



Il radicale processo di cambiamento che ha caratterizzato il sistema sanitario nell'ultimo decennio, stranamente in Sicilia non ha comportato sostanziali modificazioni agli assetti organizzativi dell'area riabilitativa, e soprattutto non ha visto i fisioterapisti tra gli attori protagonisti di questa stagione se non quando hanno dovuto difendere le prerogative della professione.

Nasce quindi il sospetto che questa situazione sia funzionale soltanto a chi vuol mantenere lo status quo e non vuole prendere nella giusta considerazione chi a pieno titolo si occupa di recupero funzionale, ignorando l'evoluzione della professione sia in ambito legislativo, che scientifico e culturale. E se, come ci ricorda A. Gehlen, "la cultura fa parte delle condizioni fisiche dell'esistenza", la cultura riabilitativa è costruita da tutti coloro che, con le loro specificità, fanno parte del contesto riabilitativo, dalla persona che necessita di cure ai professionisti sanitari e sociali che costruiscono i processi di recupero delle condizioni di salute.

Molti sono gli elementi che concorrono a definire il contesto riabilitativo ma, sicuramente, meritano un'attenzione privilegiata gli aspetti che riguardano i processi di organizzazione. Infatti, in un'ottica sistemica, le scelte organizzative sono il frutto più o meno consapevole del contesto che emerge dall'insieme delle forze principali che fanno parte ed alimentano il funzionamento interno di un sistema. E, come afferma Morin, ogni sistema produce un aumento di entropia,

quindi tende a degenerare, quindi ha bisogno di "riorganizzazione" per rigenerarsi. Una riorganizzazione che in sanità ha significato "aziendalizzazione, strategie di controllo, di verifica dei sistemi di erogazione del servizio e di aderenza agli obiettivi prefissati, che inducono a continue trasformazioni organizzative e all'adozione di modelli organizzativo-gestionali sperimentali o sperimentati". Modelli per l'area riabilitativa che, per l'appunto, in Sicilia ancora stentano a decollare ma anche ad essere accettati da chi politicamente ha il compito di individuare ed interpretare le spinte provenienti da una parte della società e fornire gli strumenti legislativi per guidare il cambiamento.

Per questo il Congresso regionale del 15 maggio scorso ha inserito tra le priorità dell'Associazione l'impegno per l'adozione di un "modello operativo" incentrato su principi di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza che garantisca un'organizzazione del lavoro, sia nel pubblico che nel privato, adeguata a rendere prestazioni qualitativamente alte.

L'Associazione, d'altronde, ha saputo farsi carico in questi anni, ad ogni livello, di tutto quanto è stato necessario per tutelare la professione e la qualità delle prestazioni da erogare, e ha dimostrato di prestar fede agli impegni presi. Con la consapevolezza di rappresentare tutti i fisioterapisti siciliani. E con la speranza di avere interlocutori validi e credibili.

**Angelo Ginestra**

## Fare Riabilitazione

*AIFI Sicilia magazine*

Trimestrale dell'Associazione Italiana  
Fisioterapisti - Regione Sicilia

*Direttore Responsabile*

Angelo Ginestra

*Redazione*

Filippo Cavallaro, Giuseppe Enea,  
Rosario Fiolo, Carmelo Roccaro,  
Roberta Russo

*Coordinamento redazionale*

Dora Cinà

*Grafica e impaginazione*

Dora Cinà, Angelo Ginestra

*Stampa*

Seristampa Palermo

*Tiratura 3000 copie*

Ricerca differenza nelle differenze <i>Carlo Perfetti</i>	<b>3</b>
Integrazione professionale in Unità di Terapia Intensiva <i>Antonella Liberto, Cristiania Rallo</i>	<b>4</b>
Cultura e progetti in Scienza della riabilitazione <i>Rosario Fiolo</i>	<b>5</b>
Documento Congresso Regionale	<b>6</b>
Oltre l'impertinza: ascoltare il dissenso <i>Filippo Cavallaro</i>	<b>7</b>
La realtà di LeDoux: essere è sinapsi <i>Angelo Ginestra</i>	<b>9</b>
Riflessioni ruggenti 'vecchio stile' <i>Lucio Vecchio</i>	<b>11</b>
Lettere al Direttore	<b>13</b>
Verso nuove autonomie professionali <i>Filippo Guccione</i>	<b>14</b>

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

Effettuare il pagamento della quota associativa di € 80.00 (soci ordinari) o di € 26.00 (quota associativa studenti):

- sul c/c bancario n.540/9 presso il Credito Emiliano di Palermo, sede p.zza De Gasperi n.25/A ABI 3032 - CAB 4601, oppure

- sul c/c postale n.39785092,

intestato ad A.I.F.I. Regione Sicilia

Via M.se di Villabianca n.120 90143 Palermo, specificando la causale del versamento.

Utilizzare il modulo d'iscrizione scaricandolo dal sito [www.aifisicilia.it](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).

### CORSI

Eventi formativi ECM 2005 a Messina	<b>16</b>
Aspetti diagnostici, terapeutici e medico-legali della Sindrome da Accelerazione/Decelerazione secondo la EBM	<b>16</b>
L'ETC nella costruzione di un percorso terapeutico: il ginocchio traumatizzato	<b>17</b>
Ergonomia, prevenzione e trattamento delle patologie vertebrali da cause professionali	<b>18</b>

### In copertina:

Benvenuto Cellini, *Satiro*, particolare,  
Washington, National Gallery of Art

### 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

*Filippo Cavallaro*

### Sezioni Provinciali

Catania

*Giuseppe Cultrera*

Palermo

*Angelo Ginestra*

Ragusa

*Giuseppe Pulvirenti*

Siracusa

*Eugenio Gallitto*

### Collaborazioni

Chiunque può collaborare facendo pervenire alla redazione, presso la sede dell'AIFI, o all'indirizzo [fareriabilitazione@aifisicilia.it](mailto:fareriabilitazione@aifisicilia.it), articoli a carattere scientifico, culturale, sociale, sindacale e politico, di interesse riabilitativo, eventualmente provvisti di foto, disegni e tabelle, purchè inediti. Tali articoli, esclusivamente in file, dovranno avere le seguenti caratteristiche: word, times new roman, corpo 12, minimo 1900 - massimo 6500 battute.

La responsabilità di tutti gli articoli pubblicati è degli autori firmatari. La redazione valuta e decide liberamente la pubblicazione se in linea con le proprie scelte. L'eventuale pubblicazione è a titolo completamente gratuito.

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

[fareriabilitazione@aifisicilia.it](mailto:fareriabilitazione@aifisicilia.it)

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

# Ricerca differenza nelle differenze

di Carlo Perfetti\*

Il lavoro del riabilitatore, come dopo tanti anni di discussioni metodologiche tutti ormai dovrebbero sapere, non si esaurisce nella esercitazione, così come non inizia e nemmeno termina con l'esercizio e neppure con la valutazione dei risultati ottenuti. Il lavoro in palestra col malato deve sempre essere accompagnato dalla elaborazione di una serie di problemi e di ipotesi che conducono il riabilitatore ad un costante impegno di studio e di sperimentazione.

Tra le altre cose, il riabilitatore deve sempre avanzare ipotesi circa i meccanismi attraverso i quali ipotizza che possano essere ottenute modificazioni significative per il recupero del malato. Non sempre purtroppo è possibile una risposta seria e soprattutto controllabile, date le difficoltà di indagare direttamente quanto accade a livello delle strutture interessate alle modificazioni ricercate.

In questi ultimi anni indagini strumentali più approfondite, tra le quali quelle definite genericamente di neuroimaging, hanno spesso permesso di avanzare ipotesi più ragionevoli e di controllare con maggior facilità quanto accade durante l'esercizio a livello del SNC del malato. Non sempre però i dati derivati da tali ricerche sono del tutto soddisfacenti.

Per quanto riguarda ad esempio l'esercizio terapeutico conoscitivo, nel 2000 un articolo di alcuni Autori tedeschi (Liepert and coll., *Training induced changes of motor cortex representations in stroke patients*. Acta Neurol. Scand. 2000, 201: 321) dimostrò utilizzando la TMS (stimolazione magnetica transcranica) che in soggetti sottoposti ad esercizi di questo tipo si determinava un aumento della estensione dell'area sensitivo-motoria. Il dato se pur incontrovertibile, non era però apparso estremamente interessante, in quanto si limitava a segnalare, e in maniera aspecifica, secondo il nostro gruppo di ricerca, gli effetti ultimi dell'esercizio. È facilmente controllabile che tutto quanto è pertinente alla contrazione muscolare determina un effetto di questo tipo, che non fornisce alcun dato circa la qualità del movimento recuperato che rappresenta invece il dato più importante del lavoro riabilitativo.

Ben diverso è il caso di una lavoro uscito in questi mesi ad opera di alcuni studiosi belgi dell'Università di Lovanio (Van de Winkeln and coll.: *Passive somatosensory discrimination tasks in healthy volunteers: Differential networks involved in familiar versus unfamiliar shape and length discrimination*. Neuroimage 2005, 26. 441).

Van der Winkeln e coll. hanno tentato di analizzare attraverso il ricorso alla Risonanza magnetica funzionale quanto accade a livello del sistema nervoso centrale durante la esecuzione di esercizi di primo grado proposti dall'ETC. Il lavoro già a questo punto appare senz'altro più interessante dell'altro, in quanto non si limita ad una ricerca aspecifica dei risultati ultimi, ma tenta di evidenziare le modalità di raggiungimento di questi, permettendo al riabilitatore di compiere ragionamenti di rilievo circa il

significato dell'esercizio effettuato.

Gli autori hanno sottoposto i soggetti a tre tipi di esercizi di primo grado, svolti ovviamente ad occhi chiusi:

- riconoscimento di lunghezze;
- riconoscimento di differenze tra figure geometriche note (quadrati e triangoli isosceli);
- riconoscimento di differenze tra figure geometriche nuove (quadrilateri o triangoli irregolari).

Mentre l'arto superiore veniva mobilitato secondo le diverse modalità, i soggetti erano sottoposti all'ascolto di brani musicali differenti, e poteva essere loro chiesto o di stare attenti alle differenze tra le figure geometriche, o alle differenze tra i brani musicali ascoltati.

Il confronto era fatto sia con la situazione di base di riposo, sia con le situazioni nelle quali il soggetto, pur essendo mobilitato non doveva riconoscere gli spostamenti dell'arto superiore, ma doveva prestare attenzione alle musiche per identificare le differenze tra quanto ascoltato. Gli autori hanno evidenziato come nel caso di movimento puramente passivo, cioè quando il soggetto, pur essendo mosso e quindi sottoposto a stimolazioni somestetiche, doveva stare attento a cogliere le differenze musicali, le attivazione del sistema nervoso riguardavano il lobo temporale, mentre, nel caso in cui il soggetto doveva dare importanza alla differenza tra gli spostamenti dell'arto superiore per identificare le differenze tra le diverse figure, si assisteva ad un notevole attivazione di diverse aree parieto-premotorio.

Veniva cioè attivato, secondo gli autori, un circuito parieto-premotorio che comprendeva aree parietali (tra cui la circonvoluzione parietale superiore e l'interparietale anteriore) ed aree premotorie (area motoria supplementare e aree premotorie ventrale e dorsale).

Già questo dato riveste un'importanza non indifferente in quanto rappresenta la dimostrazione che quando si effettuano esercizi di primo grado si attivano una ampia serie di aree corticali ritenute fondamentali per il movimento. Il lavoro riveste un valore non indifferente anche perché è una valida dimostrazione che quello che riveste significato per la attivazione delle diverse aree del sistema nervoso centrale non è tanto lo spostamento periferico dei segmenti corporei, quanto l'attivazione dei processi cognitivi che permettono di discriminare tra le diverse forme, cioè di dare loro significato. Ancora importante è che queste modificazioni appaiono specifiche nei confronti delle modalità percettive che vengono attivate. Infatti, Van de Winkeln e coll. dimostrano che quando i soggetti sono sottoposti a compiti di discriminazione musicale, anche se vengono effettuati spostamenti articolari identici, non si ha alcun effetto significativo analogo a livello del sistema nervoso centrale.

Il circuito parieto-prefrontale viene cioè attivato specificamente non dalla semplice presenza di una differenza fisica e dalla conseguente stimolazione di recettori periferici, quanto dal fatto che questa differenza

fisica determina una differenza a livello cognitivo. Non può non venire in mente la teorizzazione di Bateson (G. Bateson, "Mente e natura", Adelphi, 1997) che poneva alla base della organizzazione della mente l'attivazione di processi tali da determinare un'informazione, cioè che facessero sì che "una differenza producesse differenza", che rappresenta la base per l'esercizio terapeutico conosciuto (C. Perfetti, C. Rizzello, F. Pantè, "Tesi di Tonezza", Centro Studi di Riabilitazione Neurocognitiva, 2005). Gli autori hanno poi riscontrato una notevole differenza a seconda se le differenze che il soggetto doveva individuare erano da ricercarsi tra semplici lunghezze, tra figure geometriche note (i quadrati e i triangoli regolari) o tra figure nuove (quadrati e triangoli irregolari). Questo dà la dimostrazione, da giudicarsi interessante dal punto di vista teorico, e particolarmente importante per l'organizzazione dell'esercitazione, che la configurazione

da riconoscere riveste una certa rilevanza nel determinare le modificazioni ricercate. Altra è l'attivazione del SNC quando il soggetto deve riconoscere differenze somestetiche all'interno di uno spazio composto da figure regolari e note, altra è quando il compito consiste nel riconoscere differenze all'interno di figure sconosciute (i quadrilateri e i triangoli irregolari): in questo ultimo caso si verifica una maggiore attivazione delle stesse aree corticali. Come se nella seconda situazione il sistema nervoso, oltre che individuare la differenza, dovesse elaborare anche la identificazione delle configurazioni all'interno delle quali effettuare la ricerca della differenza stessa (vedi per questo problema G. Madonna, "La psicoterapia attraverso Bateson", Bollati Boringhieri 2003).

\*Direttore Centro Studi di Riabilitazione Neuromuscolare  
Villa Miari - Santorso

## Integrazione professionale in Unità di Terapia Intensiva

di Antonella Liberto\*, Cristiania Rallo\*\*

Da una pluriennale esperienza lavorativa ospedaliera, in reparti di terapia intensiva, è emersa l'esigenza di una più integrata collaborazione interdisciplinare; infatti, anche se tale concetto è ormai universalmente riconosciuto, di fatto molto spesso non è realizzato, e ciò ancor di più incide negativamente in reparti critici come le Terapie Intensive, dove la mancata realizzazione di un tale intervento assistenziale integrato è causa di serie ripercussioni per il futuro recupero di pazienti già di per se in gravissime condizioni.

Quello che in realtà spesso accade in tali reparti, è che ogni operatore, sia esso infermiere, medico, fisioterapista, etc., che interviene sul paziente, agisce in maniera isolata e asincrona, perseguendo le proprie finalità terapeutiche ma perdendo di vista che esiste, oltre agli obiettivi specifici di ciascun ambito professionale, l'obiettivo comune a tutti gli operatori, che è quello di conseguire il miglior livello possibile di benessere psicofisico per quel paziente, pur nell'ambito delle sue disabilità e delle risorse disponibili.

Il raggiungimento di tale traguardo, sicuramente dipende dall'efficacia e validità dei singoli interventi terapeutici, ma non può scaturire dalla loro sommatoria, bensì da un processo assistenziale integrato in cui ogni operatore collabora e interagisce con gli altri. Niente di nuovo sotto il sole: tale assunto teorico, applicazione logica di semplice buon senso prima che di fondamenti scientifici, trova condivisione non solo in ambito sanitario, come si evince dalle attuali legislazioni, ma anche in altri campi.

Vari sono i fattori che ostacolano l'attuazione del lavoro di squadra, ma è importante in primo luogo focalizzare il problema, quindi prevedere le modalità per superarlo ed, infine, mirare ad un più proficuo interscambio professionale. Si comprende bene come è una comunicazione efficace il tramite per far prendere coscienza di quali sono i presupposti teorici e non, di ogni ambito professionale: quindi sarebbe necessario prevedere un primo momento di incontro informativo sui rispettivi ruoli, peculiarità, modalità e finalità operative. Dal punto di vista riabilitativo è essenziale far conoscere agli altri professionisti gli scopi specifici, le relative metodologie e tecniche di intervento, in modo che ciascuno, prendendo atto di tali presupposti, possa meglio coordinare il proprio agire professionale.

A tal fine è utile sottolineare l'importanza della formazione per favorire l'acquisizione di quanto detto sopra e, conseguentemente indurre i cambiamenti desiderati. L'iter riabilitativo prende avvio dalla presa in carico del paziente, su indicazione del medico specialista, e prevede una prima valutazione funzionale attuata dal fisioterapista, attraverso la quale viene elaborato il piano terapeutico individuale che deve tener conto delle condizioni generali e dei bisogni specifici del paziente inerenti il processo di recupero. Tale programmazione, sottoposta all'attenzione di medici ed infermieri, dovrebbe così integrarsi con gli altri piani terapeutici, in modo tale che da tale condivisione possa scaturire il piano operativo integrato individualizzato al quale ogni operatore dovrà sempre far riferimento. Si dovrebbero quindi prevedere anche successive riunioni di equipe, in cui valutare i risultati ottenuti e l'efficacia del piano operativo e, ove necessario, apportare le opportune modifiche; infine, è indispensabile una valutazione finale in cui si verifichi la rispondenza dell'obiettivo comune previsto e del livello effettivo di recupero raggiunto. In tal modo si vuole evidenziare come sia fondamentale che i vari operatori professionali che interagiscono col paziente possano trovare una ottimale cooperazione, in modo da mettere in atto un processo assistenziale integrato vero e proprio, ed agire non più come singoli ma nell'unità di un team operativo.

\*Fisioterapista ARNAS Civico Palermo U.O. di Neuroranimazione

\*\*Fisioterapista ARNAS Civico Palermo U.O. di Il Rianimazione

# Cultura e progetti in Scienza della riabilitazione

di Rosario Fiolo

**S**peso in Sicilia molti tra coloro che gravitano nel mondo della riabilitazione in generale e della fisioterapia in particolare si perdono in inutili discorsi che non portano ad alcun risultato. Oggi, però, è arrivato il tempo di non lasciarsi più prendere dalle chiacchiere e, per quelli che invece hanno creduto e credono nella necessità di azioni concrete per il miglioramento della qualità della riabilitazione nella nostra regione, è arrivato il momento di continuare nel lavoro che l'Associazione da tempo porta avanti con il preciso obiettivo di costruire ed affermare una cultura e di una scienza della riabilitazione. Infatti, oltre l'aspetto scientifico è soprattutto quello culturale che deve essere diventare centrale sia negli addetti ai lavori che in modo diffuso nella società. Cultura intesa come assimilazione degli elementi collettivi che convergono nella strutturazione di un gruppo sociale, ne caratterizzando le istituzioni e che si esplicitano in schemi di comportamento ed in progetti di vita condivisi dagli appartenenti allo stesso gruppo e riconosciuti dall'intero corpo sociale.

Questi concetti di base, insieme all'obiettivo prioritario di rilanciare un progetto per la qualità in riabilitazione sono stati al centro del dibattito al Congresso regionale svoltosi a Palermo domenica 15 maggio che ha dato indicazioni a mantenere sempre dritta la direzione del lavoro fin qui fatto.

Un congresso che è stato caratterizzato da due aspetti fondamentali: la partecipazione e la consapevolezza. Infatti, è stato un Congresso che ha visto un folto numero di partecipanti consapevoli che il ruolo del fisioterapista non può essere misconosciuto dalla regione siciliana - per cui bisogna dare necessariamente seguito alla normativa nazionale - e che i fisioterapisti oggi hanno gli strumenti per prendere nelle mani e gestire il processo scientifico e organizzativo-gestionale della professione.

Questo Congresso si è svolto alla fine della serie di lezioni del Corso integrativo per il conseguimento della laurea in fisioterapia previo riconoscimento degli studi dei corsi pregressi; un corso che ha visto la partecipazione di circa novecento persone che domani acquisiranno il titolo di dottore in fisioterapia: per certi versi un congresso storico che ha testimoniato come effettivamente, attraverso questa operazione dell'università, si sia manifestata la reale voglia di crescita dei fisioterapisti. La carica di questi mille dottori deve spingere con forza la professione verso un processo di sviluppo definitivo e verso l'affermazione di una prassi quotidiana improntata alle norme del profilo professionale (Decreto Ministeriale n. 741/94). Non soltanto, quindi, un cambiamento di nome o l'attribuzione di un titolo, ma soprattutto la valorizzazione del profilo professionale e quindi della professione.

Per questo motivo il Congresso ha fatto appello al

senso di responsabilità di tutti i colleghi della regione, per essere pronti ad una "partecipazione virtuosa" per fare diventare concreto e utile tutto questo. Utile, soprattutto alle persone con disabilità.

L'AIFI Sicilia in questi ultimi anni ha lanciato molti slogan per sensibilizzare i professionisti, gli utenti e la classe politica. Si è battuta con tutti gli strumenti a sua disposizione per l'affermazione della buona riabilitazione nella regione siciliana. Ha fatto molte denunce sul dilagante abusivismo professionale, sulla disorganizzazione e sugli sprechi in cui versa il settore riabilitativo in Sicilia. Ora è arrivato il momento di chiedere a chi di dovere se la regione siciliana vuole effettivamente cambiare rotta o se vuole rimanere in una situazione in cui - soprattutto dopo il Decreto dell'Assessore regionale alla Sanità del 2002 sull'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - non c'è contezza di carichi di lavoro, di analisi tra costi e benefici, di applicazione dei principi del management. È arrivato il momento di valutare se chi lavora nelle strutture riabilitative ha o no il titolo per farlo e di agire di conseguenza. È finalmente arrivato il momento di attribuire la giusta responsabilità ed autonomia al fisioterapista, sia che operi nel pubblico che nel privato.

Pertanto, da domani chiederemo sempre più con forza la valorizzazione della professione del fisioterapista ed un'adeguata organizzazione del lavoro in riabilitazione rafforzata dalla presenza di dirigenti formati dall'attivazione delle Lauree specialistiche nelle università siciliane. E su questa base avremo anche una Associazione ancora più forte e più consapevole.

Allora, i nostri prossimi obiettivi non possono che essere incentrati su alcuni punti precisi: dalla richiesta di attuazione di una diversa organizzazione del lavoro che tenga conto prioritariamente della normativa nazionale all'indicazione temporale del rapporto terapeuta - paziente, dall'analisi della relazione tra costi e benefici alla valorizzazione del fisioterapista nei CCNL, dall'attivazione delle Lauree specialistiche alla creazione delle unità operative a gestione professionale.

Sono queste le indicazioni venute fuori dal Congresso e sulle quali l'Associazione è stata fermamente compatta nel mantenere un forte impegno per un loro realizzazione, che richiede un lavoro a trecentosessanta gradi, sia nei posti di lavoro, insieme ai colleghi che sono consapevoli dell'importanza di operare una svolta nell'organizzazione, sia a livello politico, per incidere efficacemente per modificare i decreti regionali che ancora oggi penalizzano la professione e impediscono la realizzazione di una riabilitazione di qualità nella nostra regione.

Non è un lavoro facile, ma anche per questo vogliamo continuare a sentire l'appoggio dei tanti colleghi che come noi ci credono, ci stanno vicino e ci sostengono in tutte le nostre iniziative.



**DOCUMENTO CONGRESSO REGIONALE AIFI SICILIA 2005**

Il Congresso regionale dell'AIFI Sicilia, dopo un'ampia ed approfondita relazione del Presidente uscente su quanto realizzato nell'ultimo triennio, si è articolato nel dibattito congressuale che ha messo a fuoco il lavoro associativo svolto da tutto il Direttivo Regionale. Tutti gli interventi hanno espresso un parere positivo sull'attività associativa svolta, improntata ad un forte senso di responsabilità per riuscire a far mettere in pratica, finalmente nella nostra regione, il quadro giuridico-normativo nazionale, ovvero tutte le norme che ratificano in modo definitivo la professione del fisioterapista. Da ciò un apprezzamento per l'impegno avuto per contrastare nelle sedi istituzionali appropriate i decreti regionali che penalizzano la professione. Ancora, un altro aspetto valutato positivamente dal Congresso è stato la nascita di Fare Riabilitazione, la rivista regionale dell'Associazione, che ha significato sia la valorizzazione e l'approfondimento degli aspetti scientifici e culturali ma anche e soprattutto uno strumento per essere più attenti alle esigenze della professione e più capillari nella diffusione delle informazioni. Partendo da tutto ciò il Congresso ha voluto con forza mettere in rilievo come dovrà essere indirizzata la politica associativa regionale nel prossimo triennio.

La prima direttiva data, quindi, è stata quella di incidere con maggiore efficacia per continuare il lavoro fino ad ora fatto ed ottenere il giusto riconoscimento giuridico. Ed oggi, anche alla luce del segnale dato dai mille colleghi, che hanno voluto diventare "dottori in fisioterapia", il lavoro in questa direzione non può non significare la valorizzazione del profilo professionale che, al di là di generiche recriminazioni, deve diventare una realtà concreta accettata in tutte le sedi politiche e professionali. Ciò significa ri-pensare a cosa è oggi l'organizzazione del lavoro per quanto attiene la riabilitazione nella nostra regione, analizzare se quanto avviene nelle varie realtà è in linea con gli aspetti legislativi per verificare se, per esempio, i decreti sui LEA danno i giusti tempi di trattamento di recupero funzionale per ottenere un corretto rapporto costi-benefici, etc. Pertanto, il Congresso approva le seguenti Tesi congressuali:

**Valorizzazione del profilo**

È impensabile che ancora nella regione siciliana oggi restino inapplicati le leggi fondamentali sulle professioni sanitarie - L. 42/99 e L. 251/2000 - e in particolare il profilo professionale del fisioterapista - D.M. 741/94.

La prima conseguenza di ciò è che un professionista non sufficientemente gratificato è demotivato e non dà il meglio per mantenere alto il livello delle prestazioni. Inoltre, oggi che tutto è centrato sulla persona, sul lavoro di equipe e sulla interdisciplinarietà, ciò non può essere tradotto in atti di concreta operatività nel territorio ed anzi questa situazione fa in modo che si continui ad accentrare tutto su una sola professionalità medica.

**Organizzazione della riabilitazione improntata a principi di qualità**

L'AIFI Sicilia ha più volte presentato proposte di un "modello operativo" incentrato su principi di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza che garantisca un'organizzazione del lavoro, sia nel pubblico che nel privato, adeguata a rendere prestazioni qualitativamente alte.

Purtroppo, ancora oggi, bisogna continuare a registrare che niente di tutto ciò è stato accolto e altre figure professionali impropriamente gestiscono l'organizzazione del lavoro del fisioterapista.

Inoltre, malgrado tutte le nostre segnalazioni agli organi competenti, nessuna iniziativa è stata presa e siamo sempre in prima linea nel denunciare che l'applicazione del Decreto sui LEA, invece di garantire un'ottimizzazione delle risorse e un miglioramento della qualità delle prestazioni, ha significato un aumento esponenziale della spesa sanitaria in questo settore. Infatti, la mancanza di controlli su indicatori di produttività, precisamente sul rapporto prestazioni per unità di addetti (numero di prestazioni/fisioterapista), e sul rapporto prestazioni per unità di tempo (numero di prestazioni/ora) non tenendo conto di tutti i riferimenti sui carichi di lavoro, peggiora l'organizzazione del lavoro e non garantisce la qualità. Non è più possibile continuare un'organizzazione centrata su logiche di profitto e di sfruttamento della professione, ma bisogna amplificare quanto già cominciato con l'apertura di nuovi spazi di azione professionale presso l'assessorato regionale alla famiglia e con la collaborazione delle altre professioni liberali. Infine, l'AIFI continua a denunciare il costante abusivismo praticato nel territorio, sia nel privato che nel pubblico, nonostante i tentativi dell'AIFI Sicilia di bloccare il fenomeno, da soggetti non abilitati, in primo luogo massaggiatori ed insegnanti ISEF, ma ora anche da tipologie specifiche di professionisti della riabilitazione - terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva - che, non trovando spazi nel proprio ambito, invadono quello dei fisioterapisti.

**Lauree specialistiche**

L'AIFI Sicilia chiede che si attivi la Laurea Specialistica nella nostra regione che dovrà, in tempi brevi, diventare professionalizzante e non solamente riservata alla docenza e alla dirigenza.

**Contratto di lavoro**

Il Congresso ha anche dato mandato al direttivo regionale per verificare, attraverso gli uffici di competenza, l'incidenza del nuovo Contratto Collettivo di Lavoro sul servizio privato, valutando come il Contratto della Sanità privata debba essere adattato, nella contrattazione nazionale, a quello pubblico, perchè non è più ammissibile che nel servizio privato i fisioterapisti siano sfruttati e mortificati nella loro professionalità e abbiano minori diritti dei colleghi che lavorano nel servizio pubblico.

Per tutti questi motivi il Congresso ha fatto appello al senso di responsabilità di tutti i colleghi della regione, per essere pronti ad una "partecipazione virtuosa" per pretendere la trasformazione in prassi quotidiana di tutto quanto previsto dal profilo professionale e per fare diventare concreto e utile tutto questo.

Utile, soprattutto alle persone con disabilità.

Un lavoro che non può non coinvolgere tutti i fisioterapisti siciliani. Con la consapevolezza di avere vicino un'Associazione forte ed in grado di saper far sentire con fermezza la propria voce.

# Oltre l'impertinenza: ascoltare il dissenso

di Filippo Cavallaro\*

Queste riflessioni nascono come proseguimento all'articolo di qualche mese fa ispirato dai lavori del grande pedagogo Gianni Rodari e dalla personale esperienza terapeutico-riabilitativa con Ilenia. Da quel momento ho prestato ancora più attenzione ad aspetti che mostrando il disaccordo, in realtà sono segno di confronto, occasione di dialogo, momento di dibattito ma soprattutto affermazione di libertà. Mi sono convinto che dovevo continuare la riflessione visto che mi brulicavano in testa concetti come: la tentazione, il rifiuto, la sfida, l'oltraggio.

Inizio questa mia riflessione da "La malattia come metafora" della scrittrice e regista Susan Sontag (1933/2004), libro sulla sua esperienza personale di lotta contro il cancro: "Anni fa (nel 1978) mi venne diagnosticato un tumore. Era una sentenza di morte, perché mi venne detto che il cancro era all'ultimo livello.

Sopportai cure pesanti e ne uscii". Così aveva affermato l'autrice in una intervista.

Nel saggio non è delineata una autobiografia o un diario, ma si descrive il modo in cui il malato e la malattia vengono stigmatizzati dal comune modo di intendere, e stimolando una sollecitazione ad uscire dal ghetto

della malattia, dai luoghi comuni che quasi additano la colpevolezza del malato. Da malati si vive con la morte al fianco, propria e degli altri. Vale per i familiari, parenti ed amici, per chiunque assista. In ospedale giorno dopo giorno si può non rivedere più chi stava accanto il giorno prima. Chi s'ammala e chi gli sta vicino entra in una comunità particolare, in cui l'esistenza quotidiana ha caratteri, spazi e tempi particolari, anzi l'ammalato ed i suoi familiari percepiscono spazio e tempo in modo deformato. La Sontag accosta la malattia alla guerra, l'accomuna ad essa, avendo vissuto come giornalista al fronte ad Hanoi, poi in Rwanda, a Sarajevo, ed in Afghanistan.

La malattia è un'esperienza di spoliamento, di riduzione all'essenziale, nella quale alla paura s'aggiunge l'euforia della sopravvivenza, il divertimento di sfidare la malattia ed al mattino, ogni mattino, svegliarsi con la coscienza di aver vinto per un altro giorno. Lascia intendere che bisogna saper identificare il nemico vero, la malattia, attraverso la valutazione, mentre nei conflit-

ti sociali il nemico viene individuato nella povertà, senza farsi coinvolgere nell'affrontare i nemici falsi: il protagonismo professionale e l'oppressione del rischio delle complicazioni; corrispondenti a vero e proprio terrorismo. Nella guerra come nelle malattie, quelle gravi, o sconosciute, non si sa come possa andare a finire mentre generalmente le malattie sono conosciute dalla scienza medica ed in quel caso fortunatamente è tutto scontato... si guarisce, o comunque ci si cura.

Diversamente è quando, come nell'opinione diffusa si afferma: "La malattia è una cosa da dimenticare: non parliamone".

Un tale atteggiamento ci porta a precludere ai cittadini qualsiasi attenzione su ciò che accade durante la malattia, e l'intervento terapeutico, alienandogli un diritto acquisito. Inoltre, c'è da chiarire che la malattia non è solo una sequela di sintomi e segni, ma soprattutto un

patrimonio personale di valori lesi, esprimibili in termini strutturali, culturali e morali. Valori sempre e comunque validi per ogni uomo.

Siamo di fronte alla proposta di un modo coraggioso di vivere ed affrontare la malattia, superando sia la visione di accettazione della sofferenza, sia la visione hegeliana in



cui la malattia rientrando nella promessa del serpente nel Paradiso Terrestre, deve essere conosciuta dall'uomo, perché dalla conoscenza della malattia si ha la conoscenza della salute. In una posizione di contiguità con quest'ultima è la tesi di Jung, dove la vita, come processo energetico ha bisogno dei contrasti, senza i quali l'energia è impossibile e quindi malattia e salute sarebbero delle antitesi naturali, necessarie condizioni di ogni realizzazione, di ogni modificazione e di tutti i miglioramenti.

La moderna medicina e la riabilitazione ha nelle prime fasi dell'intervento terapeutico l'impegno di affrontare la malattia e quindi parafrasando Algernon Charles Swinburne (1837/1909) ... potissimo ostacolare la natura, allora si l'atto diventerebbe perfetto e la modificazione una realtà. Se l'uomo potesse far questo, se egli potesse intralciare il corso naturale della patologia; se potesse trovar la sede della malattia e cambiarne l'evoluzione; allora si potrebbe dire d'aver agito contro natura... stiamo peccando...

Si sta tentando di utilizzare al meglio le conoscenze della ricerca e della esperienza scambiata tra cittadini-utenti e specialisti-operatori per proporre percorsi terapeutici che rendano tangibile lo scontro contro la malattia ed il recupero delle funzioni lese. Questo atteggiamento per Guardini "si manifesta già in tutto quello che si chiama gnosi", addirittura anche nell'alchimia, nella teosofia. Ed in Goethe si presenta in forma programmatica con il male, forza originaria dell'universo, necessario quanto il bene, e di cui la morte è solo un altro elemento di quel tutto, il cui polo opposto si chiama vita. Ma con la vita come unico impegno coerente dell'essere vivente, che alla fine e alla morte, riconsegna il suo corpo all'ambiente da cui si era distinto.

Un'altra riflessione mi viene suggerita da un dibattito sulla libertà d'informazione, e precisamente dal bisogno di depenalizzare la diffamazione affinché nessun si senta perseguibile, e sopprimere le leggi sull'oltraggio che proteggono i poteri pubblici. Sono il retaggio di regole di un'altra età, indegne di una democrazia moderna, che spingono spesso i giornalisti, ma nel nostro caso i malati all'autocensura, e li inducono a non fare affermazioni in disaccordo con chi li ha in cura per paura di essere perseguiti.

Le norme di tutela della salute dei cittadini e di sicurezza sanitaria del territorio non debbono essere utilizzate allo scopo di causare il fallimento della democrazia e della partecipazione, sempre più affermata e perseguita, divenendo un riferimento nella valutazione della classificazione internazionale ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Anche tra operatori bisogna acquisire nuove norme di comportamento, in cui lo scambio delle opinioni sia libero e continuo senza produrre fenomeni di mobbing o di istigazione a disobbedire le leggi ed i diritti liberali. Mi viene in mente lo sciopero o meglio la serrata, degli ambulatori privati convenzionati di fisioterapia quando tempo fa l'associazione dei terapisti della riabilitazione d'intesa con le associazioni dei disabili aveva chiesto una sanità pubblica più efficiente, chiedendo più servizi e più assunzioni. Allora i terapisti sono stati beffati dai loro datori di lavoro, costretti a fare uno sciopero che andava contro i loro diritti, e che li ha messi a rischio disobbedendo alla legge e non rispettando il codice deontologico professionale.

Oggi sembra fuori discussione il pieno rispetto dei diritti di libertà del cittadino da parte dei pubblici poteri. Ed in effetti nuovi atti normativi si aggiungono per riempire

di contenuti gli spazi segnati dai precetti costituzionali. Così il mutato rapporto tra Autorità e cittadino si coglie anche attraverso il nuovo atteggiarsi di vari istituti (vedi ad es. il diritto di accesso agli atti della P.A.). Riaffermata quindi la supremazia del principio di libertà rispetto al principio di autorità, tutto dovrebbe scorrere tranquillamente. E invece l'esperienza di ognuno di noi quotidianamente ci pone frequentemente di fronte ad episodi di collisione tra libertà ed autorità nei rapporti tra cittadino e potere costituito. Possiamo ipotizzare che ciò avvenga quando vi sia un'errata interpretazione della legge o quando non risulti corretto l'uso del potere da parte di chi concretamente lo esercita. In parole povere recitando il proverbio "tra il dire ed il fare c'è di mezzo il mare".

Voglio concludere volgendo l'attenzione alla "Carta dei diritti dei bambini in ospedale" (Progetto di ricerca del Ministero della Sanità ICS 060.1- RF 99.76), dove si afferma che "Tenuto conto che il bambino non ha tutti gli strumenti per utilizzare appieno una informazione adeguata ed esprimere un assenso/dissenso in merito a decisioni legate alla malattia, va tuttavia considerato che il silenzio aumenta le paure" (Articolo 8 "Posso dire se sono d'accordo sulle cure"). Il bambino ha diritto ad essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso alle pratiche sanitarie che lo riguardano.

A cui si aggiunge che "Il bambino ha il diritto ad essere coinvolto nel processo di espressione dell'assenso/dissenso ad entrare in un progetto di ricerca - sperimentazione clinica. In caso di rifiuto ad entrare nel progetto, i sanitari hanno comunque l'obbligo di garantire al bambino le cure convenzionali". (Articolo 9 "Posso dire se sono d'accordo a ricevere nuove terapie").

Impariamo ad ascoltare il dissenso, anche se ci sembra oltraggioso, ed a sentire anche le parole non dette.

\*Fisioterapista A.O.U. Policlinico "G. Martino"  
Università degli Studi di Messina

AA. VV., *Storie di palestra*, Santorso (VI) 2003

V. Borruso, *Vite difficili*, Palermo 1994

R. Guardini, *Lettere teologiche ad un amico*, tr. it., Milano 1979

G.W.F. Hegel, *Lezioni sulla filosofia della religione*, tr. it., Milano 1974

C.G. Jung, *Ricordi, sogni, riflessioni*, Milano 1990

O.M.S., *ICF*, Trento 2002

M. Praz, *La carne, la morte e il diavolo nella letteratura romantica*, Firenze 1999

Provincia di Torino, *Le Carte dei Diritti*, Torino

S. Sontag, *La malattia come metafora*, 2a ed. Milano 2002

## ISCRIZIONI AIFI 2005

- per aderire all'Associazione nazionale
- per usufruire dei servizi erogati in tutta la regione
- per collaborare al lavoro svolto dall'AIFI
- per ricevere la tessera associativa
- per ricevere le riviste dell'Associazione
- per denunciare l'abusivismo
- per tutelare la salute dei cittadini



# La realtà di LeDoux: essere è sinapsi

di Angelo Ginestra

La scienza riabilitativa ha assunto un particolare ruolo di rilievo ed una autonoma fisionomia nell'ambito della medicina attuale perché ha saputo cogliere ed utilizzare i contributi scientifici che alcune discipline le hanno messo a disposizione per elaborare percorsi terapeutici idonei a rispondere in modo sempre più preciso a bisogni, come il recupero funzionale, che oggi godono di un'attenzione e di un riconoscimento sociale sempre maggiore. In questo quadro le neuroscienze sono da sempre oggetto di interesse per il riabilitatore perché hanno storicamente fornito apporti scientifici significativi che i diversi autori hanno posto come fondamento per la costruzione di proposte riabilitative valide ed efficaci.

Joseph LeDoux, uno fra i più illustri studiosi di neurobiologia, docente al *New York University's Center for Neural Sciences*, è autore di un testo di recente pubblicazione (*Il Sé sinaptico*, Raffaello Cortina Editore, 2002), di indubbio interesse per l'appunto tra quanti sono interessati a conoscere gli sviluppi più recenti delle neuroscienze. LeDoux è noto per i suoi studi sulle basi neurali degli stati emotivi, soprattutto quelli legati alla paura, che in quest'opera vengono rivisitati alla luce delle acquisizioni più recenti, specialmente quelle inerenti il rapporto tra studi sull'emozione negli animali e nel cervello umano.

La domanda con cui LeDoux inizia il suo percorso, non ancora esplorata a fondo da molti neuroscienziati, è cosa sappiamo dei meccanismi cerebrali del Sé e della personalità, cioè se è possibile pensare al Sé e alla personalità come ad un insieme di processi cerebrali in una continua attività grazie alla loro capacità di apprendere e ricordare. LeDoux approfondisce la sua ipotesi di risposta e considera il Sé come espressione dei pattern di interconnessione tra i neuroni. Pur partendo da questo assunto, tale teoria non è alternativa ad ipotesi diverse che considerano il Sé di altra natura: psicologico, sociale, morale, estetico o spirituale, ma è piuttosto una ipotesi di spiegazione del modo in cui questi altri Sé si realizzano. Quindi, una conoscenza approfondita del cervello è indispensabile per migliorare la qualità della vita tout court e "per mettere a punto nuove modalità di trattamento dei disturbi neurologici". Per giustificare la "natura sinaptica" dell'uomo diventa inevitabile, in primo luogo, prendere posizione su una questione fondamentale, che sempre ha interessato coloro che hanno cercato di delimitare i confini di ciò che è una scienza dell'uomo, cioè comprenderne a fondo il contributo della natura e della cultura.

Per LeDoux natura e cultura "parlano lo stesso linguaggio", ovvero contribuiscono in egual misura all'organizzazione sinaptica del cervello. Non a caso i sistemi cerebrali si caratterizzano per la loro plasticità, cioè per la loro capacità di modificarsi attraverso l'esperienza, che quindi modifica le sinapsi coinvolte: si realizza così una relazione lineare tra apprendimento e plasticità sinaptica come capacità innata di registrare e conservare l'informazione per codificare le esperienze.

La memoria, in quanto "esito sinaptico dell'apprendimento", diventa fondamentale nella costruzione di una personalità coerente, e il mistero della personalità dipende in maniera cruciale dalla comprensione delle funzioni del cervello che non sono accessibili alla coscienza: in altre parole i processi che regolano la vita mentale e che spiegano "il pacchetto di protoplasma psico-spirituale e socio-culturale" che chiamiamo Sé.

A questo proposito vengono approfondite le conoscenze sui circuiti neurali che sono alla base delle capacità mnestiche, sia quelle *esplicite*, che consentono cioè di ricordare coscientemente quanto accaduto nel passato, sia le *implicite*, che intervengono maggiormente nel modo in cui agiamo piuttosto che su quello che sappiamo. Degni di attenzione gli studi ormai storici di Karl Lashley che addestrava dei ratti ad apprendere compiti specifici e in seguito rimuoveva le parti di corteccia in cui riteneva avessero sede i processi cognitivi. Egli individuò il *principio dell'azione di massa*, ovvero che gli effetti di danni cerebrali sulla memoria dipendono maggiormente dalla quantità di tessuto rimosso piuttosto che dall'effettiva area colpita, e il *principio dell'equipotenzialità*, secondo cui aree diverse contribuiscono in ugual modo alla memoria e, in caso di danno ad un'area, le altre la sostituiscono.

Un contributo decisivo alla conoscenza dell'organizzazione della corteccia nella funzione cognitiva della memoria fu dato dallo studio di Henry, un paziente epilettico divenuto amnesico a seguito di un intervento in cui vennero asportate aree del lobo temporale, principalmente l'ippocampo, come rimedio alla intensità degli attacchi. La scoperta interessante di Brenda Milner fu che Henry era in grado di ricordare eventi trascorsi anche parecchi anni prima dell'intervento, ma non era capace di avere memoria di esperienze successive all'intervento: si riconosceva in vecchie foto ma non allo specchio. Allo stesso modo era in grado di eseguire compiti che dipendevano da un apprendimento precedente o di imparare a riconoscere stimoli in base a loro raffigurazioni incomplete, fenomeno oggi noto come *priming*. Studi successivi hanno avvalorato la tesi secondo cui l'ippocampo e le aree ippocampali siano implicati nella memoria cosciente o *dichiarativa*, e che altri sistemi cerebrali medino differenti forme di memoria, come la memoria procedurale o *non dichiarativa*. Una caratteristica fondamentale della memoria dichiarativa è il suo essere relazionale, nel senso che una sua attivazione comporta una successiva attivazione di altre memorie dichiarative, così che queste possono essere attivate indipendentemente dal contesto di origine e dagli stimoli inizialmente responsabili dell'apprendimento.

Quindi, una distinzione significativa emersa dallo studio dell'amnesia è quella tra l'*amnesia retrograda*, cioè l'incapacità di ricordare gli avvenimenti precedenti all'intervento neurochirurgico o al danno cerebrale, e l'*amnesia anterograda*, che è l'incapacità di formare nuove memorie. È interessante osservare che l'amnesia retrograda è

peggiore per le memorie recenti più che per quelle remote, secondo quella che è nota come legge di Ribot, secondo la quale “il nuovo viene distrutto prima del vecchio”. Una ragione di ciò è oggi attribuita al ruolo diverso che svolge l'ippocampo nel tempo: all'inizio è necessario per l'immagazzinamento mnestico ma dopo, avvenuto il consolidamento, inizia una lenta interposizione dell'informazione nelle reti corticali. Per spiegare tale situazione alcuni autori hanno elaborato una risposta suggerita dai risultati di simulazioni al computer, utili anche per la comprensione dell'apprendimento. Secondo tale *modello connessionista* è più facile acquisire nuove informazioni introducendole gradualmente nel magazzino della memoria, piuttosto che immettendole tutte insieme. Questa forma di apprendimento, detto *interposto*, che fa sì che le nuove informazioni possano interferire con le vecchie, è di grande interesse perché permette la costruzione di nuove rappresentazioni gradualmente, attraverso lente ripetizioni di nuovi stimoli. In tal modo, in caso di ripresentazione della situazione stimolo, l'ippocampo mette in azione il pattern di attivazione corticale generato durante l'esperienza di origine, realizzandosi in ogni riattuazione una lieve modifica delle sinapsi corticali. Pertanto l'ippocampo, anche alla luce degli studi di Faraneh Vargha-Kadem e Mortimer Miskin sulle capacità di apprendimento di bambini con danni all'ippocampo, sembra implicato nel ricordo delle esperienze personali piuttosto che nel ricordo dei fatti: cioè più nelle *memorie episodiche*, che riguardano le esperienze personali, che nelle *memorie semantiche*, che riguardano i fatti, ovvero gli eventi conosciuti ma non esperiti.

Ma, se “la vita è cambiamento, e il cervello è il dispositivo per registrare i mutamenti, per formare memorie attraverso l'apprendimento” diventa cruciale sapere come l'esperienza modifica le sinapsi e cosa consente ai cambiamenti di durare nel tempo. Lo psicologo canadese Donald Hebb ha elaborato una teoria sinaptica della memoria nota come teoria dello “scarica e connetti” o plasticità hebbiana, secondo la quale l'attivazione contemporanea di input forti e deboli verso una cellula fa in

modo che venga potenziata l'efficienza della via debole. L'apprendimento hebbiano spiega, quindi, il modo in cui si verificano dei cambiamenti nella forza di connessione fra neuroni. Storicamente, una delle ricerche più significative sulla memoria è quella di Terje Lømo e Tim Bliss sul potenziamento persistente ottenuto con la stimolazione elettrica di vie afferenti all'ippocampo, fenomeno noto come *potenziamento a lungo termine* (PLT). Secondo tale meccanismo gli impulsi di potenziamento generano una risposta sinaptica maggiore rispetto alla risposta di base: è questo il dispositivo in grado di trasformare l'attività neurale determinata da stimoli ambientali in modificazioni della funzione sinaptica. Proprietà del potenziamento a lungo termine, oltre alla specificità, cioè la modificazione esclusiva delle sinapsi stimolate, sono non solo la sua rapida induzione e la sua persistenza nel tempo, ma anche le interazioni associative tra afferenze presinaptiche e i neuroni postsinaptici.

Pertanto “la sola cosa che un'area cerebrale sa di un'altra è lo stato delle sue sinapsi. Si modificano le sinapsi in una sola area e, come tessere di domino messe in fila, anche le sinapsi in altre aree risulteranno alterate”.

In tale contesto l'esperienza gioca un ruolo fondamentale in quanto “modifica il cervello” quando viene memorizzata come cambiamento in determinati sistemi sinaptici durante l'apprendimento. Tuttavia, anche se il PLT pare rappresentare il modo in cui si modificano le sinapsi durante l'apprendimento, “il pensiero non può essere pienamente compreso, se non si tiene conto di emozioni e motivazioni”, componenti che hanno un ruolo importante nella costruzione della coscienza. Interessante al riguardo la teoria del *Sé operante* di Nancy Cantor e Hazel Markus, una costruzione dinamica del proprio essere che rappresenta Sé passati (chi siamo stati) e Sé futuri (chi vorremo essere) e guida l'azione condizionando percezione, attenzione pensiero e memoria.

Sembra evidente, quindi, che il Sé è costruito da sistemi cognitivi, emotivi e motivazionali che operano sia in modo esplicito che in modo implicito nell'esecuzione di ogni attività vitale.

## Riabilitazione Cultura

ONLUS

c/o Centro Studi di Neuroriabilitazione Cognitiva

Direttore Scientifico: Prof. C. Perfetti

## Riabilitazione Cognitiva

Quadrimestrale di Scienza del Recupero

Abbonamento per l'anno 2005: € 42.00 individuale

€ 104.00 istituzionale

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

Tel 0445 599750; fax 0445 599752 - email: villamiari@tiscalinet.it

# Riflessioni ruggenti 'vecchio stile'

di Lucio Vecchio\*

Il Congresso regionale del 12 giugno 2005 mi ha fatto molto riflettere. Già essersi incontrati, tra fisioterapisti, all'Università di Palermo, per il corso integrativo per conseguire la Laurea di primo livello aveva contribuito a favorire la comunicazione e a scambiarsi fatti, storie, esperienze. Sono a dir poco felice di aver visto tanto fervore e di essere stato tra tanti colleghi.

Ora che abbiamo superato gli esami e siamo prossimi alla tesi non c'è più stata l'occasione di vederci in modo così sistematico e, come punto di incontro e riferimento resta solo l'AIFI. So anche che qualche collega ha delle resistenze, non mi chiedo neanche il perché, ma so che all'AIFI, comunque, qualcosa 'tutti' la dobbiamo, e so, inoltre, che è l'unico punto di aggregazione che abbiamo a disposizione ed è inutile non coglierne i lati positivi. Fuori c'è chi non ci ama e al contempo ci contrasta, figuriamoci ora che siamo tutti "dottori".

Ma, fermo restando i temi discussi nel Congresso regionale, ad esempio, *la valorizzazione del profilo professionale, la verifica in trincea sui decreti sui LEA* (se vengono 'onorati' dai centri accreditati i tempi di trattamento di recupero funzionale, per ottenere da parte della collettività un corretto rapporto costo-benefici), *i carichi di lavoro*, etc, alcune considerazioni vanno fatte, perché è tempo di rivendicare ciò che è dovuto alla nostra professionalità ed anche a noi.

L'anno prossimo, con buona pace di tutti, andrò in pensione, sono alla fine della carriera, una bella carriera da fisioterapista (mi sono concesso un solo lusso: partecipare al corso integrativo presso l'università di Palermo per conseguire la Laurea di primo livello) e ogni tanto mi sorprendo a fare il consuntivo: certo, se i terapisti fossero stati dei professionisti e non dei "para..." già 30 anni fa, quante cose sarebbero state diverse e oggi superate. Comunque sono felice, perché oggi siamo centinaia, anzi migliaia e c'è, checché se ne dica, una classe dirigente che nel tempo si è formata, che comunque ci ha portato avanti, e sono convinto ci porterà a nuovi e più gratificanti e desiderati traguardi. Perciò rendo merito a tutti i colleghi che hanno lavorato, rischiato e sono stati capaci, senza demordere, di bere i calici amari che la sorte, taluni politici, qualche "lobby" (sic!) e moltissimi colleghi a dir poco miopi hanno loro servito. Dicevo della classe dirigente e non mi riferisco agli attuali, che rispetto, ma anche a quelli che, prossimamente e forse per taluno a propria insaputa, saranno chiamati a farne parte. A chi lo desidera esserlo dico solo: è importante essere dirigenti, ma è pure importante essere "umili gregari", purché si faccia gruppo. I deboli in natura hanno strutturato la strategia della mandria, calpestando da milioni di anni il pianeta ed hanno scarsa probabilità di estinzione. Noi fisioterapisti, non siamo una lobby, né siamo potenti, ci resta allora solo il gruppo. E lo dice una persona che avrebbe potuto a buona ragione pretendere qualche incarico

senza incontrare resistenze: ho preferito lasciare il lavoro sporco, le perdite di tempo, i rischi e la gloria agli altri, che oggi ringrazio a modo mio.

Oggi abbiamo tutele legislative, siamo professionisti, in gran numero ci avviamo alla laurea di primo livello e i più accorti e birbanti alla specialistica: complimenti di cuore e auguri. Ma ci restano alcune ombre: troppi colleghi sono "prigionieri" di centri privati ove sono schiavizzati, mobbyzzati, sottopagati.

Per essere espliciti parlo dei contratti di lavoro. Tre aspetti meritano attenzione: la parte normativa, la parte economica e i carichi di lavoro.

La parte normativa è, anche se non sembra, l'aspetto più importante; da sempre scarsamente considerata dai colleghi, ancora oggi sembra pensata all'inizio del secolo scorso. Sanzioni disciplinari, permessi vari e per studio, orari di lavoro, pause per le merende, organizzazioni gerarchiche e 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 - partecipa la responsabilità, non me ne voglia nessuno, dei sindacalisti trattanti, nel tempo forse stanchi o disattenti, se non digiuni della materia - 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 una idea strisciante: che siamo dei manigoldi da trattare con la frusta.

Parte economica: 'qui casca l'asino'. I fisioterapisti che lavorano nel pubblico sono sottopagati, a parere mio, ma sono meglio remunerati rispetto ai colleghi del privato, dove i contratti arrivano con anni di ritardo, dove gli arretrati dovuti sono sempre "una tantum", fregando migliaia di euro, dove gli inquadramenti tabellari sono al ribasso e manifestamente errati (abbiamo, ancora oggi mentre scrivo, colleghi al livello C1). Qualcuno mi insegnò tanto tempo fa che il lavoro è una obbligazione primaria che fa il paio con il denaro, altra obbligazione primaria: cioè lavoro in cambio di denaro. Ma qui 'casca un altro asino'. La regione Sicilia dà le rette ai centri privati costruendole su alcuni parametri, ad esempio i carichi di lavoro, che qui da noi si chiamano "standards" (decreto 15/02/1992): un fisioterapista deve avere un certo numero di pazienti e su questo si calcolano le rette; inoltre, un terapeuta deve avere un contratto di lavoro. La regione su questi aspetti ha il potere di controllo. Parrebbe tutto scontato, ma... il contratto, la parte datoriale, lo differisce nel tempo e poi, per gli anni trascorsi, dà una "una tantum", fregando migliaia di euro; ancora, sempre nel contratto, gli inquadramenti sono difforni in aree diverse del 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 alla lira (euro).

Il centro, ad esempio di "Roccacannuccia" ha così un

un indebito utile sia per gli inquadramenti difformi, sia perchè risparmia sugli arretrati. Ed il sindacato dorme: sia quelli confederali, sia quelli autonomi. Mi farebbe specie che qualcuno interessato si sentisse qualche nervetto scoperto e avesse da ridire su anni di tali furberie e non ne volesse pagare almeno il conto morale. C'è un altro utile nascosto tra le pieghe: i carichi di lavoro.

Sempre in Sicilia godiamo del succitato Decreto sugli standards che prevede:

- Struttura internato: 12 fisioterapisti ogni 60 Posti Letto = 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.

Quindi, poniamo il caso che, sempre nel centro di "Roccacannuccia", a un fisioterapista venga affidato un numero superiore di assistiti, e questo lo si evince dai fogli di presenza, sorgono almeno due problemi: la qualità della riabilitazione e l'indebito guadagno del centro che opera con carichi di lavoro maggiori.

Certamente i colleghi queste cose le sanno e per mille ragioni "abbozzano", né io pretendo che tutti i colleghi siano dei leoni. E allora l'unica strategia è la mandria! Ma una mandria che si muove, travolge. Adesso che ho

sputato il rospo, non direte più che non sapevate.

*Svegliatevi:* chiedete ciò che vi appartiene, e svegliate i vostri rappresentanti sindacali ai quali chiedete ciò che vi spetta, almeno per il fatto che l'iscrizione al sindacato è un patto che va onorato: noi con la quota di iscrizione, i dirigenti sindacali con CCNL omogenei sia nel pubblico, sia in tutto il privato.

*Svegliatevi:* chiedete al potere pubblico i controlli sia sui contratti, per le parti normativa ed economica, sia sui carichi di lavoro.

*Svegliatevi:* difendete in gruppo la vostra dignità professionale, che sarà difendere anche le vostre responsabilità penali, perchè gli avvocati li pagherete voi e l'angoscia sarà vostra.

*Svegliatevi:* difendete il vostro 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 c'è una grande penuria di fisioterapisti e, col nostro silenzio, abilitiamo l'utilizzo di figure non pertinenti alla riabilitazione e quindi siamo tacitamente conniventi con forme sofisticate, ma non troppo, di abusivismo.

Serve una rivolta culturale, serve il risveglio, serve che tutte le leggi siano applicate, e serve che i colleghi vadano via da quei centri privati che si comportano da repubbliche delle banane.

\* Fisioterapista

### CONGRESSO NAZIONALE AIFI

21- 22 - 23 ottobre 2005

Grand Hotel Continental - Tirrenia (PI)

Largo Belvedere, 26

21 OTTOBRE 2005 - SESSIONE SCIENTIFICA

Fisioterapista e case management: dalla valutazione al programma riabilitativo

*Sessione 1*

GIS Terapia Manuale

Il management del paziente con disturbi muscoloscheletrici: evidenze scientifiche e aspetti clinici

*Sessione 2*

GIS Fisioterapia Pediatrica

Misurazione dei risultati in fisioterapia pediatrica: strumenti di valutazione e indicatori

*Sessione 3*

GIS Riabilitazione Cardiorespiratoria

Il management della persona con patologia cardiorespiratoria

*Sessione 4*

GIS Riabilitazione Arto Superiore e Mano

Il management del paziente con patologie dell'arto superiore e della mano

*Sessione 5*

GIS Riabilitazione Oncologica

Qualità di vita e qualità di cura: gestione dei percorsi riabilitativi in oncologia

21 - 22 - 23 OTTOBRE 2005 - SESSIONE POLITICA

Richiesti i Crediti Formativi E.C.M. al Ministero della Salute

Termine iscrizione: 16/09/2005

Costo iscrizione: Iscritto/a AIFI e GIS € 50.00 + Iva 20%\*

Iscritto/a AIFI € 70.00 + Iva 20%\*

Non iscritto/a € 100.00 + Iva 20%\*

\* Sono esenti Iva le fatture intestate ad enti di cui all'art. 10 del DPR 633/72

Per maggiori informazioni:

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Società Scientifica Italiana Fisioterapia & Riabilitazione S.r.l.

via Claterna, 18 00183 Roma o tel. 0677200379 - 0677200028 - fax 0677200581

scientificacorsi@virgilio.it

lettere al direttore

Sindacato, chi l'ha visto?

La presente è stata spedita per lettera raccomandata A.R. alle Segreterie delle OO.SS. FP CGIL, CISL FPS e UIL FPL firmatarie del CCNL ARIS 2002/2005 e, prendendo spunto dalla mia personale esperienza negativa, vuole porre all'attenzione delle suddette OO.SS. le problematiche perennemente irrisolte nell'ambito della sanità privata e lo stato di profonda mortificazione della professionalità e di disagio degli operatori che afferiscono a questa area della sanità. Sono un fisioterapista, svolgo la mia attività a Catania e sono dipendente di un Ente accreditato col SSN, assunto con il CCNL ARIS. Essendo stato ammesso, quale vincitore di concorso, al Corso di Laurea Specialistica per le Professioni Sanitarie della Riabilitazione presso l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro, avevo fatto richiesta scritta all'Amministrazione dell'Ente presso cui presto servizio, del riconoscimento del percorso di studi e della relativa concessione dei permessi retribuiti per la frequenza (che è obbligatoria) alle lezioni. Pensavo che il diritto allo studio fosse un diritto ormai acquisito! Ed invece no: con mia grande sorpresa ed amarezza l'Amministrazione mi risponde per iscritto che il vigente CCNL, recentemente rinnovato, non prevede la concessione delle 150 ore per il diritto allo studio e che l'art. 31 comma 1/b prevede esclusivamente la concessione del permesso retribuito limitatamente ai giorni necessari per sostenere le prove d'esame. Consultando il CCNL, effettivamente ho constatato la rispondenza di ciò che l'Amministrazione mi aveva risposto. Come mai? Cosa è accaduto al momento della contrattazione per il rinnovo del Contratto? Come mai i Sindacati hanno fatto passare una norma così discriminante? Questo CCNL è forse l'unico Contratto in ambito sanitario che non prevede la

concessione di permessi retribuiti per motivi di studio e prevede le 150 ore per il diritto allo studio esclusivamente per l'acquisizione della scuola dell'obbligo. Quest'ultima parte mi sembra, fra l'altro, del tutto anacronistica! Siamo nel 2005: quale è la percentuale dei dipendenti che deve ancora acquisire la scuola dell'obbligo? Ed ancora: che fine hanno fatto i tanti proclami fatti in sede di piattaforma per il rinnovo del CCNL 2002/2005 da parte dei Sindacati nel prevedere un unico Contratto che non ponga differenze fra pubblico e privato e fra Contratto e Contratto e non penalizzi i lavoratori che svolgono la stessa professione sia nella concessione dei benefici, che nella progressione di carriera orizzontale e verticale? Esistono lavoratori di serie A e di serie B? Purtroppo mi sembra di sì! Con un CCNL così strutturato come si possono favorire i processi di sviluppo professionale, i modelli organizzativi innovativi e valorizzare le funzioni di responsabilità, tanto sbandierati in sede di piattaforma rivendicativa? La piattaforma prevedeva anche di rideterminare il diritto allo studio e di renderlo esigibile! Per non parlare poi della contrattazione decentrata che doveva essere il perno fondamentale per migliorare l'organizzazione del lavoro ed ottenere anche il giusto riconoscimento e la valorizzazione delle varie professioni sanitarie operanti nell'ambito della Sanità Privata: sarà mancanza di incisività, incapacità, superficialità, o disinteresse dei rappresentanti sindacali aziendali e dei sindacati in generale? Questo è il risultato di tutte le rivendicazioni: un CCNL che mi mortifica come persona e come professionista, che crede nel proprio lavoro ed investe tempo, risorse e fatica nel miglioramento della propria professionalità e nell'ampliamento del proprio bagaglio di cultura e di competenza e priva di qualsiasi riconoscimento lo sforzo di chi vuole cre-

scere professionalmente, negandogli fondamentali diritti per altre categorie ormai ampiamente riconosciuti. Grazie, Sindacati!

Giovanni Larcán

*La sua esperienza mostra in modo evidente come sebbene tra il contratto collettivo pubblico e quello privato esista una sostanziale equiparazione sul piano economico, lo stesso non può dirsi sul piano dei diritti, così da determinarsi di fatto una discriminazione tra lavoratori che svolgono la stessa funzione in strutture diverse.*

*Purtroppo questa condizione è particolarmente sfavorevole per un gran numero di colleghi in virtù del fatto che la gran parte delle attività di riabilitazione nella nostra regione sono demandate al privato preaccreditato che non sempre, anzi quasi mai, favorisce la piena attuazione di tutti gli istituti contrattuali.*

*Spesso, infatti, alcuni colleghi si rivolgono all'Associazione per chiedere consigli sulla risoluzione di problemi che hanno una natura esclusivamente sindacale.*

*Ciò anche perché ancora non è maturata in tanti la necessità di conoscere in modo approfondito il proprio contratto ed esigere comunque il rispetto di quanto previsto. In questo senso c'è stata e c'è ancora una latitanza di chi istituzionalmente è deputato alla difesa dei diritti dei lavoratori e che spesso, invece è più preoccupato, quando è presente, di fare tessere e dispensare favori.*

*È auspicabile allora che, se tra i nostri lettori ci sono anche degli addetti ai lavori, facciano sentire la loro presenza, dimostrando nei fatti un impegno concreto anche e soprattutto per modificare, in sede di contrattazione nazionale, quelle norme che mortificano la dignità dei lavoratori.*

*Ma non sarebbe disdicevole neppure un impegno costante per conoscere le difficoltà presenti nei posti di lavoro e non fare sentire soli i lavoratori con i loro problemi.*

# Verso nuove autonomie professionali

di Filippo Guccione\*

Come già ampiamente approfondito anche nelle pagine di questa rivista, il patrimonio di conoscenze e competenze esclusive del fisioterapista comprende il Profilo Professionale (D.L. 14 settembre 1994, n.741 pubblicato su G.U. n.6 del 9.1.1995), il Codice deontologico, l'Ordinamento didattico del Corso di Laurea. Riguardo a quest'ultimo, di fondamentale importanza è stata l'individuazione di percorsi formativi omogenei avvenuta attraverso l'approvazione della tabella XVIII ter (D.M. 24 luglio 1996 n.168 pubblicato sulla G.U. 14 ottobre 1996 n. 24), aggiunta al decreto interministeriale relativo all'ordinamento didattico dei corsi di Diploma Universitario di area sanitaria per le figure professionali approvate dal Ministero della Sanità.

La tabella XVIII ter, recante gli ordinamenti didattici dei corsi di Diploma Universitario dell'area sanitaria, è stata così aggiunta all'elenco delle lauree e dei diplomi di cui alla tab. 1 dell'ordinamento didattico universitario, annessa al R.D. 1652/1938 e successive modificazioni.

Il decreto sancisce solennemente all'art.1 che "la formazione deve garantire, oltre ad una adeguata preparazione teorica, un congruo addestramento professionale tecnico-pratico, nella misura eventualmente stabilita dalla normativa dell'Unione Europea". Si conferma pure che i corsi hanno durata triennale e si concludono con un esame finale (esame di Stato abilitante) a seguito del quale è rilasciato il relativo titolo professionale. Il Decreto prevede la possibilità di istituire corsi di ulteriore formazione, formazione complementare e corsi di perfezionamento, ai sensi del DPR 162/82 (art. 1.3). Anche nell'istituzione dei Diplomi Universitari è fatto obbligo di assegnare gli studenti a tutor che ne coordinino la formazione tecnico-pratica. Per l'attività didattica viene introdotto il SSD destinato all'attività didattica frontale del fisioterapista. L'obiettivo didattico dichiarato del Corso è quello di "far conseguire allo studente le basi per la conoscenza dei fenomeni biologici e patologici e le basi di fisiopatologia necessarie per procedere al recupero funzionale delle diverse situazioni cliniche suscettibili di recupero funzionale neuromotorio e delle funzioni viscerali...".

Il riordino del SSN, iniziato con il D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502, ha attivato un profondo processo di cambiamento istituzionale e organizzativo, accentuato dalla recente normativa introdotta dal D.lgs 19 giugno 1999 n. 229. Tale decreto prevede l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale viene identificato nell'attività successiva al corso di Diploma, Laurea, Specializzazione, formazione complementare, formazione specifica, ed è diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. L'aggiornamento professionale pertanto, assume contenuti essenzialmente correlati all'esercizio individuale della professione da parte dei singoli professionisti. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità clini-

che, tecniche e manageriali e ad adeguare i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza fornita dal SSN. Tale formazione continua si acquisisce attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati ed attività di ricerca, di sperimentazione e sviluppo: rappresenta requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente delle Aziende sanitarie e delle strutture private e di libero professionista.

A livello nazionale, il Ministero della Salute ha costituito la Commissione nazionale per la formazione continua. Tutto ciò allo scopo di consentire una maggiore garanzia di uniformità sul territorio nazionale in termini di contenuti e di efficacia dei diversi eventi formativi.

La valutazione degli eventi formativi sarà effettuata non solo dalla Commissione nazionale ma altresì dalle società scientifiche e dagli altri soggetti pubblici e privati accreditati. Oltre ai soggetti istituzionali, vengono accreditate le Federazioni Nazionali degli Ordini, le Società scientifiche e le Associazioni professionali dei vari settori specialistici maggiormente rappresentativi.

In riferimento al recepimento delle direttive europee in materia di formazione, è stata di fondamentale importanza la riforma universitaria, infatti, il DM 509 del 1999 e la L. 270/04 hanno determinato, a seguito del processo di europeizzazione, anche in Italia profondi cambiamenti affermando la consapevolezza della necessità di conferire alla costruzione europea un'articolazione maggiormente differenziata e completa, rinforzandone in particolare le dimensioni intellettuali, culturali, sociali, scientifiche e tecnologiche, con il fine ultimo di consolidare e arricchire la cittadinanza europea. Tale riforma organizza i corsi di studio in:

- Laurea (L), CFU 180, triennale;
- Master Universitario di I° livello, CFU 60, annuale;
- Laurea specialistica, oggi Laurea Magistrale, CFU 120, biennale;
- Master Universitario di II° livello, CFU 60, annuale;
- Corso di specializzazione, in applicazione di specifiche norme di legge europee;
- Corsi di Dottorati di Ricerca.

Tutto ciò consente un sistema di semplice leggibilità e comparabilità, al fine di favorire l'immediata idoneità all'impiego dei cittadini europei e la competitività internazionale del sistema europeo dell'istruzione superiore.

Il DM del 2 aprile 2001 determina le classi di laurea e delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie che, adeguandosi alla realtà europea, modifica il nome della professione; anche l'Associazione Italiana Terapisti della Riabilitazione cambia nome e diventa Associazione Italiana Fisioterapisti e si dota di un codice deontologico, perseguendo le medesime finalità.

Oggi mi sembra che la cultura sociale sia la più vicina a riconoscere la professionalità del fisioterapista, anche se tale riconoscimento sembra ancora distante da parte della professione medica del SSN e della docenza medica universitaria. Il riconoscimento sociale è dovuto alla diffusa necessità di interventi riabilitativi, e quindi alla fruizione diretta di cure riabilitative che mettono i pazienti in condizione di riconoscere direttamente l'importanza del possesso di elevate qualità scientifiche e professionali, perché vedono nella professionalità il requisito migliore per le giuste garanzie sulla qualità delle cure riabilitative a loro destinate.

È ormai assodato il fallimento di un modello gestionale, che nel passato vedeva nella centralità del ruolo medico un protagonista esclusivo a cui venivano demandate appieno le competenze e il coordinamento sulle funzioni amministrative, tecniche, infermieristiche e su tutte le professioni sanitarie, ivi compresa la riabilitazione. L'evoluzione legislativa di indirizzo ha avviato un sistema che sta trasformando radicalmente la domanda, qualificandone più che il destinatario essenziale (medico), il proponente (paziente) che oggi, ed è il segno della inversione di tendenza, è assistito dalle più ampie garanzie e credito. L'aziendalizzazione richiede strategie di controllo, di verifica dei sistemi di erogazione del servizio e di aderenza agli obiettivi prefissati, e a verificare se le condizioni di fattibilità rientrano nei criteri aziendali; ove dette verifiche si rivelassero positive, le autonomie di cui sono connotate le aziende erogatrici di prestazioni assistenziali, potranno consentire una immediata ed utile adozione di modelli organizzativo-gestionali sperimentali o sperimentati.

E proprio partendo dal bisogno del paziente "utente" che dobbiamo costruire un binario in cui le professioni sanitarie assumano il ruolo di un rapido e sicuro vettore di congiunzione tra i bisogni del paziente e le risposte del medico che deve poter svolgere con serenità il pro-

prio lavoro senza incombenze che lo impegnino e distraggano dalle proprie competenze professionali.

In un ambiente politico-legislativo che tende a razionalizzare economizzando al massimo anche sul comparto sanitario-assistenziale si impone, quale elemento qualificante della programmazione, la necessità di una riorganizzazione del SSN che individui modelli organizzativi ispirati a principi di efficienza, efficacia ed economicità, nonché di soddisfazione e gradimento dell'utente. Con il nuovo sistema dovremmo avere professioni che a pieno titolo esercitano la loro attività in autonomia, in collaborazione e con il dialogo anche con la classe medica che così vedrebbe accrescere, anche nella qualità, la risposta, che spesso sono chiamati a dare, alle richieste di bisogno di salute da parte dei pazienti. Tutto ciò non può che far bene alla sanità, perché è nella qualità del servizio, che è legata, indubbiamente, alle risorse finanziarie che vi si immettono, alla diffusione di nuove tecnologie, alla funzionalità delle strutture, ma anche alla partecipazione attiva e responsabile del maggior numero degli operatori. Responsabilizzare i fisioterapisti, gli infermieri e gli altri professionisti è un passo obbligato. Un sistema a responsabilità più diffusa, in una struttura meno piramidale, porta i livelli decisionali più vicini al malato ed ai suoi bisogni reali. Questo è importante perché il "problema" della nostra sanità non deriva dalle carenze della formazione medica in quanto, da questo punto di vista, rientriamo ampiamente negli standard internazionali più elevati. Il vero problema è rappresentato, invece dall'organizzazione dei servizi sanitari che, spesso, è scadente, nonché condizionata dal sistema di conduzione politicizzata, ma anche dalla mancata accettazione, da una parte della professione medica, di un sistema che non lo vede più al centro.

\*Responsabile Ufficio di Coordinamento e Tutorato  
Corso di Laurea in Fisioterapia Università di Palermo

## AVVISO URGENTE

*Richiedi l'inserimento all'o.d.g. dell'Aula del Senato della Repubblica del DDL Testo unificato n° AS 3236 - 1928 - 1645 - approvato dalla 12° Commissione sanità. Invia questa lettera via fax alla segreteria del Presidente del Senato sen. Marcello Pera (tel. 06 67062022).*

Alla cortese attenzione del Presidente del Senato Sen. Marcello Pera

Ai Capi Gruppo Parlamentari del Senato

Sen. Schifani, Sen. Angius, Sen. Nania, Sen. Bordon, Sen. D'Onofrio, Sen. Marini, Sen. Pirovano, Sen. Thalerusserhofer, Sen. Boco

Al Ministro della Salute On. Francesco Storace

Al Sottosegretario del Miur Sen.ce Maria Grazia Siliquini

Al Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato Sen. Tomassini

Ai Membri della Commissione Igiene e Sanità del Senato

Sen. Danzi, Sen. Mascioni, Sen. Cozzolino, Sen.ce Baiodossi, Sen.ce Bettoni Brandani, Sen.ce Bianconi, Sen.ce Boldi, Sen. Carella, Sen. Carrara, Sen. D'ambrosio, Sen. Danieli, Sen. Di Girolamo, Sen. Falomi, Sen. Formisan, Sen. Gaglione, Sen. Longhi, Sen. Rollandin, Sen. Salini, Sen. Salzano, Sen. Sanzarellò, Sen. Tatò, Sen. Tredese, Sen. Ulivi

Loro Sedi

Gentile Signor Presidente del Senato della Repubblica, Gentili Signori Presidenti dei Gruppi Parlamentari, Gentile Signor Presidente della Commissione Igiene e Sanità e Gentili Senatori Membri della Commissione Sanità, Gentile Signor Ministro della Salute e Gentile Signor Sottosegretario al Miur

In considerazione del lunghissimo, ma produttivo, iter parlamentare svoltosi in seno alla Commissione Igiene e Sanità del Senato sul DDL Unificato, denominato "TESTO UNIFICATO AS 3236 - 1928 -1645 Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini professionali", e ritenuto da tutte le forze politiche una garanzia a tutela della salute dei cittadini italiani ed europei, che afferiscono alle cure erogate in nome del nostro Servizio Sanitario Nazionale, sia dal pubblico servizio che dalle attività libero professionali, si chiede cortesemente alle SS.LL. a nome delle professioni sanitarie interessate che rappresentano in merito oltre 550.000 professionisti, di voler inserire all'o.d.g. dell'Aula tale DDL approvato dalla XIIa Commissione e concluderne l'iter presso questo ramo del Parlamento Italiano. Grati per tutto quello che le SS.LL. potranno fare, porgiamo distinti saluti.

Firmato.....

AIFI  
Regione Sicilia

Associazione  
Fisioterapia e Benessere

### FORMAZIONE IN RIABILITAZIONE

EVENTI FORMATIVI ECM 2005

#### LE SINDROMI VESTIBOLARI

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

#### LA RIABILITAZIONE DELLA MANO SPASTICA

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

#### TECNICHE NEUROMOTORIE A CONFRONTO: PROPOSTA DI PROTOCOLLO INTEGRATO

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

#### PARALISI MEDIANO, ULNARE E RADIALE

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

#### DIAGNOSTICA PER IMMAGINI PER FISIOTERAPISTI

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

#### INFORMAZIONI

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



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

Associazione Fisioterapia e Benessere - Tel. 338.8186058 - email: morano@interfree.it

CAPP  
Coop. Soc.

AIFI  
Sezione Catania

#### Corso di aggiornamento

### Aspetti diagnostici, terapeutici e medico-legali della Sindrome da Accelerazione/Decelerazione (colpo di frusta) secondo la Evidence Based Medicine

29 - 31 Ottobre 2005

Quota di iscrizione: € 370.00 iscritti AIFI  
€ 400.00 + IVA non iscritti AIFI

Destinatari: Fisioterapisti

Numero partecipanti: minimo 24 - massimo 30

Docenti: Dott. Paolo Simonazzi, Ft Ruggero Strobbe

Segreteria Organizzativa: Carmela Savoca, tel. 339.3578438 - email: melinasavoca@hotmail.com

Segreteria organizzativa: Venere Annamaria tel.338.3941650 - fax 0957461360 - email: annamariavenere@libero.it

*Richiesti crediti ECM presso il Ministero della Salute*



CAPP\*  
Coop. Soc.

AIFI  
Regione Sicilia

**corso introduttivo**  
**L'Esercizio Terapeutico Conoscitivo**  
**e la costruzione di un percorso terapeutico:**  
**il ginocchio traumatizzato**

**Durata del corso:** 16 ore in due giornate  
**Data:** 30 settembre - 1 ottobre  
**Sede:** Colleverde Park Hotel Agrigento  
**Numero partecipanti:** da un minimo di 30 ad un massimo di 40  
il corso non verrà attivato se non si raggiunge il numero minimo  
**Docenti:** Ft Dal Molin Paolo (esperto ETC)  
Ft Cavallaro Filippo (docente di 1° livello aiedct)  
Ft Fiolo Rosario (praticante 2° livello aiedct)  
**Costo:** € 200.00 iscritti AIFI  
€ 300.00 non iscritti AIFI  
**Direttore:** Cavallaro Filippo cell. 347.3007178  
**Segr. organizzativa:** Ft. M. Concetta Girgenti cell. 348.0181927  
**ECM:** avanzata richiesta (previsti 13 crediti)  
**Esame finale:** test a risposta multipla  
**Iscrizione:** è già possibile effettuare l'iscrizione presso il banco posta CAPP coop.soc.  
via M.se di Villabianca 120, Palermo - ABI 07601 CAB 04600 c/c 25998790



**Programma**

Venerdì 30 settembre 2005

08.30	Inaugurazione
09.00 F. Cavallaro	Modificazione dei sistemi viventi
10.00 R. Fiolo	Metodo e metodiche
11.00 P. Dal Molin	Il sistema funzionale: capire per rieducare!
13.00	pranzo
14.00 F. Cavallaro	Scienze di base e scienza della riabilitazione
15.00 P. Dal Molin	Il corpo ci parla: l'esempio del dialogo tra il ginocchio e il suo riabilitatore
17.00 F. Cavallaro - P. Dal Molin	La riabilitazione nella prima fase: il recupero dell'informatività
19.00	sospensione dei lavori

Sabato 1 ottobre 2005

09.00 C. Cavallaro	Ausili, ortesi e sussidi: macchine in riabilitazione
10.00 P. Dal Molin	La riabilitazione nella seconda fase: il recupero delle relazioni col mondo
11.00 R. Fiolo	Attività terapeutico-riabilitativa ed effetto sui tessuti lesionali
12.00 P. Dal Molin	La riabilitazione nella terza fase: il recupero delle prestazioni evolute
13.00	pranzo
14.00 F. Cavallaro	La cartella riabilitativa break
16.00 P. Dal Molin	La rieducazione al gesto atletico con l'esercizio
18.00	valutazione finale e schede ecm
19.00	consegna attestati

N.B. Al momento dell'iscrizione bisogna inviare la scheda d'iscrizione compilata in ogni sua parte alla CAPP coop. soc. via M.se di Villabianca 120, Palermo, oppure tramite email all'indirizzo [cettinagirgenti@tiscali.it](mailto:cettinagirgenti@tiscali.it)

La scheda di iscrizione si può scaricare dal sito [www.caponline.net](http://www.caponline.net) o dal sito [www.aifisicilia.it](http://www.aifisicilia.it)

\*Provider presso il Ministero della Salute n° 4488

AIFI  
Regione Sicilia

CAPP\*  
Coop. Soc.

**CORSO**

### **Ergonomia, prevenzione e proposte di trattamento delle patologie vertebrali da cause professionali**

<b>Durata del corso:</b>	25 ore in 4 giornate
<b>Data:</b>	dal 2 al 6 novembre 2005
<b>Sede:</b>	Centro studi CAPP coop. soc. - Via M.se di Villabianca 120, Palermo
<b>Numero partecipanti:</b>	30 - il mancato raggiungimento penalizzerà lo svolgimento del corso
<b>Docenti:</b>	Ft Meli Orazio - Ft Roccaro Carmelo
<b>Costo:</b>	€ 300.00 iscritti AIFI - € 400.00 non iscritti AIFI
<b>Materiale didattico:</b>	dispense cartacee
<b>Strumento di verifica:</b>	questionario di valutazione
<b>Segr. organizzativa:</b>	Ft M. Concetta Girgenti cell. 348.0181927
<b>ECM:</b>	avanzata richiesta (previsti 18 crediti)
<b>Esame finale:</b>	test a risposta multipla
<b>Iscrizione:</b>	è già possibile effettuare l'iscrizione presso il banco posta CAPP coop.soc., via M.se di Villabianca 120, Palermo - ABI 07601 CAB 04600 c/c 25998790



#### **Programma**

Le patologie croniche degenerative della colonna vertebrale collegate all'attività lavorativa rappresentano sicuramente un problema di grande rilevanza sociale e sanitaria nel nostro paese. In relazione agli elevati costi economici e sociali, in termini di assenze per malattie, cure, invalidità, queste rappresentano uno dei principali problemi sanitari del mondo del lavoro. Diverse ricerche epidemiologiche evidenziano come i fattori meccanici determinati da posture statiche prolungate, da movimenti continui e reiterati, dai sollevamenti e/o spostamenti di carichi, dalle vibrazioni meccaniche, da uno scorretto utilizzo dei movimenti del tronco siano da considerarsi come le cause principali di tali affezioni tra i lavoratori. Nonostante la normativa vigente, in termini di prevenzione sul lavoro, contempi interventi specifici (decr. lgs. 626/94), registriamo una carente cultura preventiva nel campo dell'ergonomia nei diversi ambienti lavorativi. Attraverso una formazione specifica rivolta ai fisioterapisti che, in riferimento alle proprie competenze professionali, potranno intervenire integrandosi in opportuni piani mirati promossi nell'ambito di servizi pubblici e/o privati si intende tutelare meglio e più efficacemente la salute dei lavoratori a rischio e contenere, così, l'enorme spesa a carico del servizio sanitario regionale per la cura e la riabilitazione dei lavoratori affetti da patologie vertebrali.

#### *I giornata*

- 08.30 Nozioni di anatomo-fisiologia e fisiopatologia della colonna vertebrale
- 09.00 Le patologie possibili causa di lombalgia
- 11.00 Anatomia e fisiologia del movimento della colonna vertebrale
- 12.00 Le funzioni della colonna vertebrale, il disco intervertebrale ed i carichi associati al movimento
- 13.00 Pausa pranzo
- 14.30 Le attività lavorative a rischio meccanico per la colonna vertebrale e possibili disturbi associati
- 15.30 Individuazione di attività lavorative a rischio meccanico per la colonna vertebrale e disturbi associati
- 16.30 La movimentazione dei carichi: riferimenti legislativi

#### *II giornata*

- 09.00 La movimentazione dei carichi: analisi biomeccanica
- 10.00 Valutazione del rischio da movimentazione di un carico
- 11.00 La movimentazione del paziente con disabilità
- 12.00 Organizzazione degli spazi di lavoro per la prevenzione della lombalgia
- 13.00 Pausa pranzo
- 14.30 Analisi valutativa chinesiológica della posizione seduta
- 15.30 Valutazione della posizione seduta, l'operatore al videoterminale e il bambino a scuola
- 16.30 Esercitazione pratica

#### *III giornata*

- 09.00 Legislazione specifica e prevenzione
- 10.00 L'informazione e la prevenzione sul posto di lavoro
- 11.00 La cartella riabilitativa
- 12.00 Esercitazione pratica
- 13.00 Pausa pranzo
- 14.30 Proposta di valutazione (posturale) funzionale individualizzata della colonna vertebrale
- 15.30 Esercitazione pratica
- 16.30 Riabilitazione integrata delle patologie vertebrali

#### *IV giornata*

- 09.00 Proposta di trattamento per la riabilitazione delle lombalgie meccaniche
- 10.00 Esercitazione pratica
- 11.00 Principi di autotrattamento: quando è possibile?
- 12.00 Esercitazione pratica
- 13.00 Verifica di apprendimento e di gradimento

N.B. Al momento dell'iscrizione bisogna inviare la scheda d'iscrizione compilata in ogni sua parte alla CAPP coop. soc. via M.se di Villabianca 120, Palermo, oppure tramite email all'indirizzo [cettinagirgenti@tiscali.it](mailto:cettinagirgenti@tiscali.it)  
La scheda di iscrizione si può scaricare dal sito [www.caponline.net](http://www.caponline.net) o dal sito [www.aifisicilia.it](http://www.aifisicilia.it)

\*Provider presso il Ministero della Salute n° 4488

# Phenix usb 8



Medical Space®



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

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

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

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

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



## World wide high technology distribution

*Rehabline*

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



# Esercizio Terapeutico Conoscitivo

## *Sussidi*

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

# *Sussidi* fumagalliriabilitazione

Richiedi la pubblicazione a  
Fumagalli srl  
tel. 031/6730111  
fax 031/672096  
[www.fumagalli.org](http://www.fumagalli.org)

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