoro

I contratti di lavoro sono scaduti dal 2005. La procedura, ormai consolidata è che prima si rinnova quello pubblico, poi a caduta quelli dell'area privata, dove c'è la giungla! Ogni gruppo ha il "suo" contratto. Ecco alcuni esempi. AGIDAE (Associazione Gestori Istituti Dipendenti dall'Autorità Ecclesiastica), ANPAS (Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze), AVIS (un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale), ANASTE (Associazione d'impresa che rappresenta imprese private di assistenza residenziale agli anziani, sia auto che non autosufficienti), Cooperative sociali, Associazione Nazionale Cooperative Servizi e Turismo, Legacoop, Federsolidarietà, Confcooperative, Associazione Generale Cooperative Italiane, Solidarietà, Misericordie, UNEBA (Unione Nazionale Enti di Beneficenza e Assistenza), Valdesi, AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata), AIAS (Associazione Italiana Assistenza Spastici).

Tali enti sono molto difforni sia sotto l'aspetto normativo che soprattutto sotto l'aspetto economico: la differenza per i dipendenti, a parità di livello, arriva fino a circa 500 euro mensili), a fronte di rette *uguali* per tutti gli enti iscritti all'albo regionale.

Tre aspetti meritano attenzione:

1. Parte normativa
2. Parte economica
3. Carichi di lavoro

**Parte normativa.** È, anche se non sembra, l'aspetto più importante, anche se da sempre scarsamente preso in considerazione. Ancora oggi sembra pensato all'inizio del secolo scorso riguardo a sanzioni disciplinari, permessi vari e per studio, orari di lavoro, pause per le merende, organizzazione gerarchica del lavoro. Tutte le norme cozzano con le nostre competenze legislative e con le nostre responsabilità, anche penali. La parte normativa è costruita dalla parte datoriale secondo il concetto che è *proibito tutto ciò che non è concesso ed è concesso tutto ciò che non è proibito!* E dalla stessa si evince un'idea strisciante: che siamo dei manigoldi da trattare con la frusta.

**Parte economica.** I fisioterapisti che lavorano nel pubblico sono sottopagati, ma sono meglio remunerati rispetto ai colleghi del privato, dove i contratti arrivano con anni di ritardo, gli arretri dovuti sono sempre "una tantum" (fregando migliaia di euro), gli inquadramenti tabellari sono al ribasso e manifestamente errati (abbiamo, ancora

Azienda	Città	Abitanti al 2001	Spesa prevista triennio 2007/09 in euro	Spesa pro capite x abitante residente	Previsione di spesa in euro ipotizzando come parametro il valore procapite maggiore (CT) e minore (AG)	
					CATANIA	AGRIGENTO
USL1	Agrigento	476.490	5.869.400,00	12,31799	31.755.676,00	5.869.400,00
USL2	Caltanissetta	274.035	8.006.800,00	29,21816	18.263.062,00	3.375.560,00
USL3	Catania	1.054.778	70.296.400,00	66,64568	70.296.400,00	12.992.744,00
USL4	Enna	177.200	3.488.400,00	19,68623	11.809.494,00	2.182.147,80
USL5	Messina	662.450	15.474.500,00	23,35949	44.148.980,00	8.160.052,40
USL6	Palermo	1.200.000	15.774.580,00	13,14548	79.974.000,00	14.781.588,00
USL7	Ragusa	295.264	4.013.890,00	13,59424	19.677.869,00	3.637.058,90
USL8	Siracusa	396.197	13.853.670,00	34,96663	26.404.549,00	4.880.350,60
USL9	Trapani	425.121	19.794.120,00	46,56114	28.332.189,00	5.236.636,20
<b>TOTALE REGIONALE</b>			<b>156.576.120,00</b>		<b>330.663.219,00</b>	<b>61.115.517,90</b>

tabella A

oggi, colleghi al livello C1).

La parte datoriale differisce nel tempo la stipula del contratto e poi per gli anni trascorsi dà una *una tantum*, fregando migliaia di euro. Poi, sempre nel contratto, gli inquadramenti sono difforni nel comparto (ARIS, AIAS, etc.): una sorta di giungla. Ma, la Regione, corrisponde le rette, al "malcapitato" centro, come se lo stesso avesse dato ogni competenza al centesimo... Così, taluni centri hanno un indebito utile sia per gli inquadramenti difforni, sia perché risparmiano sugli arretri! Ed il sindacato dorme: sia quelli confederali, sia gli autonomi.

#### *Contratti di formazione lavoro*

Nel privato, ormai da qualche tempo, i fisioterapisti sono assunti o in regime di libera professione con compensi miseri (lasciando risorse alle casse dell'ente committente) o peggio ancora con contratti di formazione lavoro. È superfluo dire che ciò è legato a sgravi fiscali riconosciuti ai datori di lavoro per favorire l'occupazione. Ma nel caso nostro, questa esigenza di favorire l'occupazione non esiste in primis, e poi un fisioterapista laureato e quindi abilitato all'esercizio della professione è già formato. Serve solo a mantenerlo in uno stato di precarietà, a dargli uno stipendio più magro e a risparmiare sugli oneri riflessi.

#### *Dotazioni del personale (standards)*

Sempre in Sicilia è in vigore il Decreto sugli standards (15-02-1992) che prevede:

##### *Struttura interna*

12 fisioterapisti ogni 60 P.L. = 5 assistiti x fisioterapista

##### *Centro diurno*

6 fisioterapisti ogni 40 assistiti = 6,66 assistiti x fisioterapista

##### *Struttura ambulatoriale*

5 fisioterapisti ogni 38 assistiti = 7,6 assistiti x fisioterapista

##### *Struttura domiciliare*

4 fisioterapisti ogni 19 assistiti = 4,75 assistiti x fisioterapista

##### *Carichi di lavoro*

Le dotazioni del personale determinano i carichi di lavoro che, a loro volta, nascondono un altro utile. Infatti, poiché ai fisioterapisti vengono affidati un numero superiore di assistiti rispetto a quelli previsti dal decreto sugli standards, e la prova del reato è nei fogli di presenza, che sono firmati e consegnati alle AUSL unitamente ai rendiconti trimestrali, sorgono almeno due problemi: 1. La qualità della riabilitazione. 2. Il Centro che opera con carichi di lavoro maggiori ha un indebito guadagno.

##### *Controlli*

La circolare 747 del 29.4.94 art. 10 lett. c prevede l'attività di una commissione di controllo a cadenza semestrale. Non sarebbe male sapere se queste commissioni

lavorano regolarmente, cosa hanno fatto, che cosa fanno, quante commissioni sono operanti, come si arriva alla nomina, ad esempio, dei componenti: sono eletti dai dipendenti o se lo "sceglie" la parte datoriale? E se, per mera ipotesi in qualche Centro convenzionato, si fosse già scelto il dipendente, questi sarebbe libero di svolgere il compito statuito? Sarebbe bene sapere in quale archivio finiscono le relazioni di queste commissioni di controllo: in quattordici anni, con due relazioni annuali, si sono prodotte ben 28 relazioni per ogni ente convenzionato! *È lecito supporre che queste commissioni non sono mai state istituite e questo meccanismo di controllo non è stato mai attuato!*

### Liste d'attesa

Le convenzioni (ex circolare 747 del 29 Aprile 1994) per via del contenimento della "spesa" sanitaria, non coprono la domanda di questi servizi e si registrano lunghe liste d'attesa che costringono spesso le famiglie a scelte diverse e costose (viaggi della speranza, prestazioni private, etc.). E il diritto alla cura? E la prevenzione? Inoltre, ciò è incongruente con la distribuzione dei servizi nella Regione e con gli stanziamenti.

In definitiva si auspica un Piano Sanitario Regionale che razionalizzi la domanda e la distribuzione dei servizi, che *deprivatizzi* i servizi riabilitativi, anche con previsioni a lungo termine verificando, innanzitutto, gli *aventi diritto*. È un gesto di civiltà rendere pubbliche le liste di attesa delle varie AUSL e *smaltirle*, costringere i privati convenzionati a applicare *subito* e con la stessa retribuzione i contratti di lavoro; ma anche mettere in moto *subito* i controlli previsti dalle normative vigenti.

*Nelle zone carenti di servizi riabilitativi bisogna procedere alla formazione di un albo da cui attingere per rapporti convenzionali diretti con i fisioterapisti.*

Pertanto, anche alla luce del dibattito sviluppatosi nel

Congresso regionale, come la valorizzazione del profilo professionale, i carichi di lavoro, la verifica "in trincea" dei giusti tempi di trattamento di recupero funzionale previsti dai LEA, è improrogabile fare queste considerazioni, perchè è giunto il tempo di rivendicare ciò che è dovuto alla nostra professionalità, anche se restano alcune ombre: troppi colleghi sono "prigionieri" di centri privati ove sono schiavizzati, angherati, mobbizzati, sottopagati. E allora l'unica strategia è *fare gruppo!* Quando un grande gruppo si muove travolge! Adesso non dite più che non sapevate!

È giunto il momento di reagire, chiedere ciò che ci appartiene, svegliare i nostri rappresentanti sindacali e chiedete loro ciò che ci spetta almeno per il fatto che l'iscrizione al sindacato è un patto che va onorato: noi con la quota di iscrizione, i dirigenti ottenendo CCNL omogenei sia nel pubblico che in tutto il privato.

È giunto il momento di chiedere al potere pubblico i *controlli sui contratti* (per le parti normativa ed economica) sia sui carichi di lavoro.

È giunto il momento di difendere in gruppo la nostra dignità professionale, che poi sarà difendere anche le nostre responsabilità penali

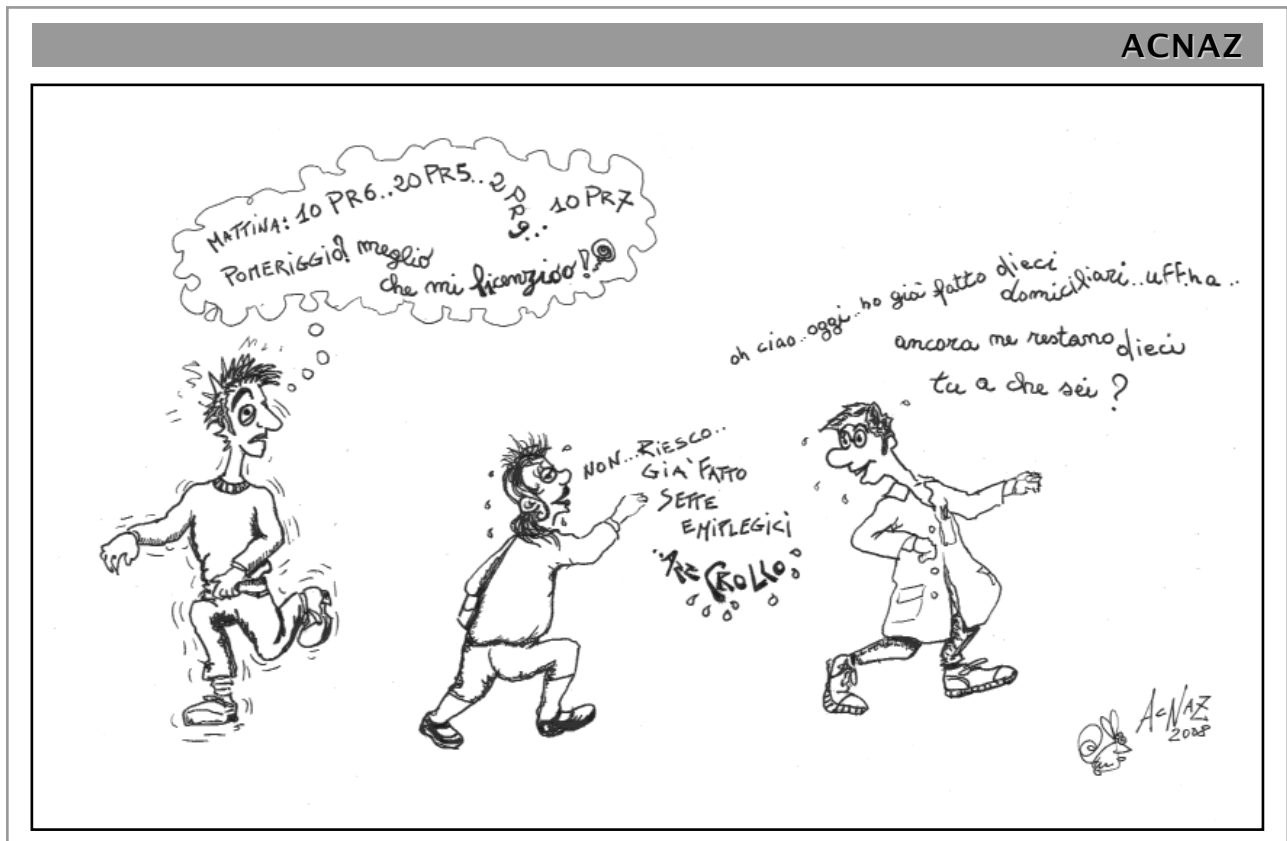
È giunto il momento di difendere il nostro stipendio e il suo potere d'acquisto!

Non è una vergogna difendere ciò che si è e che si ha.

È una vergogna far continuare uno stato di cose ancora più intollerabile in quanto col nostro silenzio autorizziamo l'utilizzo di figure non pertinenti alla riabilitazione e quindi siamo tacitamente conniventi con forme sofisticate, ma non troppo, di abusivismo.

*È giunto il momento di una rivolta culturale, di un risveglio che pretenda l'applicazione di tutte le leggi e che sproni i colleghi ad andare via da quei centri privati che si comportano da repubbliche delle banane.*

\* Dottore in fisioterapia



# Come costruire una scienza del recupero 'efficace'

## How to build an 'efficacious' science of recovery

di Filippo Ottonieri

**ABSTRACT:** Some of the knowledge at the base of man's activities is not sharply measurable but the same offers sure results when practically carried out. In rehabilitation it is extremely difficult to quantify all parameters of the therapeutical intervention even if the knowledge reached through the rehabilitative action represents the result of a research. To verify the precision and the exactitude of rehabilitative intervention it is necessary to control various parameters during the execution and not only the final result. It's necessary then that the rehabilitator finds an instrument that lets him to describe with extreme precision, not only the results, but also the exercises done, the composition of the therapeutical system and its evolution through the time and the relations of which it's composed.

**Key words:** rehabilitation, rehabilitative therapeutical system, rehabilitative case history (file)

**Parole chiave:** riabilitazione, sistema terapeutico riabilitativo, cartella riabilitativa

---

*Gli domandò Pilato: "Che cosa è la verità?"  
Giovanni 18,38*

### Uomini e numeri

#### 1. Una riflessione.

L'intervento precedente si era concluso con una riflessione: "... il riabilitatore si trova di fronte al dilemma se rinunciare ad ogni pretesa di scientificità e collocare la disciplina in una somma di pratiche empiriche disperse, oppure se trovare soluzioni per un procedere metodologicamente rigoroso che possa ugualmente condurre alle conoscenze ricercate circa il recupero, anche se non corrispondente ai canoni della conoscenza definita scientifica".

#### 2. Solo la scienza è conoscenza?

Il primo problema da discutere è se scienza e conoscenza siano del tutto sovrapponibili, cioè se siano da ritenersi conoscenze "vere" e sicure solo quelle ottenute attraverso metodi definiti scientifici, oppure se esistano diversi tipi di conoscenza e quella scientifica non ne rappresenti altro che una delle tante possibilità. In effetti esistono anche conoscenze storiche, filosofiche, politiche e sociali, non meno complesse di quelle "scientifiche", che se ne differenziano per i mezzi con i quali sono raggiunte e per le finalità che si prefiggono, non certo per una loro minore importanza per la vita dell'uomo. Infatti, non tutte le conoscenze sulle quali si basano la vita dell'uomo e le sue azioni sono matematizzabili con precisione ma, nonostante questo, sono in grado di offrire sicurezza di risultati nella attuazione pratica. Ad esempio, il fatto che percuotendo una pietra con un corpo solido questa si spezza in parti più piccole, rappresenta una conoscenza, anche se nessuno può prevedere esattamente in quante parti si spezzerà e le loro esatte dimensioni. Eppure l'uso di questa conoscenza, sicuramente non matematizzabile, è stato fondamentale per il progresso e l'evoluzione della specie umana. Il livello di precisione di ogni conoscenza deve essere tale da offrire garanzie *accettabili* in rapporto agli scopi per i quali è prevista la sua utilizzazione.

#### 3. I mezzi per conoscere.

La conoscenza, compreso quella raggiunta attraverso l'agire riabilitativo, rappresenta in ogni caso il risultato di una ricerca: per verificarne la precisione ed il rigore è necessario poter controllare determinati parametri del suo svolgimento e *non solo il risultato finale*. L'articolo precedente suggeriva al lettore una serie di parametri da prendere in considerazione per l'analisi della correttezza dei diversi lavori dei riabilitatori scientifici. Venivano segnalati, per facilitarne l'opportuno controllo:

- (a) le modalità di definizione del "quadro patologico";
- (b) le descrizioni della "struttura" alterata dalla patologia nei confronti della quale il riabilitatore intende lavorare;
- (c) le descrizioni dei mezzi che intende utilizzare in questo tentativo;
- (d) le scelte dei parametri presi in considerazione per definire la significatività dei risultati ottenuti.

È da sottolineare che, mentre di solito viene assegnata importanza esclusivamente alla precisa valutazione dei risultati (punto d), un approccio rigoroso non può fare a meno di porsi domande relative anche alla correttezza (per lo meno) dei mezzi utilizzati per condurre la ricerca (punto c). Infatti, una loro descrizione approssimativa ed imprecisa rende la ricerca non ripetibile, oltre che non trasmissibile, e mette in dubbio il significato reale delle conoscenze acquisite. Da questo punto di vista la ricerca in riabilitazione risulta più complessa di quella svolta all'interno delle altre discipline cliniche, che si basano di solito sull'uso di farmaci. Il clinico infatti vede garantita in ogni caso *la costanza e la confrontabilità* dei mezzi utilizzati: quattrocento milligrammi di tegretol sono *sempre* quattrocento milligrammi e *sempre* di tegretol, mentre un esercizio non è *mai* esattamente lo stesso. Risulta infatti diverso, ed in misura spesso notevole, a seconda del terapeuta che lo mette in pratica, del contesto cognitivo, della situazione fisica e del momento psicologico in cui viene somministrato, per cui accanto alle modalità dell'esercizio, dovreb-

bero essere registrate accuratamente anche le altre componenti della situazione terapeutica. Per la ricerca di nuove conoscenze riabilitative (scientifiche o meno) non è pertanto sufficiente l'indicazione di esercizio "tradizionale", neuromotorio o di terapia occupazionale, come spesso si trova descritto negli articoli "scientifici" (quando non si parli di fisioterapia senza alcuna precisazione).

#### 4. Il sistema terapeutico.

La definizione della correttezza dei mezzi usati non può essere valutata se non collocandola all'interno del "sistema terapeutico riabilitativo", inteso come quell'insieme di elementi strutturati dal riabilitatore in funzione del recupero. Tutte le proposte riabilitative propongono un "sistema terapeutico" costituito da *elementi* e da *relazioni*.

Gli elementi che compongono il sistema, in tutti i casi, sono rappresentati dal terapeuta, dal malato e dal mondo che li circonda, che può essere limitato ad un oggetto della vita quotidiana (OT), alla forza di gravità o esteso ad un sussidio più o meno complesso (ETC). Quello che cambia tra le diverse proposte, invece, è il tipo delle relazioni che vengono instaurate tra gli elementi ad opera del terapeuta, dalle quali dipende il significato dell'interazione terapeutica in funzione dei risultati. Per la migliore definizione dei mezzi usati è opportuno tenere presente che dei tre elementi costituenti il sistema, due sono in grado di elaborare anche relazioni di tipo intenzionale (i due sistemi viventi, soggetto e terapeuta), mentre il terzo (ambiente) di solito nell'esercizio è in grado solo di relazioni di tipo fisico (sia che si tratti del sussidio, della forza di gravità o del target da raggiungere con la contrazione di determinati muscoli).

Proprio per la presenza di elementi capaci di relazioni intenzionali, il linguaggio viene ad assumere un ruolo determinante nell'elaborazione di nuove relazioni e perciò dell'organizzazione del sistema e quindi nelle sue emergenze. Il linguaggio del terapeuta è fondamentale per costruire e regolare le relazioni del soggetto con l'ambiente e con i suoi oggetti, quello del paziente risulta altrettanto importante per comprendere le relazioni che il paziente ha instaurato con l'ambiente. Il riabilitatore "scientifico", che ritiene significative solo le relazioni meccaniche, le uniche per le quali si può ipotizzare una quantificazione, si trova costretto ad escludere dalla sua pratica e dalle sue descrizioni tutte le relazioni di tipo intenzionale, tra le quali anche quelle possibili attraverso il linguaggio, dalle quali dipende la qualità del risultato della interazione terapeutica. È evidente che un sistema terapeutico, quale quello proposto da riabilitatori "scientifici", basato quasi esclusivamente su relazioni fisiche, ridurrà al minimo le relazioni instaurabili attraverso il linguaggio e sarà capace solamente di far emergere modificazioni grossolane ed estremamente limitate. Non è da ritenersi in ogni caso né corretta né soddisfacente una ricerca volta ad ottenere nuove conoscenze circa il recupero, che non tenga conto, dandone anche una precisa descrizione, di *variabili intenzionali*, che rivestono la massima importanza oltre che per il risultato finale anche per la ripetibilità e la trasmissibilità della ricerca stessa.

#### 5. La proposta: il caso singolo e la sua descrizione.

Queste considerazioni dimostrano come in riabilitazione sia estremamente difficile (a meno che non si confonda la riabilitazione con la fisioterapia) procedere ad una quantificazione di tutti i parametri dell'intervento terapeutico ed alla costruzione di ampie casistiche, che riescano ad essere significative. La soluzione che appare più percorribile in questo momento è rappresentata dal ricorso alla *descrizione più accurata possibile* del "caso singolo". (Si provi a rileggere le descrizioni dei pazienti di Lurija e Sacks e si pensi all'ottica denominata da Lurija come "scienza romantica" in contrasto con quella "classica"). Il riabilitatore per progredire verso una più compiuta conoscenza del recupero, pur non potendo quantificare con esattezza i mezzi utilizzati, i risultati ottenuti ed in genere il percorso effettuato, deve comunque scegliere (e darne descrizione per il doveroso controllo da parte di altri riabilitatori) strumenti per la raccolta ed il controllo dei dati che siano sufficientemente rigorosi. Questo è possibile facendo ricorso ad uno strumento (**una cartella**) che permetta di *descrivere* con estrema precisione, non solo i risultati, ma anche le esercitazioni effettuate, cioè la composizione del *sistema terapeutico* e la dinamica della sua evoluzione nel tempo attraverso le relazioni che lo compongono. Il riferimento alla *descrizione* (anziché alla quantificazione) appare necessario proprio perché buona parte di queste relazioni, come ad esempio quelle collegate con il linguaggio, o con il ricorso ad altri strumenti terapeutici (si pensi alla immagine motoria) non sono in alcun modo quantificabili.

Lo strumento-cartella deve permettere di registrare al meglio in maniera coerente con le modificazioni che si vogliono raggiungere:

. la interpretazione riabilitativa della patologia data dall'autore, e non solo la definizione della patologia (che di solito si limita alla registrazione della denominazione clinica della sindrome, quando non ad una generico "affetto da stroke");

.. le *modificazioni* che lo studioso del recupero può prevedere alla luce delle conoscenze attuali;

... le nuove conoscenze che ipotizza di ottenere dal trattamento di questo paziente in tutte le fasi del trattamento.

Solo una cartella strutturata secondo questi fini può permettere di definire in maniera rigorosa cioè *logica*, *ripetibile* e *trasmissibile*, la strategia attraverso la quale si ricerca la nuova conoscenza. Infatti, la descrizione delle ipotesi avanzate e del procedere dell'agire volto al recupero consentirà la precisione necessaria per valutare la correttezza ed il rigore di ogni tappa della costruzione delle conoscenze, obiettivi non raggiungibili attraverso la sola analisi dei risultati, che rappresentano unicamente la tappa finale.

Questa procedura, anche se di esecuzione più complessa rispetto a quanto semplicisticamente effettuata attraverso la sola matematizzazione dei risultati finali, è l'unica in grado di consentire la possibilità, almeno nel momento attuale, di costruire conoscenze rigorose in ambito riabilitativo, tali cioè che, anche se non quantificate (perché non quantificabili), possano essere confutate, ripetute e trasmesse, obiettivo che la semplice numerizzazione del risultato, anche se correttamente effettuata (cosa che non sempre avviene) non è in grado di garantire.



# Legamento Crociato Anteriore: dalla lesione alla riabilitazione

## Anterior Cruciate Ligament: from the injury to the rehabilitation

di Giovanni Nigro\*

**ABSTRACT:** The second part of this article relates to the general elements of the elaboration of a rehabilitative protocol. This is divided in a pre-operating phase and a post-operating phase. The rehabilitative protocol has to be personalized and it is constituted by three main points: the recovery of the articular range of movement, the muscular work and the progressive load. Both in the pre-operating phase and in the post-operating it is possible to program many therapeutical exercises. This points out the high level of complexity that characterize this rehabilitative intervention.

**Key words:** anterior cruciate ligament - rehabilitation protocol

**Parole chiave:** legamento crociato anteriore - protocollo riabilitativo

**D**escriverò in questa seconda parte gli elementi generali della elaborazione del protocollo riabilitativo soffermandomi sulla descrizione della fase pre-operatoria e di quella immediatamente successiva all'intervento.

### *Elaborazione dei protocolli riabilitativi*

L'elaborazione del protocollo riabilitativo tiene conto di vari elementi di ogni singolo paziente che si ha di fronte. Va stilato allo stesso modo in cui un sarto confeziona un abito: "addosso al cliente". Quindi qualsiasi protocollo proposto deve essere una traccia sulla quale confezionare un trattamento personalizzato. Fondamentalmente è costituito da tre momenti importanti:

- il primo riguarda il periodo in cui è interdetto il carico sull'arto operato e si procede pertanto con un lavoro in scarico, sia mediante esercizi analitici che globali, da iniziare al più presto, già nei primi giorni dopo l'intervento;
- il secondo è caratterizzato da un lavoro al suolo, con carichi progressivi controllati, prima statici e poi statico-dinamici;
- il terzo è caratterizzato dal prevalere delle sollecitazioni dinamiche, proposte mediante esercizi su piani instabili, sia di tipo propriocettivo che conoscitivo.

Il protocollo viene completato con alcuni esercizi, funzionali per lo sport, utili per valutare la capacità di ripresa dell'attività sportiva.

I problemi principali che il riabilitatore è chiamato ad affrontare nel trattamento dei pazienti con lesioni capsulo-legamentose del ginocchio sono rappresentati da:

1. recupero dell'articolariet ;
2. lavoro muscolare;
3. progressione del carico.

### *1. Recupero dell'articolariet *

Il recupero dell'articolariet  va di pari passo con il lavoro muscolare ed insieme preparano l'inizio del carico e la progressione delle possibilit  funzionali.

La situazione iniziale   caratterizzata da una limitazione delle escursioni articolari, con rigidit  pi  o meno marcata. In particolare ci si dovr  preoccupare nelle prime settimane di ottenere un ritorno alla estensione completa graduale, condizione per un carico che non sia tra-

umatico per il ginocchio. Gli esercizi terapeutici mobilizzanti l'articolazione devono essere eseguiti attivamente e passivamente mediante la mobilizzazione passiva continua (M.P.C.).

### *2. Lavoro muscolare*

Non vi   dubbio che la migliore protezione che pu  essere offerta ad un trapianto,   rappresentata da una muscolatura efficiente e valida. Il ginocchio va fatto lavorare nel contesto dell'arto inferiore, cio  messo in relazione con il complesso articolare caviglia-piede e con l'anca, in maniera globale e funzionale; perci  al pi  presto in stazione eretta e con un lavoro coordinato dei due arti, in un contesto che consideri lo specifico patologico ovvero non solo il deficit di reclutamento muscolare ma anche le contratture antalgiche, la rigidit  articolare, l'irradiazione ed i compensi messi in atto dal paziente. Questo per , all'inizio almeno, non   sempre possibile o lo   solo in parte.   quindi necessario ed utile anche un lavoro analitico che consideri in primo luogo il quadricipite e gli ischio crurali; importante inoltre il lavoro dei rotatori esterni. Il modo ritenuto pi  efficace per rinforzare un muscolo si rif  al principio della resistenza progressiva, tenendo presente per  che il lavoro muscolare deve mirare non solo al recupero della forza ma anche a quello della potenza ovvero della velocit  di sviluppo della forza, nonch  della resistenza.

*Lavoro del quadricipite.* Nella programmazione degli esercizi va tenuto presente che la sua azione pu  determinare un aumento di tensione sul LCA, specialmente negli ultimi 30  di estensione. Esso infatti determina una sollecitazione del cassetto anteriore. Ne consegue che un lavoro attivo di questo muscolo va fatto entro un range articolare di sicurezza che   compreso fra i 60 e i 90  di flessione. Inoltre per aumentare ulteriormente la sicurezza, riducendo al minimo le sollecitazioni sul trapianto, si associa al lavoro del quadricipite una contrazione degli ischio-crurali; tale co-contrazione riduce in maniera considerevole le sollecitazioni sul LCA. Quindi il quadricipite pu  rappresentare, almeno all'inizio, un potenziale pericolo per il trapianto. Va fatto lavorare quindi in isometria, nelle prime tre settimane almeno,

successivamente in co-contrazione con gli ischio-crurali. *Lavoro degli ischio-crurali.* Questo gruppo muscolare, antagonista del quadricipite, lavora contrapponendosi alle sollecitazioni del cassetto anteriore, quindi nel senso della detenzione del neolegamento.

Se il quadricipite può essere considerato un antagonista del LCA, analogamente gli ischio-crurali possono essere considerati degli agonisti. Il recupero degli ischio-crurali quindi, costituisce un elemento fondamentale nella rieducazione delle plastiche di LCA. Due gli scopi principali che si vogliono raggiungere: permettere un lavoro attivo del quadricipite in tutta sicurezza e controllare in maniera attiva la flessione. Il settore di forza massima in cui lavorano gli ischio-crurali come flessori del ginocchio è tra i 60 e gli 80 gradi, ad anca flessa; tra i 30 e 60 gradi ad anca estesa.

Nei soggetti costituzionalmente rigidi è da preferire la prima modalità (paziente seduto); mentre nei soggetti lassi si insiste con il lavoro ad anca estesa, con paziente in decubito prono, per ricercare un rinforzo in corsa interna massimale, in accorciamento. La progressione prevista è la seguente: si inizia con un lavoro statico, con resistenza fissa, seguito da una co-contrazione con il quadricipite; si introduce poi un lavoro con una resistenza progressivamente crescente ed un lavoro globale che può essere introdotto precocemente se si utilizzano gli esercizi terapeutici conoscitivi, oppure più tardi, verso l'ottava settimana, se si utilizzano gli esercizi della rieducazione propriocettiva.

*Lavoro dei rotatori.* Gli ischio-crurali, mediali e laterali, oltre ad essere sinergici nella flessione del ginocchio ed antagonisti del quadricipite, hanno anche la funzione di rotatori a ginocchio sbloccato, tra loro antagonisti; si oppongono inoltre alle sollecitazioni in varo e valgo. Nelle lassità antero-laterali possono ritenersi critiche specialmente le sollecitazioni in varo. Da qui l'importanza di considerare anche i muscoli antivarizzanti, tra cui in primo luogo il bicipite femorale ed il tensore della fascia lata.

Il lavoro deve essere isometrico; non conviene invece insistere sulla intrarotazione perché è responsabile della messa in tensione del LCA.

Per eseguire correttamente questo lavoro bisogna ricordare che esso va fatto a ginocchio sbloccato, cioè a circa 20° di flessione, in modo da rilasciare il pivot centrale e le formazioni periferiche.

### 3. Progressione del carico

Durante i primi 20 giorni è previsto lo scarico totale dell'arto operato; quindi sono previsti altri 10 giorni di deambulazione con due bastoni canadesi, con arto sfiorante il terreno; solo a partire dal primo mese il paziente può essere autorizzato alla concessione graduale del carico.

#### Applicazione di un protocollo riabilitativo

Il programma riabilitativo prevede le seguenti fasi:

##### fase pre-operatoria;

fase del post-intervento immediato (dal 1° al 4° giorno);

prima fase post-operatoria (dal 5° al 30° giorno);

seconda fase post-operatoria (dal 30° al 45° giorno);

terza fase post-operatoria (dal 45° al 180° giorno);

quarta fase post-operatoria (dal 180° al 270° giorno).

##### Fase pre-operatoria

Fanno parte di questa fase una serie di esercizi come il potenziamento muscolare, il recupero dell'escursione articolare e la ginnastica respiratoria per far sì che il

paziente arrivi al letto operatorio con il ginocchio non gonfio ed un discreto tono muscolare. Questo lavoro è molto importante perché permetterà poi un migliore recupero nel post-operatorio. Questa fase inoltre prevede l'istruzione dell'atleta sull'uso delle canadesi da utilizzare per la deambulazione nel post-intervento, sui programmi di rafforzamento muscolare da eseguire dopo l'intervento chirurgico e sull'adattamento al controllo dei movimenti o del tutore per la protezione del ginocchio da carichi eccessivi agenti nel corso della fase riabilitativa iniziale.

##### Fase del post-intervento immediato

Fin dal primo giorno dell'intervento si mette in atto la mobilizzazione passiva continua (M.P.C.) in doccia motorizzata, a velocità più bassa, per 30-40 min. ogni 2 ore e per un totale di 3-4 ore al giorno.



I range articolari concessi con la M.P.C. sono: 1° giorno da 0° a 60°, 2° giorno da 0° a 70°, 3° giorno da 0° a 80°, 4° giorno da 0° a 90°.

Fin dall'inizio una ginocchiera articolata tipo Don-Joy viene applicata fissa in completa estensione, cioè bloccata a 0°, e mantenuta in questa posizione per tutto il tempo in cui sarà utilizzata.



A letto, l'arto operato sarà posizionato in elevazione a 45° per 15 minuti circa ogni ora e con lo stesso ritmo sarà applicata la crioterapia al ginocchio.

Contemporaneamente si inizia la mobilizzazione passiva della rotula e si insegnano movimenti attivi della tibio-tarsica e del piede dell'arto operato.

Non appena il paziente è in grado di collaborare si insegnano esercizi isometrici ed isotonici dei muscoli flessori del ginocchio, nel range articolare 0°-90° ed esercizi isometrici del quadricipite a ginocchio flesso per più di 60°. Per essere certi della corretta esecuzione di questi esercizi e garantire una maggior sicurezza al paziente è preferibile praticarli con ginocchiera articolata opportunamente regolata fissando il grado di flessione sempre al di sotto della soglia dolorosa.

È indicata la elettroterapia faradica o meglio con correnti di Kotz, sia dei muscoli flessori che degli estensori, nel caso in cui il paziente non sia in grado di reclutarli attivamente, come può accadere all'inizio.

Fin dalla prima giornata il paziente viene messo in piedi, con ginocchiera articolata bloccata a 0° e con scarico completo dell'arto operato.

*Mobilizzazione della rotula* per prevenire blocchi articolari: con il paziente coricato sul letto a ginocchia estese, si porta la rotula dell'arto operato in basso, verso l'interno e verso l'esterno; successivamente si chiede al paziente di contrarre il quadricipite (la rotula risalirà).



*Mobilizzazione attiva del ginocchio.* Paziente in decubito supino. Si chiede di flettere il ginocchio operato facendo scorrere il tallone sul piano di appoggio senza contrarre il quadricipite ma contraendo solo gli ischiocrurali. Ponendo dei traguardi sul piano di appoggio, o usando il goniometro della ginocchiera articolata, si richiede un preciso controllo del movimento.



*Primi esercizi isometrici del quadricipite.* Gli esercizi in isometria del quadricipite sono possibili già nel post-intervento immediato ma solo con ginocchio flesso a 60°.



Dato il carattere biarticolare del retto femorale gli esercizi vanno eseguiti nei diversi gradi di escursione dell'anca. Solo dopo aver raggiunto una flessione di ginocchio di almeno 60°, con l'esercizio precedente, si chiede di sollevare l'arto e di mantenere la contrazione del quadricipite, portando l'anca progressivamente nei gradi di flessione: 0°-30°-60°-90°.

*(fine seconda parte)*

AR  
avvocato  
ANGELO RUSSO  
cassazionista

STUDIO LEGALE

Lo Studio Legale dell'Avv. Angelo Russo ha sede a Catania e svolge attività di consulenza e di assistenza legale in diritto civile e diritto amministrativo. In particolare si occupa di rapporti di lavoro nella Pubblica Amministrazione, di diritto sanitario e di questioni connesse al risarcimento del danno da responsabilità delle strutture sanitarie (mal practice). Lo Studio Legale si avvale di una rete di consulenti specializzati esterni, siti nelle principali città italiane, che gli permette di fornire assistenza legale in tutti i settori giuridici e sull'intero territorio nazionale. Oltre alla preparazione e all'esperienza professionale, lo Studio affida a tecnologie informatiche costantemente aggiornate il ruolo per una corretta e razionale gestione dell'attività

Viale Libertà n. 160, Catania  
tel. 0957462440 - fax 0957461360  
avv.angolorusso@tin.it

# La RPG nel trattamento delle disfunzioni femoro-rotulee

## The Global Postural Re-education in patellar-femur disease treatment

di Orazio Meli

The etiology of patellar-femur disease is complex and it is retained that can affect as the sporty than the sedentary people with a 1:4 ratio. Among etiologic hypothesis in literature best credit has the bad alignment of patella on its troclear seat with the consequent altered activity to articulate during the motion and subsequent mechanical patellar-femur stress. The origin of such a bad alignment is in turn the result of an imbalance of the muscular tensions and suspected neuromuscular un-coordination of patellar motion and of the whole knee articulation.

Objective of the RPG is the re-establishment of the neuromuscular coordination and the synergy of the muscular tensions, to reduce the mechanical joint stress, performing therapeutic "postures" that, by eccentric stretching and consciousness of the patient, re-balance simultaneously all the structures that enter in game in the dynamics of the knee.

**Key words:** patellar-femur disease - Global Postural Reeducation - therapeutic postures.

**Parole chiave:** disfunzione femoro-rotulea - Rieducazione Posturale Globale - posture terapeutiche.

L'eziologia della sofferenza femoro-rotuleo è complessa e si ritiene che può colpire sia gli sportivi che le persone sedentarie in rapporto di una persona su quattro. Tra le ipotesi eziologiche più accreditate in letteratura si cita il cattivo allineamento della rotula nella sua sede trocleare e la conseguente alterata attività articolare durante il movimento al punto da produrre uno stress meccanico femoro-rotuleo. Si può affermare che l'origine di tale cattivo allineamento sia a sua volta il risultato di uno squilibrio delle tensioni muscolari e di una incoordinazione neuromuscolare del movimento rotuleo e dell'intera articolazione del ginocchio. Alcuni autori (Morris e Woledge 1997) chiamano in causa una riduzione della forza dei muscoli vasti obliqui, anche in assenza di dolore, altri la mancata coordinazione muscolare; infatti, secondo McConnell (1996) è soprattutto il tempo di attivazione delle fibre muscolari che nelle disfunzioni femoro-rotulee risulta alterata. Obiettivo della RPG è quello di ristabilire la coordinazione neuromuscolare e la sinergia delle tensioni muscolari, al fine di ridurre lo stress meccanico sull'articolazione, facendo ricorso a "posture" terapeutiche che, attraverso l'allungamento eccentrico e la presa di coscienza del paziente, riequilibrano simultaneamente tutte le strutture che entrano in gioco nella dinamica del ginocchio.

I disturbi muscolo-scheletrici dell'arto inferiore includono molte condizioni patologiche, tra queste si colloca la Sindrome da sofferenza femoro-rotulea (patello-femoral pain syndrome o PFPS).

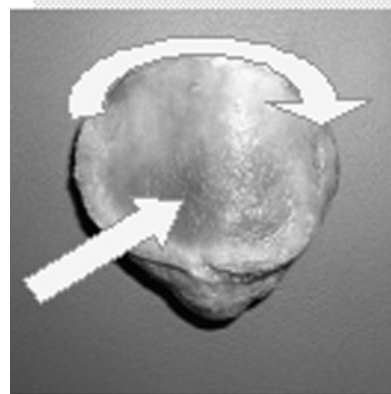
Il presente articolo si compone di una prima parte nella quale, traendo spunto da una revisione della letteratura scientifica (Overington et al. 2006) viene descritta la PFPS, attraverso la quale è possibile individuare:

- la definizione della PFPS;
  - la modalità attraverso la quale è possibile giungere ad una diagnosi di PFPS;
  - i fattori eziologici che vengono considerati nella insorgenza della PFPS;
- il trattamento della PFPS.

Nella seconda parte si descrive la modalità di gestione dei processi riabilitativi nel paziente affetto da PFPS trattato

con la Rieducazione Posturale Globale.

La PFPS è una sindrome che si presenta con una elevata frequenza all'osservazione dei fisioterapisti, attestandosi come il secondo per importanza numerica tra i più comuni disturbi muscolo scheletrici da loro osservati; inoltre, fa registrare la maggiore prevalenza tra i disturbi che coinvolgono ginocchio, con una percentuale del 25% della popolazione generale (Wilson, Carter & Thomas, 2003). Nonostante tale prevalenza, pare che nella letteratura scientifica non esista consenso condiviso riguardante la terminologia utilizzata per descrivere la PFPS, le cause che sono alla base della sua insorgenza ed il trattamento indicato per la cura (Thomee, Augustsson & Karlsson, 1999).



La definizione di Sindrome da sofferenza femoro-rotulea viene di solito utilizzata per descrivere una condizione patologica che fa accusare sintomatologia dolorosa attorno alla rotula o al di sotto di essa.

Si ritiene che il dolore sia determinato dal movimento anormale che la rotula effettua durante lo scorrimento sulla troclea femorale durante il movimento di flessione dell'articolazione del ginocchio.

È possibile giungere alla diagnosi di PFPS dopo l'esclusione di condizioni dolorose della parte anteriore del ginocchio dovute ad una patologia intra-articolare, tendinite peri-patellare o borsite, sindrome della plica, Sinding Larsen's disease (una apofisite della cartilagine di accrescimento dell'apice inferiore della rotula), Osgood Schlatter's disease (che è sempre una apofisite ma in questo caso della cartilagine di accrescimento della tuberosi-



tà tibiale) che sembrano poter dipendere da un eccesso di tensione del legamento rotuleo sul punto di inserzione (o della rotula o della tuberosità tibiale). La sintomatologia dolorosa nella regione anteriore del ginocchio

nei pazienti che non rientrano nelle patologie precedenti può condurre alla diagnosi di sindrome da sofferenza femoro-rotulea (Thomee et al. 1999).

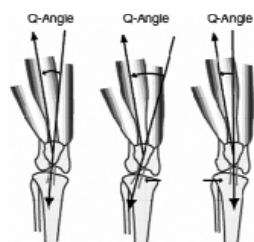
Tra i test fisici di provocazione, quello che sembra essere il test che più di altri sia in grado di provocare la sintomatologia dolorosa è lo "step down" (Whittingham et al. 2004), che consiste nella discesa da uno scalino caricando sull'arto sofferente.

Per quanto riguarda l'eziologia, numerose sono le teorie proposte quali cause della PFPS.

Un'ipotesi attribuisce la responsabilità all'aumento dell'angolo "Q". L'angolo Q risulta formato dall'incontro di due linee: una che va dalla spina iliaca antero superiore al centro della rotula che rappresenta il vettore di forza del quadricipite femorale, l'altra dalla tuberosità tibiale al centro della rotula.



L'angolo Q differisce leggermente nei due sessi, essendo normalmente compreso tra 10° e 12° nell'uomo e tra 15° e 18° nella donna (Insall e coll. 1976). Un aumento dell'angolo Q determinerebbe una dislocazione della rotula in direzione laterale e un aumento della pressione nella zona di contatto laterale dell'articolazione femoro-rotulea.



Invece, una riduzione dell'angolo Q non determina lo scivolamento della rotula medialmente, ma aumenta la pressione nella zona mediale dell'articolazione tibio-femorale per effetto di un aumento della tendenza al varo del ginocchio (Mizuno et al. 2001).

Altre teorie prendono in considerazione:

- il cattivo allineamento dell'arto inferiore (Thomee et al, 1999);
- l'eccessiva pronazione del piede, lo squilibrio muscolare, l'insufficienza del muscolo quadricipite (Brody & Thein, 1998);
- l'incongruenza della rotula (Gigante et al. 2001).

In generale la PFPS si osserva quando la rotula non si

muove correttamente o non scorre in modo coerente nella sua sede femorale durante la flessione del ginocchio; questo potrebbe essere alla base della tendenza della rotula stessa a subire una correzione in senso laterale del movimento.

Questo tipo di disturbo è relativamente frequente nei soggetti che praticano attività sportiva e in particolare nelle donne in età adolescenziale.

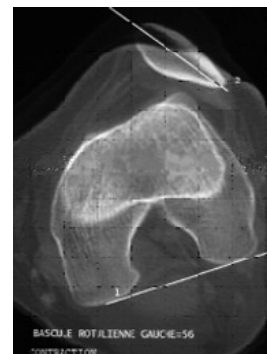
La revisione in argomento conclude che, in ogni caso, un approccio terapeutico valido deve prevedere un protocollo di trattamento basato su una accurata diagnosi e una adeguata individuazione delle disabilità e delle limitazioni funzionali di ogni paziente in modo individuale.

In questa seconda parte dell'articolo si intende presentare una proposta di approccio valutativo e terapeutico della PFPS secondo la Rieducazione Posturale Globale (RPG) di Ph. Souhard.

Gli obiettivi che la RPG si pone nei confronti della RPG sinteticamente sono:

- il riallineamento biomeccanico dell'arto inferiore rivolto alle articolazioni femoro-rotulea, tibio-femorale, coxo-femorale e tibio-tarsica, al fine di consentire una congruenza nei rapporti femoro-rotulei durante la flessione-estensione del ginocchio;
- una modificazione del controllo neuromotorio, quando questo sia stato compromesso.

È opportuno che la correzione biomeccanica dell'articolazione tibio-femorale sia orientata al recupero dei normali rapporti dell'angolo Q al fine di consentire un corretto movimento della rotula sia nello scivolamento nella sua sede trocleare, che per limitare i fenomeni di "tilt" che, valutati radiograficamente, vengono considerati normali fino ad un massimo di 20° (vedi figura).



Nel corso della postura terapeutica denominata "rana al suolo", si procede effettuando una detorsione del



femore rispetto alla tibia (vedi figura), incoraggiando la derotazione esterna del femore e la rotazione interna della tibia.

Altra postura terapeutica utilizzata in RPG per "riposizionare" la rotula in senso verticale e correggere eventuali atteggiamenti di "rotula alta" o "rotula bassa" prevede la sua evoluzione con la progressiva flessione del ginocchio



(vedi figura) correggendo manualmente eventuali tentativi della rotula di debordare lateralmente o medialmente (più raramente), trazionandola in basso nel caso di “rotula alta” per ottenere un allungamento del retto femorale, o in alto nel caso di “rotula bassa” per ottenere un allungamento del legamento rotuleo.

Al fine di favorire l'integrazione delle modificazioni a livello centrale, si utilizzano le posture terapeutiche poiché esse consentono di raggiungere una “tensione muscolare globale”, grazie alla quale è possibile stabilire una relazione meccanica tra un distretto del corpo che, per esempio, ha mostrato la comparsa di un “compenso” e la zona che evidenzia la sintomatologia o la disfunzione. Tale condizione si pone come critica per il paziente il quale, attraverso le indicazioni verbali e manuali del fisioterapista, sfruttando anche le afferenze periferiche propriocettive ed esteroceettive, riesce a superare tale criti-

crità approfittando della maggiore partecipazione attiva possibile.

Ponendo il sistema in disfunzione in condizione critica, il paziente, grazie alle facilitazioni proposte dal fisioterapista, può apprendere le strategie per superare la condizione critica stessa attraverso la “esperienza terapeutica”, condizione indispensabile per fissare a livello centrale le correzioni.

### Bibliografia

1. Overington M, Goddard D & Hing W, *A critical appraisal and literature critique on the effect of patellar taping - is patellar taping effective in the treatment of patellofemoral pain syndrome?*, NZ Journal of Physiotherapy, July 2006, Vol. 34 (2)
2. Wilson T, Carter N & Thomas G, *A multicenter, single-masked study of medial, neutral, and lateral patellar taping in individuals with patellofemoral pain syndrome*, Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 2003, 33(8): 437-448
3. Thomee R, Augustsson J & Karlsson J, *Patellofemoral pain syndrome: A review of current issues*, Sports Medicine, 1999, 28: 245-262
4. Whittingham M, Palmar S & Macmillan F, *Effects of taping on pain and function in patellofemoral pain syndrome: A randomized controlled trial*, Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 2004, 34(9): 504-210
5. Insall J, Falvo KA & Wise DW, *Chondromalacia patellae. A prospective study*, J Bone Joint Surg [Am], 1976, 58:1-8
6. Mizuno Y, Kumagai M, Mattessich SM, Elias JJ, Ramrattan N, Cosgarea AJ & Chao EY, *Q-angle influences tibiofemoral and patellofemoral kinematics*, J Orthop Res. 2001 Sep;19(5):834-40
7. Thomee R, Augustsson J & Karlsson J, *Patellofemoral pain syndrome: A review of current issues*, Sports Medicine, 1999, 28: 245-262
8. Brody L & Thein JM, *Non-operative treatment for patellofemoral pain*, Journal of Sports Physical Therapy, 1998, 28:336-354
9. Gigante A, Pasquinelli FM, Paladini P, Ulisse S & Greco F., *The effects of patellar taping on patellofemoral incongruence: A computed tomography study*, The American Journal of Sports Medicine, 2001, 29(1): 88-92.


\* Dott. Orazio Meli - Presidente Associazione Italiana Rieducazione Posturale Globale



**€ 0,27**  
Questo è il costo che ogni giorno dovrai spendere  
Per un anno di

- tutele
- riviste
- servizi
- convenzioni
- sconti formazione

**ISCRIVERSI CONVIENE**



### Iscriviti all'AIFI Regione Sicilia

effettuando il pagamento della quota associativa di euro 100.00 (soci ordinari) o di euro 26.00 (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, pecificando la causale del versamento. Utilizzare il modulo d'iscrizione scaricandolo dal sito [www.aifisicilia.it](http://www.aifisicilia.it), compilarlo 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).

ALTRE STORIE - impressioni di lettura

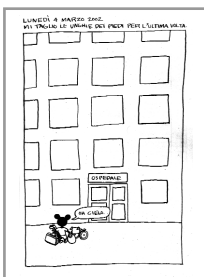
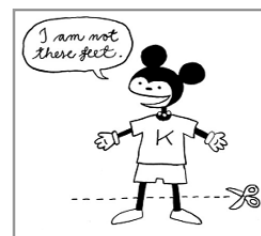
di Cosimo Riccobono

La ragazza senza piedi



Inconsueto. Apro così questo appuntamento, perché “inconsueto” è la parola emblematica, quella che mi verrebbe in mente se qualcuno mi chiedesse di sintetizzare al massimo la storia di cui vi parlerò. Se dovessi scegliere subito una parola, una sola, ma che contenga tutte le mie impressioni, userei quella e lo farei, inoltre, perché anche la scelta di questo libro per me è stata inconsueta. Si tratta di un romanzo breve, autobiografico, a fumetti. La mia frequentazione con i fumetti risale agli anni della mia infanzia, da allora mi è capitato pochissime volte di leggere qualcosa e quelle rare volte è stata una lettura d'emergenza, in mancanza d'altro. Forse, ma non me lo sono mai detto ufficialmente, ritengo (ritenevo) i fumetti una letteratura di second'ordine. Normalmente non avrei mai pensato di scegliere un romanzo a fumetti per una rubrica che affronta un tema così serio. Questa inconsueta scelta, oltre ad avermi fatto conoscere una storia speciale di una “specialissima” persona, ha avuto il merito di farmi riconsiderare il mio giudizio sui fumetti. Sono arrivato a questo libro grazie ad *altre storie*, e ne sono particolarmente contento. Nelle mie intenzioni uno degli

obiettivi di questa rubrica voleva essere, attraverso i libri, quello di dare suggerimenti per meglio conoscere il mondo della disabilità; ma allo stesso tempo attraverso essa e attraverso i consigli di quelli con cui vengo in contatto a “causa sua”, compresi i lettori, arricchire la mia di conoscenza. Il suggerimento di leggere *la ragazza...* mi è stato dato da Flavio Maracchia, autore di *Denio*, il libro che è stato argomento del numero precedente, il quale oltre ad essere un pregevole scrittore “convenzionale” è anche, e azzardo a dire principalmente, un disegnatore di storie, e qui voglio ringraziarlo pubblicamente. A chi volesse conoscerlo meglio, consiglio una visita al suo sito: [www.chito.it](http://www.chito.it). Ma torniamo all'argomento principale, *la ragazza senza piedi*, il cui titolo originale *I am not these feet*, (*Io non sono questi piedi*) come spesso capita e per una ragione che vedremo in seguito, mi sembra più giusto. Un breve romanzo autobiografico scritto, o farei meglio a dire disegnato, da Kaisa Leka, una trentenne finlandese, disegnatrice e grafica che sceglie di raccontare la sua storia utilizzando il mezzo narrativo che le è proprio: disegnandosi. Tutti i personaggi, tranne l'amorevole fidanzato cui dà l'aspetto di un paperotto, hanno le forme di topini che ricordano il topolino disneyano degli albori. L'unico tratto distintivo del suo personaggio è la grande “K” di Kaisa sulla maglietta. Usa un tratto volutamente semplice, personaggi stilizzati, cornici delle tavole irregolari, le scritte nei *balloons* un po' congestionate e con cancellature e correzioni lasciate lì per dare il senso dell'immediatezza. Molto senso dell'umor e autoironia che viene fuori dai disegni oltre che dalle parole, e questo la accomuna a tutti quelli che raccontano della propria condizione “diversa” che fino ad ora ho avuto modo di leggere. Vi accenno brevemente alla storia di Kaisa, a me non piace raccontare troppo i libri ma questa è una storia veramente (e qui ritorna, inevitabile, la parola) inconsueta. Raccontare in breve la storia non rovinerà il piacere della lettura e darà a me l'opportunità di parlare delle mie impressioni. Kaisa nasce nell'ottobre del millenovecentosettantotto, con una malformazione congenita che in breve tempo le causa un'artrite a tutte e due le caviglie. Fin da bambina la sua patologia le crea grossi problemi di deambulazione e forti dolori che con il procedere degli anni si acuiscono. È costretta ad assumere dosi di antidolorifici sempre più forti per cercare di contrastare il dolore, con il risultato di vivere in uno stato di coscienza sempre più alterato a fronte di un'efficacia sempre minore dei farmaci e una condizione fisica via via più precaria. Fino a qui sembra una storia senza sorprese destinata a dirigersi, come tante altre simili, verso un epilogo di accettazione dell'inevitabile destino di disabilità. Proprio su questo punto il libro fa riflettere e sorprende: la disabilità è una condizione in cui ci si ritrova *malgré soi*, come dicono i francesi, e poi nel migliore dei casi si lotta per viverla al meglio, forse con la segreta speranza di poterla abbandonare. Ma in questa storia le cose non vanno come ci si aspetta che debbano andare. Intorno ai vent'anni, nella vita di Kaisa entrano un fidanzato e con lui la filosofia hare krisna. Tutte e due le cose hanno un'importanza rilevante nella sua vita, l'amore e la fede, ognuno può pensarla come vuole rispetto a queste cose, ma quel che è certo è che possono essere un potente motore, una forte carica d'energia, tutto sta ad indirizzarle nella giusta direzione, ma questa è un'altra storia come direbbe qualcuno. Non riesco a valutare con precisione quanto queste cose abbiano influito nella decisione di Kaisa, ma penso che insieme alla sua naturale forza vitale e al suo atteggiamento creativo, intellettuale ed istintivo, siano state decisive. Insomma la decisione è presa. A ventitré anni, il quattro marzo del duemilladue, Kaisa entra in ospedale, quel giorno, scrive nel suo libro: *mi taglio le unghie dei piedi per l'ultima volta*. L'indomani verrà sottoposta ad un delicatissimo intervento di doppia amputazione, ha deciso di abbandonare i *suoi poveri e piccoli piedi*, come li chiama lei. Io non sono questi piedi. Un giovane hare krisna capitato un giorno da me al lavoro in uno dei suoi giri, a cui ho mostrato il libro che non conosceva, mi ha detto che avrebbe capito che Kaisa era una hare krisna, anche se io non glielo avessi detto prima, proprio da quella frase. È proprio di quella filosofia non attribuire al corpo e alle cose di questo mondo il valore sovradimensionato che gli attribuisce la società dei nostri giorni. Io non sono questi piedi e Kaisa abbandona i suoi poveri piccoli piedi, è questo l'inconsueto e il sorprendente di questa storia: scegliere coscientemente la disabilità come soluzione. È enorme questa cosa, o almeno questa è l'impressione che fa a me, un ribaltamento totale del senso comune. La disabilità come soluzione per vivere meglio e non una condizione da vivere meglio. Per Kaisa è stato veramente così, dopo l'intervento ed il lungo periodo di convalescenza e di adattamento alle protesi, adesso vive bene ha risolto il suo problema ed è felice. Certo questa è una situazione particolarissima, non è rappresentativa della disabilità *in toto* ma non ci interessano le categorie, non esiste il disabile, ma la persone con disabilità, ognuna uguale a se stessa ed anche questa è una storia di disabilità. Buona lettura.



Chi volesse scambiare informazioni, commenti o suggerimenti con l'autore della rubrica può farlo utilizzando l'indirizzo e-mail: [samiricc@inwind.it](mailto:samiricc@inwind.it)

Kaisa Leka - *La ragazza senza piedi*  
Coniglio editore - Euro 10.00



di Filippo Cavallaro\*

### Chi agisce e chi... guarda e scrive

La “buonanima” del professore Cardia mi disse anni fa che quando un professionista non opera più, perché malato, in pensione o messo da parte, scrive e pubblica. Questa riflessione mi è tornata in mente nel momento in cui uno studente laureando, mio tesista, mi ha sparato ventisei domande di seguito dopo che aveva seguito una terapia su un paziente. Accompagnando le domande dalla denuncia che agli studenti non vengono dati gli strumenti per progettare con coerenza l'intervento terapeutico. Dopo ciò ho pazientemente risposto a tutte le domande ed alla fine ho concluso con l'affermazione che secondo me solo in quel momento, a poche settimane dalla tesi, era pronto a vedere l'attività svolta, a capire i contenuti dell'intervento ed a porre le domande giuste. Prima, purtroppo, ciò non poteva essere possibile. In quanto per diventare fisioterapista ci vogliono tutti e tre gli anni di studio pieni, e forse pochi sono. Gli dissi che di lui ero soddisfatto perché nell'ultimo anno di corso l'avevo visto continuamente prendere appunti, fare disegni, diagrammi e foto, nella ricerca delle regole della professione.

Oggi è laureato, con un ottimo voto, e con una serie di quadernetti fitti su cui si può ragionare per descrivere cosa si fa in fisioterapia e/o per progettare nuove modalità di intervento terapeutico riabilitativo. Sarebbe bello se tutti noi sapessimo rivolgere lo sguardo preciso al punto in cui si apre la migliore visuale del problema, sarebbe come se tutti potessero salire in cima all'Everest per guardare il panorama. Non è così per poter vedere non basta guardare, per vedere bisogna avere a disposizione gli elementi che ci permettono di descrivere, definire e differenziare ciò che si sta guardando, altrimenti il tutto è solo luce che passa attraverso i nostri occhi, una immagine sicuramente poetica ma poco utile professionalmente. Quello su cui facevo riflettere lo studente è stato soprattutto il fatto che lui rivolgeva sempre lo sguardo, ed il mirino della macchina fotografica, dove le mie mani andavano a toccare il corpo del paziente, ai movimenti che facevano per spostare i suoi segmenti articolari, alla forza impressa o richiesta, all'escursione goniometrica, alla velocità, e non considerava il fatto che quell'esercizio che veniva proposto era funzionale ad un compito diverso, nel caso specifico, il controllo del tronco. Altre volte la riflessione, e l'approfondimento didattico, ha riguardato il linguaggio che intercorre tra terapeuta e paziente, al contesto linguistico, vero e proprio ambiente fantastico, all'interno del quale in maniera protetta e sicura, si declina l'azione in percorsi terapeutici. Anche in questi casi a lui sembrava che si creasse un'intesa tra terapeuta e paziente che tendesse all'isolamento della diade terapeutica, all'esclusione del suo ruolo di osservatore esterno. Invece era proprio tra le pieghe del discorso che doveva stare lui, come osservatore, per comprendere dalle sfumature di quanto detto, e capire, anche dalle pause, ciò che veniva elaborato da me e dal soggetto per dare un senso, un significato, all'esercizio che aveva messo in movimento un segmento motorio, ma doveva servire per aprire un mondo di significati, o forse doveva servire al corpo per aprirsi al mondo, per incarnare dentro di sé attraverso quell'ambiente fantastico, le misure, le variabili, i limiti della realtà. Al giovane collega sono rimasti tanti appunti scritti, tanti flash del lavoro del riabilitatore, tanti ricordi di ciò che è avvenuto che non è il caso vadano dimenticati, o peggio ancora dispersi.

Tornando all'incipit, spero che non me ne voglia professore Cardia (sono convinto che da lassù lei si diverta a guardarci) non voglio contraddirla, tutti gli appunti presi durante il tirocinio sono serviti per crescere e maturare nella professione che il giovane collega sta intraprendendo, hanno sicuramente contribuito alla stesura della tesi finale di Laurea, ma quanto ancora può essere utilizzato per proporre nuove riflessioni o per evidenziare punti critici dell'operare terapeutico riabilitativo? Ha ragione professore a dire che chi opera non può scrivere, però chi guarda e prende appunti può dare l'opportunità a chi lavora di vedere descritta l'opera realizzata, a cui mettere gli specifici contenuti che spesso sfuggono a chi guarda senza vedere. Se alla fine chi agisce completa lo scritto di chi guarda, ciò permette a chi ha guardato di lasciare una traccia, un vero e proprio documento storico di quanto fatto a tutela del paziente ed a beneficio della cultura e della ricerca.

\* Responsabile Ufficio Estero A.I.FI.



**L'avvocato risponde**

di Angelo Russo

*Gentile Avvocato, lavoro da oltre 20 anni, quale fisioterapista (con il titolo di Terapista della Riabilitazione, scuola diretti a fini speciali), presso una struttura sanitaria convenzionata, con contratto AIOP. Essendo il più anziano, ho sempre rivestito il "ruolo di coordinatore", anche se nessun riconoscimento contrattuale è stato operato bensì solo un riconoscimento di natura economica qualificato, in busta paga, come "indennità chilometrica". Da circa un anno è stato assunto un collega con laurea in fisioterapia che, via via, per decisione dei proprietari della struttura ha, di fatto, preso il mio posto. Il collega ha, successivamente, sottoscritto con la struttura un contratto di fisioterapista coordinatore e perciò l'indennità chilometrica mi è stata tolta. Ho diritto ad un risarcimento per questo demansionamento?*

Anna Zappalà

L'art. 2103 del codice civile prevede che:

1- Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione. Nel caso di assegnazione a mansioni superiori il prestatore ha diritto al trattamento corrispondente all'attività svolta e l'assegnazione stessa diviene definitiva, ove la medesima non abbia avuto luogo per sostituzione di lavoratore assente con diritto alla conservazione del posto, dopo un periodo fissato dai contratti collettivi, e comunque non superiore a tre mesi. Egli non può essere trasferito da una unità produttiva ad un'altra se non per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive.

2- Ogni patto contrario è nullo.

La disposizione in esame, nel regolare il diritto del datore di lavoro di modificare le mansioni del dipendente, appronta delle garanzie a favore del lavoratore per riequilibrare la sua posizione di soggezione rispetto al potere direttivo del datore di lavoro. È noto, infatti, che il lavoratore ha non solo il dovere di lavorare ma ha il diritto all'esecuzione della propria prestazione e ciò in quanto il lavoro costituisce non solo mezzo di guadagno ma anche uno strumento di sviluppo della personalità. In quest'ottica la dequalificazione comporta la lesione di un bene immateriale per eccellenza qual è la dignità professionale del lavoratore, intesa come esigenza di manifestare le proprie capacità nel contesto lavorativo. La Corte di Cassazione, invero, ha precisato che le mansioni equivalenti alle attuali "sono quelle oggettivamente comprese nella stessa area professionale e salariale e che, soggettivamente, esse debbono armonizzarsi con la professionalità già acquisita dal lavoratore nel corso del rapporto, impedendone comunque la dequalificazione o la mortificazione". Laddove, peraltro, il Giudice accertasse la sussistenza della denunciata dequalificazione, il lavoratore potrebbe chiedere, ed ottenere, il risarcimento del danno. Danno che potrebbe consistere nella mancata percezione della retribuzione dovuta, nel danno patrimoniale legato all'impovertimento della capacità professionale acquisita, alla mancata acquisizione di una maggiore capacità ed alla perdita di chance, ossia di ulteriori possibilità di guadagno. È doveroso, comunque, evidenziare che non sempre i Giudici del Lavoro hanno seguito interpretazioni uniformi sul concetto di "dequalificazione" o "demansionamento" sicché deve essere chiaro al lettore che un eventuale giudizio dovrà essere preceduto dalla valutazione, operata da un legale, degli elementi oggettivi e soggettivi che possono condurre ad un buon esito del contenzioso.

*Gentile Avvocato,*

*da più di 6 anni svolgo la professione di fisioterapista presso un centro di fisioterapia privato. Nell'organizzazione dell'attività lavorativa, il titolare (fisiatra) emana, giornalmente, direttive sulle modalità di svolgimento della prestazione dei dipendenti fornendo le schede di lavoro, recanti l'indicazione del paziente e del tipo di prestazione da eseguire. La retribuzione è corrisposta mediante compensi mensili soggetti a ritenuta d'acconto e, su esplicita richiesta dei dipendenti, ci è stato risposto che non possiamo portare nostri clienti presso il Centro. Il pagamento della retribuzione mediante compensi soggetti a ritenuta alla fonte trasforma il rapporto di lavoro in lavoro autonomo oppure deve ritenersi che l'attività svolta debba qualificarsi come subordinata?*

Giuseppe Di Maria

Con una recente sentenza la Corte di Cassazione (27.2.2007 n. 4500) ha stabilito il principio che "l'assoggettamento del lavoratore alle altrui direttive - che costituisce il tratto tipico della subordinazione - è riscontrabile anche quando il potere direttivo del datore di lavoro viene esercitato attraverso direttive quotidiane, consistendo, in tal caso, il vincolo della subordinazione nell'accettazione - vuoi espressa (mediante la formale accettazione del rapporto di lavoro subordinato), vuoi per fatti concludenti - dell'esercizio del suddetto potere direttivo di ripetuta specificazione della prestazione lavorativa richiesta in adempimento delle obbligazioni assunte dal prestatore stesso". Nel caso segnalato dal lettore l'inserimento delle prestazioni lavorative nell'organizzazione imprenditoriale del Centro, la circostanza che il lavoratore non può portare clienti propri presso il Centro è che è tenuto al rispetto di un orario di lavoro, sono sintomatici della sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato. Sotto tale profilo, quindi, irrilevante è la circostanza che la retribuzione si traduce in compensi soggetti a ritenuta di acconto, peraltro corrisposti come una retribuzione con cadenza mensile. La prestazione lavorativa, invero, è resa in un contesto e con modalità tipiche del lavoro subordinato, quali l'osservanza di un orario di lavoro, la continuità e regolarità della prestazione, lo svolgimento della stessa nei locali e con l'utilizzazione delle strutture dell'impresa. L'attività lavorativa svolta dal lettore, quindi, è senza alcun dubbio di natura subordinata.

# Individuare lo spazio della scienza della riabilitazione

## To characterize the space in the Rehabilitation science

di Giuseppe Fiolo

**ABSTRACT:** Today it is important that rehabilitation starts studying the space in its physical, neurophysiological, pedagogical, philosophical and social dimension. The knowledge of the functioning of the peripersonal and intrapersonal space is not well in-depth studied but it's necessary to define a new methodology of work focused on the complex neurophysiological mechanism that regulates the recovery. The space represents the place of the interaction between the man and the environment, the relational context that allows an appropriate rehabilitative approach.

**Key words:** rehabilitative space, bodily space, cognitive theory of rehabilitation

**Parole chiave:** spazio riabilitativo, spazio corporeo, teoria cognitiva della riabilitazione

In una poesia giovanile di Bertoldt Brecht si parla di un certo Jacob Apfelboch che, dopo aver ucciso i genitori, li chiuse in un armadio e “quando nell’armadio i cadaveri puzzarono, allora comprò un’azalea”. In realtà, tanti discorsi ascoltati nel campo riabilitativo in questi ultimi anni e, purtroppo, anche oggi, non hanno significato diverso dall’acquisto dell’azalea. Ritengo che siamo giunti al momento in cui dovremo batterci per evitare che vengano fatti cadaveri e chiusi nell’armadio e non già limitarsi all’acquisto dell’azalea. I riabilitatori, oggi, formati con la laurea in scienze delle professioni sanitarie, devono evitare di “comprare le azalee” e, quindi, approdare all’epistemologia della scienza riabilitativa senza la quale avremmo creato dei laureati in scienze... senza una “scienza” e soprattutto senza avere avuto la possibilità di creare uno spazio proprio.

Oggi penso sia importante parlare di *spazio*, uno spazio per i riabilitatori, che venga studiato in tutte le sue dimensioni fisiche, neurofisiologiche, pedagogiche, filosofiche, sociali. Ecco perché sottolineare l’importanza di parlare dello spazio, come concetto dell’interazione tra uomo e ambiente, come contesto, come studio dell’ambito relazionale e non solo come luogo fisico.

È innegabile anche che poco approfondite sono le conoscenze relative al funzionamento dello spazio *peripersonale e intrapersonale* e soprattutto dei complessi meccanismi neurofisiologici che ne regolano la possibilità di recupero, dalla conoscenza dei quali dovrebbero scaturire le indicazioni per un corretto approccio riabilitativo. Di fronte a tale carenza comune, d’altronde, a tutte le discipline che hanno come oggetto i prodotti della elaborazione del cervello umano, il riabilitatore non può attendere la soluzione che il neurofisiologo darà, quando e se la darà, ai problemi del funzionamento e del recupero del sistema nervoso centrale, e non può valersi indiscriminatamente di traguardi intermedi proposti da studiosi di discipline diverse. Questi, infatti, se possono esser validi come fasi di transizione per gli obiettivi di queste scienze, possono assai spesso

rivestire carattere deviante per una scienza dalla riabilitazione. Basti pensare ad esempio all’eccessiva importanza data dal riabilitatore alla fondamentale acquisizione della regolazione riflessa del tono muscolare mediante il circuito dei motoneuroni gamma-fibrella. Questa ha rappresentato una notevole conquista e una tappa intermedia sulla quale costruire altre acquisizioni per il neurofisiologo che attualmente sta indirizzando l’interesse prevalentemente ai rapporti fra apparati direzionali e circuiti di regolazione. Il riabilitatore deve in effetti tener conto dei contributi delle altre scienze, unificandole però in un indirizzo peculiare di ricerca. L’extrapolazione dell’elemento comune a tutti gli interventi riabilitativi permette di identificare il percorso di costruzione di una nuova *metodologia di lavoro*. È nell’ottica sistemica il modo di ragionare per affrontare i problemi che si pongono e si porranno al nuovo riabilitatore: dallo stilare un programma riabilitativo nella cartella (Cavallaro 1994) alla programmazione aziendale efficace ed efficiente (Zappa-Ceccherelli), infine ma non ultimo, all’insegnamento nelle Università di un corretto approccio riabilitativo basato sulla pedagogia e la metodologia dell’approccio riabilitativo “non medicalizzato” (R. Fiolo). Se il riabilitatore comincia a individuare i suoi problemi, i suoi concetti/ipotesi, i suoi strumenti con i propri meccanismi di azione, e a studiarli per la costruzione di una propria scienza della riabilitazione si eviterà che qualcuno compri un’azalea. Io non vorrei comprarla e voglio partire dallo studio dello spazio.

L’insieme di attività che caratterizzano l’essere vivente si realizzano in uno spazio e l’essere vivente è tale proprio in quanto riesce a mantenere la sua identità nello spazio in cui vive. Lo spazio fisico è definito da componenti che possono essere determinate da operazioni che ne caratterizzano le proprietà. Il corpo definisce lo spazio in coordinate elaborate dando un significato suo proprio come unità corpo - mente alle informazioni somestesiche che ha ricevuto. Ogni uomo ha, quindi, uno spazio ed un centro proprio e lo spazio viene definito da questo insieme complesso di elementi che lo

realizzano come loro proprietà emergente, quindi lo spazio non più definito in maniera oggettiva, ma solo parziale ed approssimato (Rizzolatti). Questa considerazione soggettiva della realtà sarà poi convenientemente concordata con gli altri soggetti e ne verrà data un'interpretazione comune. Non l'informazione in assoluto, ma il comune sentire sarà quindi quel legame che genera l'intesa e la relazione tra gli uomini. Tale spazio condiviso non si esaurisce nel mondo delle azioni, ma coinvolge una dimensione più globale, comprendendo cioè tutti quegli aspetti che definiscono un organismo vivente, dalla forma del suo corpo alle sue sensazioni ed emozioni. Inoltre, definisce l'ampia gamma di conoscenze implicite che nutriamo riguardo i nostri simili. "Sé" ed "altro da sé" sono correlati, in quanto entrambi rappresentano opposte estensioni di un spazio noi-centrico. Osservatore ed osservato sono entrambi parte di un sistema dinamico reversibile. Questo spazio condiviso è sostenuto da uno specifico meccanismo di base denominato "simulazione incarnata" (embody simulation), caratteristica funzionale distintiva del complesso sistema *cervello/corpo/mondo*. Secondo questa caratterizzazione della simulazione la nostra comprensione delle relazioni intersoggettive si basa sulla capacità di modellare il comportamento altrui attraverso le stesse risorse neuronali utilizzate per modellare il nostro comportamento. Il sistema neuronale che sta alla base di questo meccanismo è il sistema dei "neuroni mirror", originariamente scoperti nella corteccia premotoria della scimmia, la loro presenza è stata in seguito accertata sperimentalmente anche nel cervello dell'uomo. L'attività di questi neuroni permette di mappare sullo stesso substrato nervoso azioni eseguite ed osservate, sensazioni esperite personalmente ed osservate negli altri. Sembra che vi siano differenti sistemi mirror presenti nel nostro cervello: questa architettura, in origine scoperta e descritta in relazione alle azioni, potrebbe costituire un'organizzazione di base del nostro cervello sociale (la cosiddetta agency, "la dinamicità dell'azione delle persone" all'interno del sistema sociale), in grado di spiegare aspetti apparentemente diversi delle relazioni interpersonali, quali l'imitazione, l'empatia, l'attribuzione di intenzioni o mentalismo agli altri individui.

Lo sviluppo delle scienze cognitive negli ultimi decenni ha portato a considerare i processi mentali *incarnati* nell'attività sensorimotoria e radicati nell'ambiente. Questo punto di vista è conosciuto come *scienza cognitiva incarnata* o incarnata. Secondo questa tesi la mente non è localizzata nella testa, ma incarnata nell'intero organismo radicato nel suo ambiente (embodiment), costituita da processi emergenti che interconnettono il cervello, il corpo e l'ambiente (emergenza). Negli individui sociali la cognizione incarnata emerge dalla dinamica o determinazione tra sé e l'altro (co-determinazione sé-altro). Questo potrebbe rappresentare l'inizio o meglio una strada per la spiegazione dello "spazio" d'azione del riabilitatore.

Il corpo rappresenta l'oggetto della riabilitazione - lo "spazio" - in cui si realizza un intervento mirato al recupero di capacità di interazione con il mondo, capacità collegate sia al movimento come azione che ai processi cognitivi che elaborano questa azione, quali attenzione, memoria, percezione, linguaggio.

Il rapporto corpo-persona è molto dibattuto in relazione

ai temi della salute, della malattia e della morte, ambiti della riflessione bioetica.

Vi sono concezioni della corporeità diverse tra loro che comportano un'etica diversa: tra queste sono particolarmente significative per i correlati riabilitativi la concezione dualistica e la concezione personalistica.

La concezione dualistica affonda le sue origini lontane nel pensiero greco ma viene particolarmente delineata da Cartesio: la separazione corpo-mente influenza tuttora l'agire riabilitativo. Per Cartesio il corpo è una macchina e il suo studio appartiene alle scienze della meccanica e della natura; lo spirito è coscienza ed è ciò dà valore all'uomo.

Il corpo assume un marcato significato strumentale, non necessità, secondo il pensiero di Cartesio, per essere spiegato, dell'anima, nel senso del principio vitale: il corpo è regolato dalle leggi della fisica e della meccanica.

Lo spirito umano non è richiesto per spiegare il funzionamento del corpo, ma per la coscienza di sé, per la ragione e l'interpretazione razionale del mondo.

La concezione personalistica della corporeità ha come cardine la nozione di persona intesa quale essere sussistente, cosciente, libero e responsabile introdotta dal cristianesimo nella storia del pensiero occidentale: con esso la dicotomia interna all'uomo "corpo - anima" riceve una forte saldatura unitaria; mi sembra possibile riassumere il senso di questo concetto con le parole di G. Barbaglio: "L'uomo non ha un corpo, ma è un corpo, vale a dire indissolubile unità psicofisica, persona incarnata e aperta alla comunicazione con il mondo, con gli altri e con Dio. La corporeità definisce l'uomo, non riconducibile a lo interiore, cosciente e spirituale e neppure a individuo chiuso in se stesso in quanto 'corpo' l'uomo è strutturalmente un essere mondano, solidale con gli altri, aperto alla trascendenza".

La tesi che io sostengo è che esistono precisi correlati tra Teoria Cognitiva della Riabilitazione e la concezione personalistica dell'uomo, mentre i principi di tale teoria si discostano decisamente dalla concezione dualistica della corporeità. Gli aspetti considerati sono:

- il superamento dell'ottica meccanicistica;
- l'unità- globalità della persona soggetto di intervento riabilitativo;
- l'interazione con il mondo e gli aspetti comunicativi nella relazione terapeutica e d'équipe.

Tra i significati personalistici del corpo, come già detto, vi è il significato di "relazione con il mondo e comunicazione con gli altri".

Il movimento e il linguaggio sono come comportamenti che permettono all'uomo di interagire col mondo esterno e assegnarvi un senso, vale a dire "conoscerlo".

Lo strumento peculiare del riabilitatore per far recuperare al malato la capacità di muoversi correttamente è l'esercizio.

Gli esercizi devono però riprodurre effettivamente le condizioni dell'interazione soggetto-mondo.

Si tratta, cioè, di una condivisione di esperienze in ogni fase del processo di recupero, in cui il riabilitatore e il malato sono "alleati" per raggiungere lo stesso obiettivo, cioè il cambiamento di comportamenti imposti dalla patologia.

(fine prima parte)

\*Dott. Giuseppe Fiolo - docente a contratto di Neurofisiologia Clinica e Principi generali di riabilitazione - Università degli Studi di Palermo

di Irene Logozzo\*

## Nasce un nuovo professionista: l'hospital risk manager

Il tema dell'errore in medicina è esploso per la prima volta negli USA col rapporto dell' Institute of Medicine (IOM) "To err is human: building a safer health system" pubblicato nel 1999, e negli ultimi anni la sicurezza negli ospedali è diventata un tema di grande attualità. Direzione sanitaria e direzione generale sono sempre più pressate tra esigenze di bilancio, attese di qualità del servizio del sistema sanitario e problemi di responsabilità professionale nella cura del paziente. Infatti, ogni struttura sanitaria deve ricercare, insieme all'efficienza e all'efficacia delle prestazioni erogate, anche la sicurezza del servizio offerto: è chiaro, infatti, che laddove il paziente, domandando assistenza che migliori la sua condizione di salute, al contrario riscontra un danno dall'atto sanitario, si verifica il fallimento, non solo della singola prestazione, ma dell'intero sistema che viene meno alla sua missione. Affinché l'organizzazione sanitaria garantisca cure di qualità è quindi necessario implementare dei sistemi per la gestione del "rischio", quest'ultimo inteso come la condizione o evento potenziale, che può modificare l'esito atteso del processo e quindi anche comportare perdite o danni per l'azienda e per le persone coinvolte.

Il Risk Management, letteralmente "Gestione del Rischio", è l'insieme degli strumenti, dei metodi e delle azioni attivate, mediante cui si misura o si stima il rischio e, successivamente, si sviluppano strategie per governarlo.

L'introduzione di una metodologia logica e sistematica che consenta, attraverso step successivi, di identificare, valutare, comunicare, eliminare e monitorare i rischi associati a qualsiasi attività sanitaria, può e deve poi essere promossa con una "cultura del rischio", fondata sulla convinzione che gli errori rappresentano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento e di miglioramento. L'evento avverso non è conseguenza di un singolo errore umano, ma il frutto di una interazione tra fattori tecnici e organizzativi. Non si deve pertanto perseguire un approccio punitivo, ma promuovere invece l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, con la finalità di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato. Il risk manager, non è una figura imposta dall'alto, o un'etichetta da appiccicare a qualcuno per rispondere all'allarme popolare scatenato dagli ultimi episodi di mala sanità, ma nasce da una profonda esigenza della nuova organizzazione sanitaria. Purtroppo, la figura dell'Hospital Risk Manager è ancora poco diffusa in Italia, anche se alcune iniziative a livello regionale fanno ben sperare: l'Emilia Romagna è stata la prima a muoversi in questo campo, con la costituzione nel 1999 di un gruppo di progetto per un approccio integrato alla gestione del rischio; la regione Toscana, nel 2003 ha istituito il Centro per la gestione del rischio clinico; la regione Lombardia nel 2004 ha lanciato un progetto per un Hospital Risk Manager in ogni ospedale lombardo...

Oltre cento esperienze organizzative e tecnologiche di varie strutture sanitarie nazionali, sono state presentate in occasione del II° Forum Risk Management in Sanità di Arezzo. Ma la caratteristica che accomuna tutte queste lodevoli azioni è la mancanza di una cabina di regia: si tratta, infatti, di attività parcellizzate e condotte da diversi operatori, senza la visione sistemica tipica del risk management.

Sulla base delle esperienze internazionali, alcune pre-condizioni sono indispensabili per avviare un corretto processo di gestione del rischio clinico e per formare un buon Hospital Risk Manager:

- anzitutto, non basta la buona volontà, ma ci vogliono competenze specifiche e conoscenza delle metodologie di hazard analysis;
- le competenze devono essere "multidisciplinari", perché assai variegata è la complessa realtà di un ospedale;
- l'approccio deve essere "globale", cioè si devono individuare, valutare, controllare e gestire "tutti" i rischi;
- non si vuol creare un "tuttologo", ma una funzione aziendale con un ruolo prevalentemente proattivo, per garantire una reale integrazione dei sistemi di gestione del rischio;
- non è un costo, ma è un investimento sulla qualità dei servizi offerti ai pazienti e sulla qualità del lavoro di medici e sanitari non medici;
- infine, è indispensabile un forte commitment del vertice dell'ospedale.

Grandi novità sembrano arrivare anche dalla finanziaria 2008, dove è stata approvata una legge riguardante la "messa in sicurezza" del paziente, e la "riduzione del rischio clinico". In base a queste nuove direttive, d'ora in avanti, in ogni ospedale o azienda sanitaria, ci sarà una persona o un gruppo di persone ben definite: i risk managers, che saranno affiancati da un "ingegnere clinico", che garantirà l'uso sicuro delle apparecchiature, prevedendo manutenzione regolare e anche formazione del personale. Per fronteggiare queste nuove esigenze di formazione, il Ministero in collaborazione con l'Ordine dei Medici e la Federazione degli Infermieri, ha creato un corso base on-line, gratuito, e uno in versione cartacea, che sta anche per essere distribuito a tutti i medici ed infermieri italiani. Si tratta di una iniziativa di "alfabetizzazione" di massa, perché tutto il personale abbia almeno un'informazione essenziale. Faranno seguito iniziative a cura delle Università, destinate a chi dovrà svolgere la specifica funzione. Già da qualche anno esistono corsi di formazione legati agli atenei: basti pensare a quelli del Cineas collegato al Politecnico di Milano, ad altri curati dalla Bocconi e ancora quelli a Roma della Luiss, che offrono formazione a diversi livelli. Ci sono corsi base che durano tre o quattro giorni, e corsi avanzati che arrivano anche a 200 ore, distribuite nell'arco di un anno. Gli "studenti" che vi possono accedere sono soprattutto medici con varie specializzazioni, medici di direzione sanitaria, infermieri o responsabili degli uffici legali. Le materie insegnate sono varie perché il risk manager deve essere un po' un assicuratore, un po' un amministrativo, un po' un ingegnere, ma soprattutto deve imparare "tecniche della comunicazione", saper parlare agli altri e convincere gli altri a parlare. Ai corsi a pagamento c'è chi ci arriva per ispirazione personale e chi, invece, è stato designato dalla propria Asl che copre le spese, e ci sono Asl che si convenzionano per avere corsi su misura. Inoltre, per consentire una formazione più omogenea il Ministero della Salute ha organizzato per l'anno 2008 con l'Università di Tor Vergata a Roma, un Master di secondo livello per risk manager. Ogni regione manderà due professionisti che acquisiranno le conoscenze per espletare tale funzione nelle rispettive regioni.

\*Dott.ssa in Fisioterapia  
Casa Gina OAMI - Messina

**meeting... ando**

*l'autunno in Sicilia con la fisioterapia*

**Programma Eventi Ottobre 2008**

**Pre e Post Congresso AIFI 2008 (9/10 - 11/12)**

<b>DATA</b>	<b>SEDE</b>	<b>TITOLO</b>	<b>ECM</b>	<b>COSTO in euro iscritti Convegno</b>	<b>COSTO in euro non iscritti</b>
4 Ottobre	Fiumedinisi (Me) (c/o Parco Monte Scuderi)	<b>Il ruolo del Ft in emergenza</b> (Corpo Forestale-C.R.I.-118)	si	10.00	60.00
5 Ottobre	Motta Camastra (Me) (c/o Palazzo Municipale)	<b>Kinesio Taping livello base</b> (AGI)	si	<i>da definire</i>	<i>da definire</i>
6-7-8 Ottobre	Messina (c/o IRCCS Neurolesi)	<b>Riabilitazione Respiratoria</b>	si	40.00	120.00
7-8-9 Ottobre	Giardini Naxos (c/o Naxos Beach Hotel)	<b>Corso di Cucina Accessibile</b> (AISM Slow Food)	si	40.00	100.00
9 Ottobre	Catania	<b>Visita Didattica</b> Centro Cuore Morgagni		10.00	20.00
10 Ottobre	Furci Siculo (Me)	<b>Visita guidata</b> Centro Telesoccorso		10.00	20.00
11 Ottobre	Messina	<b>Visita Didattica</b> Dipartimento Neuroscienze		10.00	20.00
12-13 Ottobre	S. Alessio (Me)	<b>Goniometria</b>	si	40.00	150.00
14 Ottobre	Savoca (Me) (c/o Palazzo Municipale)	<b>VPPB</b> (AIDETC-A.O. Piemonte Messina)	si	20.00	70.00
15 Ottobre	Catania	<b>Il fisioterapista e le strategie di approccio e comunicazione</b>	si	30.00	80.00
16 Ottobre	Ragusa	<i>da definire</i>		<i>da definire</i>	<i>da definire</i>
17 Ottobre	Agrigento Valle dei Templi (c/o Museo Archeologico)	<b>ICF e la presa in carico multidisciplinare della persona con disabilità</b>	si	10.00	50.00
18 Ottobre	Palermo	<b>Kinesio Taping livello base</b> (AGI)	si	<i>da definire</i>	<i>da definire</i>
19 Ottobre	Palermo	<b>Kinesio Taping livello superiore</b> (AGI)	si	<i>da definire</i>	<i>da definire</i>

maggiori informazioni sul sito [www.aifisicilia.it](http://www.aifisicilia.it)

# Regime fiscale semplificato per i contribuenti minimi

## Simplyfied tax regime for beginning private practitioners

di Carmelo Roccaro\*

**ABSTRACT:** The private practitioners know well the costs of the tax system of the country, especially who has not a big business or works in the regions of south Italy. For these reasons a lot of physiotherapists renounce to follow this way. The new tax law introduces a simplyfied tax regime for beginning private practitioners and for those who want to adapt their tax regime to effective low income- and low cost business.

Is a good work of the government and a good chance for the young private practitioners.

**Key words:** simplyfied tax regime - private practitioners - chance.

**Parole chiave:** regime fiscale semplificato - liberi professionisti - opportunità.

La finanziaria per il 2008 introduce questo interessante "regime fiscale semplificato per i contribuenti minimi" per coloro i quali intraprendono l'esercizio libero professionale e per quelli che, in possesso dei requisiti previsti, vogliono cambiare il regime in atto per un altro più consono alla mole del lavoro effettivamente svolto e ai costi sostenuti. Tutti conosciamo il rigido e, troppo spesso, gravoso schema imposto dagli studi di settore oltre all'enorme gravame fiscale derivante per coloro che, avendo già un'attività subordinata, vogliono svolgere un'attività libero professionale contenuta aprendo una partita IVA tale da rendere questa scelta assolutamente impraticabile. Nello specifico le circolari n. 73/E del 21 dicembre 2007, n. 7/E del 28 gennaio 2008, n. 13/E del 26 febbraio 2008 dell'Agenzia delle Entrate anticipano e specificano i contenuti dall'apposito decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze previsto dall'art. 1, comma 115 della legge finanziaria per il 2008.

### Condizioni di accesso al regime

Possono accedere al regime dei contribuenti minimi le persone fisiche residenti in Italia ed esercenti attività di impresa, arti e professioni. Tali soggetti non devono avere conseguito, nell'anno solare precedente, ricavi o compensi (art. 54 e da 57 a 85 del TUIR) in misura superiore a 30.000 euro. Per potersi avvalere di tale regime è necessario rispettare ulteriori condizioni, tra le quali e più direttamente riguardanti i professionisti/fisioterapisti, nell'anno solare precedente il contribuente:

- <<non deve aver sostenuto spese per lavoro dipendente o per collaboratori di cui all'art. 50, comma 1, lett. c) e c-bis), del TUIR, anche assunti con le modalità riconducibili ad un progetto o programma di lavoro, o fase di esso, ai sensi degli art. 61 e seguenti del decreto legislativo 10 settembre 2003 n.276>>.

Tali disposizioni si estendono anche alle <<spese per prestazioni di lavoro effettuate dall'imprenditore medesimo o dai suoi familiari, di cui all'articolo 60 del TUIR, ad eccezione dei compensi corrisposti ai collaboratori dell'impresa familiare>>.

- non deve aver effettuato acquisti, anche sotto forma di contratti di appalto e di locazione, nei tre anni pre-

cedenti a quello di entrata nel regime, per beni strumentali di valore complessivo superiore a 15.000 euro. Chi vuole avviare l'attività può immediatamente applicare tale regime se prevede di rispettare le condizioni sopra riportate tenendo conto che, qualora l'attività inizi in corso d'anno, il tetto dei 30.000 euro di ricavi o compensi deve essere ragguagliato all'anno.

### Soggetti esclusi

Il comma 99 individua, elencandoli specificatamente, i soggetti esclusi dall'accesso nei non residenti del territorio dello Stato e in coloro i quali si avvalgono di regimi speciali di determinazione dell'IVA relativamente ad attività quali, ad esempio, la vendita di sali e tabacchi, editoria, agenzie di viaggi, agriturismo, ecc.

<<Non rientrano, infine, tra i contribuenti minimi coloro che, pur esercitando attività imprenditoriale, artistica o professionale in forma individuale, partecipano, nel contempo, a società di persone o ad associazioni professionali, costituite in forma associata per l'esercizio della professione, di cui all'articolo 5 del TUIR, o a società a responsabilità limitata a ristretta base proprietaria che hanno optato per la trasparenza fiscale, ai sensi dell'art. 116 del TUIR>>.

### Professionisti che iniziano l'attività

I professionisti che iniziano l'attività, presumendo di rispettare i requisiti previsti dal regime dei contribuenti minimi, devono comunicarlo nella dichiarazione di inizio attività da presentare ai sensi dell'art. 35 del DPR 633/72 (modello AA9).

### Disapplicazione del regime in seguito al venire meno dei requisiti

L'applicazione del regime in oggetto cessa di avere efficacia quando il professionista:

- a) consegue ricavi o compensi superiori a 30.000 euro;
- b) effettua una cessione all'esportazione;
- c) sostiene spese per lavoratori dipendenti o collaboratori;
- d) eroga somme a titolo di partecipazione agli utili agli associati in partecipazione con apporto costituito esclusivamente dalla prestazione di lavoro;
- e) effettua acquisti di beni strumentali che, sommati a quelli dei due anni precedenti, superano l'ammontare

complessivo di 15.000 euro.

f) a causa di un mutamento dell'attività, il contribuente rientra in uno dei regimi speciali ai fini dell'imposta sul valore aggiunto;

g) trasferisce la propria residenza all'estero;

h) a causa di un mutamento dell'attività, effettua in via esclusiva o prevalente cessioni di fabbricati, di porzioni di fabbricato, di terreni edificabili o di mezzi di trasporto nuovi;

i) acquisisce partecipazioni in società di persone, in società a responsabilità limitata con ristretta base proprietaria che hanno esercitato l'opzione per la trasparenza, ovvero in associazioni professionali costituite per l'esercizio in forma associata di arti o professioni.

#### **Semplificazioni e adempimenti ai fini IVA**

Il comma 109 prevede che <<i soggetti che applicano il regime dei contribuenti minimi sono esonerati dagli obblighi di liquidazione e versamento dell'imposta e da tutti gli altri obblighi previsti dal DPR n. 633 del 1972>>, ossia:

- registrazione delle fatture emesse (articolo 23);
  - registrazione dei corrispettivi (articolo 24);
  - registrazione degli acquisti (articolo 25);
  - tenuta e conservazione dei registri e documenti (articolo 39), fatta eccezione per le fatture di acquisto e le bollette doganali di importazione;
  - dichiarazione e comunicazione annuale (articoli 8 e 8-bis del DPR 22 luglio 1998, n. 322);
  - compilazione ed invio degli elenchi clienti e fornitori (articolo 8-bis comma 4-bis del DPR n. 322 del 1998).
- Permangono, invece, gli obblighi in merito ai seguenti adempimenti:

- obbligo di numerazione e conservazione delle fatture di acquisto e delle bollette doganali;
- obbligo di certificazione dei corrispettivi; sulle fatture emesse ai sensi dell'articolo 21 del DPR n. 633 del 1972 dovrà annotarsi che trattasi di "operazione effettuata ai sensi dell'articolo 1, comma 100, della legge finanziaria per il 2008";
- obbligo di integrare la fattura per gli acquisti intracomunitari e per le altre operazioni di cui risultano debitori di imposta (ad esempio, nell'ipotesi di 16 operazioni soggette al regime dell'*inversione contabile o reverse charge*) con l'indicazione dell'aliquota e della relativa imposta;
- obbligo di versare l'imposta di cui al punto precedente entro il giorno 16 del mese successivo a quello di effettuazione delle operazioni;
- obbligo di presentare agli uffici doganali gli elenchi *intrastat* (cfr. articolo 50, comma 6, del D.L. 30 agosto 1993, n. 331).

I professionisti che applicano il regime dei minimi non possono esercitare il diritto di rivalsa né possono detrarre l'IVA assolta sui costi. La fattura emessa, pertanto, non deve recare l'addebito dell'imposta.

#### **Semplificazioni contabili**

I professionisti contribuenti minimi sono esonerati, anche ai fini dell'imposta sui redditi, dall'obbligo di registrazione e di tenuta delle scritture contabili.

#### **Esclusione comunicazione dati per studi di settore**

Questo regime esclude i professionisti dall'obbligo di comunicazione dei dati per gli studi di settore e dai relativi parametri.

#### **Obblighi contabili**

Rimane l'obbligo ai sensi del comma 109, di conservare

i documenti ricevuti ed emessi come previsto dall'art. 22 del DPR 29 settembre 1973, n. 600.

I professionisti devono, inoltre, tenere, ai sensi dell'art. 19, comma 3, del DPR n. 600 del 1973, <<uno o più conti correnti bancari o postali nei quali far confluire, obbligatoriamente, le somme riscosse nell'esercizio dell'attività e dai quali devono essere prelevate le somme occorrenti per il pagamento delle spese>> anche se utilizzati pure per esigenze personali e familiari.

#### **Esenzione IRAP**

I contribuenti minimi sono esonerati dall'imposta regionale sulle attività produttive.

#### **Determinazione agevolata del reddito di impresa e di lavoratore autonomo**

La finanziaria stabilisce, al comma 104, che il reddito di impresa o di lavoro autonomo dei soggetti che rientrano nel regime in esame "è costituito dalla differenza tra l'ammontare dei ricavi o compensi percepiti nel periodo d'imposta e quello delle spese sostenute nel periodo stesso nell'esercizio dell'attività d'impresa o dell'arte o della professione; concorrono altresì alla formazione del reddito le plusvalenze e le minusvalenze dei beni relativi all'impresa o all'esercizio dell'arte o professione".

Sul reddito determinato si applica una imposta sostitutiva dei redditi e delle addizionali regionali e comunali pari al 20 per cento. Per una maggiore completezza ed ulteriori approfondimenti si rimanda alla normativa e alla documentazione citata.

Come si evince da quanto sopra riportato, questo buon provvedimento legislativo viene incontro alle esigenze, da sempre evidenziate ma mai correttamente inquadrare, di numerosi professionisti intenzionati ad intraprendere l'attività libero professionale a norma di legge.

Tale soluzione si pone come opportunità, estremamente interessante e incentivante, per rafforzare l'esercizio libero professionale nel nostro paese e nella nostra regione, ponendo quest'ambito come una alternativa valida al lavoro dipendente presso strutture pubbliche o private, a volte anche a condizioni non consone alla dignità professionale.

L'esercizio della libera professione, in fondo, è la conseguenza del riconoscimento del diritto conquistato attraverso le numerose lotte, sostenute in sede legislativa e amministrativa, condotte dall'AIFI da oltre sedici anni di duro, costante e, spesso, silenzioso lavoro.

#### **Documentazione di riferimento**

Circolare 73/E, *Regime fiscale semplificato per i contribuenti minimi - Articolo 1, commi da 96 a 117, della legge finanziaria per il 2008*, Agenzia delle Entrate, Roma, 21 dicembre 2007.

Circolare 7/E, *Regime fiscale semplificato per i contribuenti minimi - Articolo 1, commi da 96 a 117, della legge 24 dicembre 2007 n. 244, finanziaria per l'anno 2008 - Ulteriori chiarimenti*. Agenzia delle Entrate, Roma, 28 gennaio 2008.

Circolare 13/E, *Regime fiscale semplificato per i contribuenti minimi - Articolo 1, commi da 96 a 117, della legge 24 dicembre 2007 n. 244, finanziaria per l'anno 2008 - Profili interpretativi emersi nel corso della videoconferenza del 21 febbraio 2008*, Agenzia delle Entrate, Roma, 26 febbraio 2008.

\*Dottore Magistrale in Scienze Riabilitative  
Responsabile Ufficio Liberi Professionisti - AIFI Sicilia



**CONGRESSO INTERNAZIONALE AIFI**  
**Fisioterapia Neurologica – Razionale e Approcci Terapeutici per la**  
**Riabilitazione nelle Lesioni del Sistema Nervoso Centrale**  
**Giardini Naxos 9 – 12 Ottobre 2008 – Naxos Beach Report**

**PROGRAMMA SESSIONI SCIENTIFICHE**

**BASI NEUROFISIOLOGICHE DEI PROCESSI DI RECUPERO**

9 Ottobre 2008 I SESSIONE Moderatori: Paolo Pillastrini, Charlotte Hager Ross

- Relazioni
- 14.00 Steven L. Wolf, PT, PhD, FAPTA., *Nuovi sviluppi nel trattamento dell'arto superiore nei soggetti con esiti di stroke: implicazioni nella neuroriabilitazione motoria*
- 14.45 Carolee Winstein, PT, PhD, FAPTA, *Implicazioni per la neuroriabilitazione della neuroscienza cognitiva sociale*
- 15.30 Giovanni Buccino, MD, PhD, *Il ruolo dei neuroni a specchio nei processi di recupero*
- 16.00 Discussione
- 16.30 Pausa
- 16.45: Comunicazioni orali
- 17.45-18.30: Tavola rotonda *Studiare il cervello per comprendere il movimento o studiare il movimento per comprendere il cervello?*

**FISIOTERAPIA NEI SOGGETTI CON ESITI DI STROKE**

10 Ottobre 2008 II SESSIONE Moderatori: Matteo Paci, Marco Baccini

- Relazioni
- 9.00 Katherine J. Sullivan, PT, PhD, FAHA, *Innovazioni nella neuroriabilitazione dei soggetti con esiti di stroke: applicazioni nella pratica clinica delle neuroscienze del razionale delle terapie*
- 9.45 Luigi Tesio, MD, *Il tutto e le parti: il movimento del centro di massa corporeo per la valutazione e riabilitazione del cammino patologico*
- 10.15 Roberto Gatti, PT, *Studi di efficacia della fisioterapia nei soggetti con lesioni al sistema nervoso centrale: catalogazione per disordini del movimento*
- 10.45 Discussione
- 11.15 Pausa
- 11.30 Comunicazioni orali
- 13.00 Pausa

**FISIOTERAPIA NEI SOGGETTI CON LESIONI EXTRA-PIRAMIDALI**

10 Ottobre 2008 III SESSIONE Moderatori: Roberto Gatti, Stefania Costi

- Relazioni
- 14.00 Margaret L. Schenkman, PT, PhD, *Griglia concettuale per il processo decisionale in neuroriabilitazione: esempi dai soggetti con morbo di Parkinson*
- 14.45 Theresa D. Ellis, PT, PhD, NCS, *Efficacia della fisioterapia in soggetti affetti da morbo di Parkinson: razionale del recupero*
- 15.30 Stefano Cappa, MD, PhD, *Deficit cognitivi nei disturbi di movimento: le due facce della medaglia*
- 16.00 Discussione
- 16.30 Pausa

**CONCLUSIONI**

Moderatore: Andrew Guccione

- 16.45 Pamela W. Duncan, PT, PhD, FAPTA, *Opportunità e sfide per lo sviluppo della neuroriabilitazione basata sull'evidenza*
- 17.30-18.30 Tavola rotonda *Ridurre il cammino dei soggetti con emiplegia. Quando e come iniziare?*
- 18.30 Consegna premio "A.I.FI. Prize 2008"

**PROGRAMMA SESSIONE ASSOCIATIVA**

11 Ottobre 2008

- 08.30-09.00 Verifica deleghe ed elezione della Presidenza del Congresso
- 09.00-09.15 Apertura del congresso con i saluti di benvenuto
- 09.15-13.00 Lavori associativi
- 13.00-14.00 Pausa pranzo
- 14.00-18.00 Lavori associativi

12 Ottobre 2008

- 09.00-12.00 Lavori associativi
- 12.00-13.00 Elezioni organi direttivi AIFI