

# Fare Riabilitazione

*AIFI Sicilia magazine*



Nell'estate appena trascorsa si sono verificati due eventi estremamente importanti per lo sviluppo della riabilitazione in Sicilia e per la conseguente valorizzazione della professione del fisioterapista.

Il primo è la pubblicazione, dopo diciassette anni dalla scadenza del precedente, del Piano Triennale a favore dei disabili. Tale Piano, che costituisce un atto di indirizzo per tutte le istituzioni regionali, si propone di garantire una reale e completa attuazione del diritto di cittadinanza per le persone con disabilità, attraverso il passaggio dal modello medico, che privilegia la ricerca di standard di salute, e da quello socio-sanitario, al modello bio-psico-sociale, che si concentra, soprattutto, sugli obiettivi di riduzione dei condizionamenti fisici, psichici e sensoriali della disabilità. Per questo intende anche creare le condizioni per un migliore modello operativo per quanto riguarda il momento riabilitativo, attraverso regole d'indirizzo che porteranno, senza dubbio, importanti elementi di novità. Inoltre, il Piano assicura la presa in carico del soggetto disabile attraverso la costituzione dell'Unità di Valutazione sulla Disabilità (UVD) che ha il compito di smistare i disabili nei servizi e nelle strutture necessarie: in questo modo vengono codificate su tutto il territorio regionale le esperienze di UVD già istituite in alcuni Distretti.

Il secondo è il Decreto che istituisce in via sperimentale il Dipartimento Funzionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria, che prevede, tra l'altro, anche l'Unità

Operativa Professionale di Riabilitazione Funzionale: lo strumento operativo indispensabile per assicurare l'organizzazione necessaria e la pianificazione programmata delle attività di riabilitazione da indirizzare ai contesti propri in cui è richiesta l'integrazione socio-sanitaria. Purtroppo, entrambi questi elementi innovativi si scontrano con la realtà legislativa espressa dal piano sanitario regionale, scaduto ed antecedente alla L.251/00, che prevede soltanto servizi infermieristici e tecnico-professionali. Un gap che oggi mette in all'erta l'Associazione qualora le aziende ospedaliere e sanitarie regionali ignorino la legislazione nazionale ed includano tutte le professioni riabilitative all'interno di fattispecie non congruenti. Soprattutto perchè ciò non consente di realizzare le condizioni per gli approcci più favorevoli alla disabilità. A tal proposito Antonio Guidi, sottosegretario di Stato alla Salute, proprio riguardo al concetto di disabilità afferma che "le complessità e le diversificazioni, delle quali non si può non tener conto per un approccio corretto a livello sia scientifico che politico, sono ancora assai lontani dall'essere recepiti. La tendenza alla semplificazione è spesso tanto rozza da non aumentare l'efficacia dell'impegno, riducendone o addirittura impedendone l'efficacia".

Scienza e organizzazione risultano, quindi, per i riabilitatori, gli elementi topici di un percorso essenziale per il miglioramento dell'efficacia riabilitativa.

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*

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

Effettuare il pagamento della quota associa-  
tiva 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.FI. Regione Sicilia

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

Utilizzare il modulo d'iscrizione scaricandolo  
dal sito [www.aifisicilia.it](http://www.aifisicilia.it), compilarlo, in  
doppia copia, in tutte le sue parti.

Spedire entrambe le copie corredate di:

1. fotocopia del versamento;
2. fotocopia autocertificata del titolo conse-  
guito (per gli studenti certificato di frequenza);
3. fotocopia della P.IVA  
(solo per i liberi professionisti).

Il momento per una riflessione collettiva <i>Rosario Fiolo</i>	3
Un nuovo Piano Triennale a favore dei disabili <i>Salvatore Crispi</i>	4
Il "gusto" della solidarietà <i>Annamaria Venere</i>	5
Unità Operative Professionali di Riabilitazione: una realtà <i>Orazio Renato Meli</i>	6
Interpretare la diaschisi in funzione riabilitativa <i>Carlo Perfetti</i>	9
Dolore sacro-iliaco: appropriatezza e costo della cura <i>Paolo Fiore</i>	10
Valorizzare la professione con la Dirigenza Riabilitativa <i>Filippo Guccione</i>	11
La ricerca e la terapia manuale <i>Maria Concetta Girgenti</i>	12
UVG: un modello integrato per riabilitare l'anziano <i>Antonella Liberto</i>	13

### CORSI

Fare Riabilitazione in Sicilia: tra Scienza e Organizzazione Eventi formativi ECM 2005 a Messina	15
Aspetti diagnostici, terapeutici e medico-legali della Sindrome da Accelerazione/Decelerazione secondo la EBM	17
L'ETC nella costruzione di un percorso terapeutico: il ginocchio traumatizzato	17
Ergonomia, prevenzione e trattamento delle patologie vertebrali da cause professionali	18

### In copertina:

Antonio Canova, *Ercole e Lica, 1795-1815*, particolare,  
Roma, Galleria Nazionale d'Arte Moderna

### 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.

# Il momento per una riflessione collettiva

di Rosario Fiolo

Lo sviluppo della professione dal punto di vista organizzativo è uno degli obiettivi della professione e, di conseguenza, è da sempre al centro dell'interesse dell'AIFI Sicilia. In questo senso, va anche la L.251/00 con la formazione di professionisti in grado di "contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea".

Questa legge offre, quindi, alle aziende ospedaliere e sanitarie lo strumento legislativo per realizzare le condizioni che possono garantire la direzione dei servizi riabilitativi, incentrati sulla valorizzazione di tutte le componenti professionali, che possono in questo modo migliorare la qualità delle prestazioni ai cittadini.

È tempo che la politica regionale dia un segnale chiaro ed inequivocabile di voler dare attuazione a questa importante legge dello Stato, e di superare, in questo ambito, un piano sanitario regionale, scaduto, oltre che antecedente ad essa, che prevede, tra l'altro, solo servizi infermieristici e tecnici, e inserisce all'interno di quest'ultimo il personale di area riabilitativa. Un anacronismo che rischia di generare conflitti altrimenti risolvibili, soprattutto nel momento in cui saranno presenti nel territorio i primi professionisti in possesso di laurea specialistica.

È chiaro che per migliorare l'organizzazione bisogna studiare non soltanto i processi legati al management, ma soprattutto nuovi modelli operativi che si realizzano in linea con le migliori esperienze esistenti nel mondo in riabilitazione e, quindi, con l'apporto costante della ricerca e del progresso scientifico. È per questo che non si può parlare di organizzazione senza parlare di scienza. Concetti mai vecchi che ancora adesso l'AIFI Sicilia vuole rilanciare per contribuire finalmente all'affermazione di un processo organizzativo di qualità in tutte le realtà riabilitative del territorio siciliano. Apparentemente questi discorsi sembrano lontani dalle realtà lavorative del fisioterapista, considerato il contesto in cui è costretto ad operare in Sicilia: sono, invece, quelli di cui sentiremo parlare più diffusamente da qui in avanti. Ed allora non possiamo lasciarci cogliere impreparati: dobbiamo necessariamente parlarne e valutare il percorso più idoneo da

intraprendere. Non è più tempo di slogan o di inviti ad essere uniti, ora dobbiamo incamminarci lungo un itinerario che metta al centro la cultura scientifica e l'affermazione del processo organizzativo in riabilitazione.

In questo momento nella Regione siciliana si stanno verificando eventi che daranno delle indicazioni organizzativo-gestionali anche alla riabilitazione. Mi riferisco all'approvazione del Piano triennale a favore delle Persone con disabilità, che detta nuove regole di indirizzo, anche al momento riabilitativo, introducendo un modello operativo improntato a efficienza, efficacia, economicità e trasparenza. Questo piano triennale avrà un raccordo operativo con i Piani di Zona attivati nella Regione siciliana con il Decreto Presidenziale 4

novembre 2002 "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana" che sono delle linee guida di indirizzo ai Comuni per la redazione dei piani di zona triennali 2001-2003 in attuazione della L. 328/2000. Per i fisioterapisti siciliani, quindi, questa è una prima risposta, anche se incompleta, a quella richiesta di nuovi modelli improntati al miglioramento della qualità della vita.

Ma non sono soltanto queste le novità. Un'altra novità importante dal punto di vista dell'organizzazione, anche se attendiamo la sua pubblicazione sulla Gazzetta

Ufficiale, è l'emanazione di un Decreto dell'Assessorato alla Sanità che prevede la costituzione, in ogni Azienda USL, del Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria del quale dovrà far parte, insieme alle altre unità operative, anche l'Unità Operativa Professionale di Riabilitazione Funzionale.

Questa è la prima risposta, anch'essa parziale, da parte dell'Assessore regionale alla Sanità, On. Pistorio, alle continue richieste di istituzione di unità operative di riabilitazione a conduzione professionale ed è un passaggio importante per l'affermazione di quei modelli operativi che mettono al centro la persona, cioè il malato e tutti i professionisti gli ruotano attorno per risolvere i suoi bisogni di salute.

Il fisioterapista è quindi finalmente chiamato ad assolvere anche ruoli direttivi e ad essere sempre di più un professionista essenziale per risolvere questioni operative importanti.

Per tutti questi motivi l'AIFI Sicilia ha organizzato il prossimo 10 e 11 novembre ad Acireale il Convegno "Fare Riabilitazione in Sicilia: tra Scienza ed Organizzazione": un'occasione importante di confronto per essere protagonisti dei nuovi prossimi scenari.



# Un nuovo Piano Triennale a favore dei disabili

di Salvatore Crispi\*

Il quadro normativo a favore dei disabili, anche in relazione alla recente legislazione sull'integrazione dei servizi, è reso più completo dal Piano Triennale a favore dei disabili della Regione Siciliana.

Questo Piano, infatti, costituisce il primo strumento operativo specifico della legge nazionale 328/2000 e del Decreto del Presidente della Regione Siciliana del 04/11/2002. L'assenza di un atto di indirizzo, che ora è rappresentato dal Piano Triennale, è stata quasi di 17 anni, cioè dal 1989, quando è scaduto il primo Piano, voluto dalla legge Regionale 68/81. In questo periodo, perciò, si è andati avanti con modelli operativi di riferimento, che risentivano del tempo e che non recepivano né le esperienze positive, né il quadro legislativo sia nazionale sia regionale, che in questi anni si è sviluppato. Perciò i disabili e le loro famiglie hanno visto aggravarsi i loro disagi, poiché sul territorio i modelli operativi non si trasferivano e non si sintonizzavano con la nuova legislazione. La Costituzione del Tavolo Tecnico per la realizzazione delle politiche sociali sull'handicap nella Regione Siciliana ha portato, invece, a quel cambio di rotta, indispensabile per approvare un documento, come il Piano, così complesso e importante, poiché copre tutto l'arco dell'esistenza dei disabili, gli interventi di tutte le istituzioni Regionali, attraverso un virtuoso lavoro collegiale e coordinato dei rappresentanti dei vari Assessorati della Regione, seduti attorno allo stesso Tavolo Tecnico.

In virtù, dunque, del Decreto del Presidente della Regione del Novembre 2002, con l'ausilio della Cabina di regia e di tutte le forze sociali, impegnate nel settore, si è giunti alla proposizione del Piano Triennale, che è stato fatto proprio dalla Giunta di Governo il 2 agosto di quest'anno. Con il concorso di tutti, quindi, è stato approvato questo Piano, che è certamente collegato ai Piani di Zona, che costituisce un atto d'indirizzo per tutte le istituzioni regionali e che, in ogni caso, si interseca in modo calibrato nella legislazione vigente a favore dei disabili. Non a caso questo documento recita, tra le altre cose, che la Regione Siciliana intende garantire una reale e completa attuazione del diritto di cittadinanza delle persone con disabilità nell'ambito del sistema delle attività e dei servizi socio-sanitari e che la Regione vuole sostenere, per raggiungere questi obiettivi il passaggio dal modello medico, che privilegia la ricerca di standard di salute, al modello socio-sanitario, definibile come bio-psico-sociale, che si concentra, soprattutto, sugli obiettivi di riduzione dei condizionamenti fisici, psichici e sensoriali della disabilità per contrastare ogni percorso, volto alla esclusione e alla emarginazione e per favorire, anzi, la pari opportunità di tutti i cittadini. Da questa premessa appare evidente che il Piano si preoccupa senza alcuna distinzione di tutti i disabili, fisici, psichici, sensoriali, lievi, medi, gravi, gravissimi o che sono portatori di pluridisabilità. Gli indirizzi, dettati dal Piano, potranno recare, senza dubbio, dei benefici ai cittadini disabili, ai loro

familiari, agli operatori impegnati nel settore ed anche all'intera collettività. Nel dettaglio esso vuole creare le condizioni per un migliore modello operativo per quanto riguarda il momento riabilitativo, attraverso delle regole d'indirizzo che porteranno, senza dubbio, nuovi elementi di valutazione attraverso modelli operativi improntati all'efficacia, all'efficienza, alla trasparenza e alle economicità. Anche in questa ottica si affronta il problema della tempistica per le sedute di riabilitazione e si apre la strada per un successivo atto amministrativo dell'Assessore alla sanità, per allineare la stessa tempistica al resto delle altre Regioni; infatti nelle altre Regioni la durata di una seduta di terapia è di 60 minuti, mentre in Sicilia è di appena 45 minuti, con evidenti conseguenze negative sui cicli di terapia, che a volte richiedono approcci multidisciplinari. Il filone dell'integrazione dei servizi è ribadito dal richiamo al Piano Sanitario regionale, di cui il Piano Triennale è un progetto obiettivo, col suo punto 5.5.13, che prevede, appunto, la creazione di un'area per la disabilità, che copre tutte le necessità dei disabili in tutti i momenti della loro vita, in una virtuosa intersecazione dei servizi, offerti dalle Aziende USL, dai Comuni e dalle altre istituzioni, per assicurare agli stessi disabili la cura, la riabilitazione, l'assistenza, l'integrazione scolastica, lavorativa e sociale. Sempre in attuazione della L.328 ed anche delle linee-guida sulla riabilitazione, il Piano assicura la presa in carico del soggetto disabile attraverso la costituzione dell'Unità di Valutazione sulla disabilità (U.V.D.); l'U.V.D., composta da personale delle Aziende USL e dei Comuni, ha il compito, in accordo con gli Uffici H dei Distretti Sanitari e con i competenti organi di Distretti socio-sanitari, di smistare i disabili nei servizi e nelle strutture necessarie; in questo modo le esperienze di U.V.D., istituite in alcuni Distretti, vengono codificate su tutto il territorio regionale.

L'integrazione scolastica è sottolineata nel Piano come momento fondamentale per offrire agli stessi disabili delle migliori condizioni di vita attraverso un percorso, che individui nelle pari opportunità, anche nella diversità e nella disabilità, un processo che garantisca l'integrazione e i diritti di tutti i cittadini. Perciò sono previsti Tavoli interassessoriali di concertazione, rapporti e collegamenti stretti di dialogo e di confronto con l'Ufficio scolastico regionale, continui aggiornamenti dei docenti specializzati e curricolari, l'integrazione con gli altri servizi sul territorio, offerti dagli Enti locali, l'individuazione di una figura, che sostenga la scuola ed anche favorisca il dialogo e il confronto con gli altri servizi e le altre istituzioni, il riconoscimento dell'importanza dei GLIS, la continuità didattica. Altro momento fondamentale, individuato dal Piano, è la formazione professionale, che deve, innanzitutto, anche ai sensi della nuova riforma, collegarsi strettamente al momento scolastico e che, perciò, deve avere lo stesso periodo di durata dell'anno scolastico; sono previsti corsi speciali per i disabili gravi,

ma, soprattutto, l'inserimento nella corsualità normale dei disabili, che, comunque, sia nell'uno sia nell'altro caso, sono sostenuti da docenti specializzati. All'inserimento lavorativo il Piano punta, in applicazione della normativa vigente, prevedendo, anche, un più stretto rapporto tra le istituzioni territorialmente competenti, continui momenti informativi e di aggiornamento anche con gli organi professionali dei consulenti del lavoro.

Per l'eliminazione delle barriere architettoniche, ancora una volta in attuazione delle normative esistenti, si ribadisce la necessità che non vengano eliminate solo le stesse barriere architettoniche, ma anche tutte le barriere sociali, che condizionano di fatto la partecipazione del disabile alla vita attiva. Stesso discorso viene fatto per i trasporti urbani ed extra-urbani, i cui mezzi devono essere accessibili e fruibili. Per quanto riguarda il turismo accessibile e sostenibile il Piano individua nell'accessibilità, nella fruibilità delle strutture ricettive un punto di forza, che, in ossequio ad esperienze già maturate in altri paesi d'Europa e in altre Regioni d'Italia, possa garantire a tutti i disabili la possibilità di fruire del proprio tempo libero e del proprio periodo di vacanze. Tutto questo è stato stimolato in maniera coinvolgente anche dal Manifesto di Agrigento del Maggio 2004, firmato oltre che da molte Associazioni, dalle istituzioni Regionali, Provinciali e locali. Sempre in questa ottica il Piano prevede che, all'interno dei parchi e delle riserve naturali, si istituiscano dei percorsi accessibili ai disabili motori e sensoriali. Inoltre il Piano prevede l'istituzione di una Carta dei servizi anche per i disabili che praticano lo sport.

L'impalcatura e la complessità del Piano, che vuole introdurre delle regole e dei nuovi modelli operativi, implicano che lo stesso Piano abbia un impatto sulla società e sui suoi livelli politici che può provocare, a volte, delle considerazioni non sempre positive e delle resistenze ad aprirsi al "nuovo" non indifferenti. Ma proprio per questi motivi si deve considerare che si affrontano, attraverso questo Piano, i problemi di tutti i disabili e dei loro familiari, aprendo la strada a percorsi nuovi, che si intersecano con le normative sull'integrazione dei servizi socio-sanitari e sui Piani di Zona, che sono, ormai, quasi tutti

esecutivi. Certamente per questo grande lavoro occorre essere riconoscenti al Tavolo Tecnico per la realizzazione delle politiche sociali sull'handicap nella Regione composta: per la Presidenza della Regione da Maria Luisa Troja, componente dell'Ufficio di Gabinetto del Presidente della Regione, che svolge le funzioni di Coordinatrice dello stesso Tavolo Tecnico; da Salvatore Balistreri, consulente, esperto sui problemi della disabilità del Presidente della Regione per l'Assessorato della Famiglia, delle Politiche Sociali e delle Autonomie locali; da Saverino Richiusa, per l'Assessorato alla Sanità; da Maurizio D'Arpa, per l'Assessorato alla Pubblica Amministrazione; da Patrizia Monterosso, per l'Assessorato alla Formazione professionale e al lavoro; da Giuseppe Correnti e da Maria Josè Verde, per l'Assessorato al Turismo e ai Trasporti; da Raffaella Argento e Tommaso Cusumano, per l'Assessorato alla Cooperazione, da Ornella Infantellina, per l'Assessorato al Territorio e all'ambiente; da Giacomo Tallito, per l'Assessorato ai lavori pubblici; da Marinella Sillitti, per l'Assessorato al Bilancio; da Rita Patti e da Rita Costanzo del servizio IX - Ufficio Piano dell'Assessorato della Famiglia, delle Politiche sociali e delle Autonomie locali, che svolge le funzioni di Segretario del Tavolo Tecnico.

L'impegno profuso da queste persone, alle quali si è aggiunto il rappresentante del Coordinamento per i diritti degli handicappati nella Regione Siciliana, componente, al pari degli altri, del Tavolo Tecnico, è stato molto importante, poiché ha consentito di superare le difficoltà esistenti ed anche valutazioni tecniche sui modelli operativi, che a volte sono state contrastanti, molto probabilmente dovute ad una visione settoriale delle situazioni, poiché mai, come in questo Tavolo Tecnico, nel passato si è svolto un lavoro collegiale e di coordinamento.

Per questo si ritiene opportuno pensare alla continuazione del disegno attuale, che prevede che i terminali politici, amministrativi e gestionali continuino ad essere gli Assessorati Regionali e che, invece, la politica di coordinamento, di sintesi e di monitoraggio, attraverso il Tavolo Tecnico, rimanga nelle mani del Presidente della Regione.

\*Responsabile del Coordinamento per i diritti degli Handicappati nella Regione Siciliana

### **Il "gusto" della solidarietà**

di Anna Maria Venere

In occasione della Fiera del Mare di Messina (01-04 settembre), invitata dal collega Filippo Cavallaro, esperto eno-gastronomo dell'Associazione "Slow-Food", ho, ancora una volta, positivamente verificato la bontà del binomio gastronomia-handicap. Il saggio di degustazione prevedeva, infatti, che mi cimentassi nell'esecuzione di un piatto di mare con una sola mano, simulando, cioè, le difficoltà che incontrerebbe un ipotetico disabile nella preparazione del piatto. Il pubblico, nel gradire il piatto preparato (cozze ripiene e fritte), si è compenetrato sensibilmente nella "diversità", abbattendo un ulteriore ostacolo psicologico e mentale al problema dei "diversamente abili".

Il successo della manifestazione dà conforto alla convinzione che iniziative di questo genere vanno non solo condivise ma anche incoraggiate dalla nostra Associazione. L'AIFI, infatti, meritoriamente, non persegue il solo obiettivo di intervenire dal punto di vista terapeutico nei confronti del "diversamente abile" ma, anche e soprattutto, di contribuire al superamento di quelle barriere invisibili che, col nome di "pregiudizio", rappresentano un ostacolo alla integrazione ancora più forte della disabilità stessa.

### **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 - Banca Unicredit Spa, ag. Magrè Schio - c/c n. 400 806 85 - CIN Eu 63, It Y, ABI 02008, CAB 60751. 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

# Unità Operative Professionali di Riabilitazione: una realtà

di Orazio Renato Meli

Lo scorso primo agosto l'Assessore Regionale alla Sanità della Regione Siciliana e il Dirigente Generale del Dipartimento Ispettorato Regionale Sanitario dello stesso Assessorato hanno firmato il Decreto che istituisce in via sperimentale, con la direttiva di cui al suo allegato A, il Dipartimento Funzionale per l'Integrazione Socio-Sanitaria. Tale decreto è stato inoltre notificato con la stessa data a tutti i Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Siciliana.

È un passaggio che, nell'ambito delle moderne politiche di assistenza alla persona, stimolato anche dalla Legge n. 328 del 2000 e dal suo recepimento da parte della Regione Siciliana (Linee Guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana), ci si aspettava per consentire la promozione e il governo dei programmi e delle attività tendenti a garantire il reale e calibrato soddisfacimento dei bisogni di salute della persona in condizioni di "fragilità", attraverso la concreta attività di integrazione socio-sanitaria. Sembra superfluo sottolineare che tale intervento normativo possiede rilevanza strategica, come già accennato, ai fini della realizzazione dei programmi di integrazione socio-sanitaria in una realtà nella quale non esistono, come in altre regioni italiane, le Aziende Socio-Sanitarie, e quindi riguarda e coinvolge ogni professionista, ogni operatore e ogni cittadino che si trova, a diverso titolo, in un contesto che richiede tale attività di integrazione.

La direttiva, che rivisita in parte e razionalizza l'organizzazione delle ASL siciliane, in linea con la moderna impostazione normativa specifica che vuole la stretta corrispondenza tra autonomia professionale e distribuzione e condivisione delle responsabilità, prevede all'interno della organizzazione dipartimentali strutture operative complesse e strutture semplici.

Tra queste ultime, ed è questo l'aspetto di significativo interesse per la nostra professione, è prevista una Unità Operativa Professionale di Riabilitazione Funzionale.

Sebbene importante, tale risultato però non può essere ricondotto agli obiettivi che si prefigge la legge n. 251/2000 (per completezza si richiamano alcuni passi della citata legge che all'art. 2, comma 2 recita: "...Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea ...") e all'art. 7 comma 2 continua: "...Le aziende sanitarie possono con-

ferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale..."), né agli obiettivi di politica associativa che da tempo l'AIFI-Sicilia persegue, relative alla istituzione delle Unità Operative Aziendali di Riabilitazione Funzionale, se soprattutto si considera che in quasi tutti gli ospedali e le AA.SS.LL. della nostra Regione sono già stati istituiti, in armonia normativa appunto con la legge 251/2000, i Servizi Aziendali Infermieristici e i Servizi Aziendali Tecnici Sanitari.

Pur riconoscendo, quindi, una visione illuminata ai firmatari di tale direttiva che, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi che richiedono integrazione socio-sanitaria, hanno mosso il primo passo verso un parziale riconoscimento del dettato della L. 251/2000 dando una spinta verso la omogeneizzazione degli standard operativi della nostra professione a quelli della Unione Europea, bisogna sottolineare però che nelle Aziende Ospedali, nelle Aziende USL e nelle Aziende Policlinico della Sicilia è necessario riconoscere e promuovere lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie della riabilitazione, così come avvenuto nelle altre regioni (solo per citare l'ultimo esempio, in Lombardia presso l'Ospedale civile di Brescia; vedi anche "Il Sole 24 ore Sanità" n. 34), istituendo le Unità Operative Aziendali di Riabilitazione e attribuendo il relativo incarico di dirigente. In Lombardia, appunto, è stata sufficiente la circolare Lucchina del 24 marzo 2005. Così come il legislatore attraverso la norma nazionale ha voluto dare maggiore dignità alle professioni sanitarie anche attraverso la loro valorizzazione con la diretta responsabilizzazione nella gestione dei servizi di propria competenza, con la circolare emessa il 09 Aprile 2002 prot. n. DIRS/3/1376 si constata che l'Assessorato Regionale alla Sanità della Regione Siciliana ha inteso promuovere lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area tecnico-sanitaria di cui all'art.3 della legge 251/2000, trascurando però l'area delle professioni sanitarie della riabilitazione ricomprese nell'art.2 per le quali, con la circolare Assessoriale prot. n. 0359/GAB dell'11 Aprile 2001, già in precedenza si rappresentava che erano in corso di elaborazione "Linee guida" in attuazione della stessa L. 251/00.

Si rende quindi necessario eliminare la separazione tra quanto previsto dalle norme e la applicazione pratica delle stesse proprio attraverso l'istituzione delle Unità Operative Aziendali di Riabilitazione Funzionale nelle Aziende Sanitarie della regione Sicilia.

Con l'istituzione del Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria si individua quindi l'esigenza di inserire questa nuova struttura funzionale nel nuovo assetto

organizzativo in cui appunto l'integrazione socio-sanitaria assume un ruolo strategico nella programmazione ed organizzazione dei servizi alle fasce di popolazione che si trovano in condizioni di "fragilità" e per le loro famiglie, implicando scelte in ordine all'individuazione di strumenti di programma e gestione dei servizi, alla predisposizione di meccanismi di coordinamento e di percorsi formativi per l'integrazione professionale e alla individuazione di procedure semplificate di accesso ed erogazione dei servizi. Inoltre, proprio per garantire una maggiore efficienza del sistema si intende così favorire l'organizzazione e l'integrazione delle risorse provenienti dal comparto sociale e dal comparto sanitario. Considerato che il D.P.C.M. 29 novembre 2001, così come previsto anche dal D. L.vo 229/99, stabilisce che sono di competenza del Sistema Sanitario Regionale le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria, da parte dell'Assessorato è stata individuata l'esigenza di istituire in ogni Azienda Sanitaria territoriale tale Struttura Dipartimentale per garantire adeguata programmazione, gestione ed erogazione delle attività prima specificate e per consentire uniformità del modello organizzativo e quindi equità e accessibilità per il cittadino.

L'organizzazione interna del Dipartimento Funzionale per l'integrazione socio-sanitaria prevede delle strutture operative attraverso cui garantisce il raggiungimento delle azioni per cui è stato costituito. Esse sono la U.O. Complessa Assistenza Anziani e ADI che si articola a sua volta in quattro U.O. Semplici:

1. U.O.S. di collegamento con le strutture di ricovero e cura;
  2. U.O.S. di collegamento distrettuale e territoriale ed enti locali;
  3. U.O.S. Professionale di Riabilitazione Funzionale;
  4. U.O.S. Professionale di Assistenza Infermieristica;
- e la U.O. Complessa di Servizio Sociale che prevede la U.O.S. Sportello Unico, più le strutture distrettuali U.O. Sportello Unico.

Inoltre, viene individuata una U.O.S. ADI in ogni Distretto Sanitario. In generale, è compito della U.O.S. Professionale di Riabilitazione Funzionale concorrere *"...al rilievo del livello dell'assistenza riabilitativa erogata nelle attività dipartimentali..."* ed il suo responsabile viene individuato nella figura del fisioterapista che abbia maturato esperienza professionale nelle specifiche attività.

Nella parte finale della Direttiva è esplicitato il cronogramma che deve essere osservato nelle fasi che riguardano la costituzione e la organizzazione del Dipartimento:

15 ottobre 2005 delibera di costituzione del Dipartimento e regolamento di organizzazione;

15 novembre 2005 nomina Responsabile Dipartimento e Responsabile UU. OO. complessa e semplice;

1 dicembre 2005 attivazione Sportello Unico.

La A.USL di Caltanissetta, in stretta osservanza della direttiva, ha già provveduto, in data 1 settembre 2005, alla istituzione del "Dipartimento Aziendale per l'integrazione socio-sanitaria".

L'individuazione di una U.O. di Riabilitazione all'interno di tale Dipartimento che intende promuovere l'applicazione di un modello a responsabilità diffusa e coordinata sembra del tutto coerente con gli auspici per lo sviluppo di un nuovo modello di Welfare presenti in molti documenti normativi e programmatici sia nazionali che regionali (Piano Sanitario Nazionale, Piano Sanitario

Regionale, legge 328/00, Linee Guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione Siciliana, Piano triennale per l'handicap che è in corso di elaborazione finale, ...); in linea con le trasformazioni in atto, tra le altre, anche le attività di riabilitazione territoriale andranno acquisendo ruoli e importanza strategica crescente nella programmazione sempre più integrata e localizzata delle politiche di salute dei cittadini.

L'allungamento della vita, la cronicizzazione di molte patologie che richiedono un costante sostegno dei pazienti e delle famiglie nella loro gestione (long-term care), la crescita dei rischi legati alla diffusione di stili di vita non idonei, il riconoscimento dei diritti di cittadinanza delle fasce più deboli, hanno indotto l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a non considerare più l'ospedale come unico luogo di cura, ma a sostenere la necessità di un'assistenza sempre più proiettata nel territorio e vicina ai contesti di vita e di lavoro dei cittadini. A questa importante funzione afferiscono tutti gli interventi di protezione e promozione della salute, prevenzione, educazione e sostegno assistenziale in ambito comunitario (ambienti di vita, famiglia, ambienti di lavoro, ecc), nonché di cura e riabilitazione in senso stretto, finalizzati al raggiungimento di quegli obiettivi che in maniera condivisa sono definiti come strategicamente rilevanti per sistemi di Welfare e Salute che vogliano dirsi innovativi. Per erogare un servizio efficace ed efficiente è necessaria a monte una buona organizzazione che sempre più oggi deve essere orientata allo sviluppo della qualità dell'assistenza utilizzando competenze professionali specifiche da impiegare negli ambiti operativi dei servizi della sanità/salute rivolti al soddisfacimento dei bisogni (di salute) socio-sanitari.

Le Unità Operative presenti nel Dipartimento per l'integrazione socio sanitaria costituiscono gli strumenti operativi per raggiungere gli obiettivi dipartimentali. Infatti l'U.O. Professionale di Riabilitazione Funzionale si individua come lo strumento operativo che può assicurare, attraverso il costante "rilievo del livello dell'assistenza riabilitativa erogata nelle attività dipartimentali" la necessaria organizzazione e la programmata pianificazione delle attività di riabilitazione da rivolgere nei contesti propri in cui si richiede integrazione socio-sanitaria.

È possibile così garantire definiti e riconosciuti criteri di qualità dell'assistenza riabilitativa erogata nelle attività dipartimentali e favorire il miglioramento continuo della stessa attraverso la congruenza dei bisogni dell'utente con la prestazione richiesta, in riferimento alle migliori evidenze disponibili ed in rapporto alle risorse di cui si dispone. Obiettivi di base che la U.O. Professionale di Riabilitazione Funzionale deve perseguire sono:

la definizione delle modalità attraverso le quali bisogna provvedere al rilievo dei bisogni assistenziali riabilitativi; l'individuazione di modalità attraverso cui va assicurata la continuità dell'assistenza riabilitativa della persona "fragile" nella quale condizioni di salute (malattia, disturbi, lesioni, traumi, ecc...) e fattori contestuali interagiscono dinamicamente;

l'individuazione di protocolli operativi in relazione a quanto previsto dagli atti di indirizzo aziendale e dipartimentale allo scopo di garantire qualità ed efficienza delle proprie attività e delle prestazioni riabilitative erogate nell'ambito delle attività del dipartimento; il raggiungimento del massimo livello di integrazione tra tutte le professioni, sanitarie e non, coinvolte nelle attività che richiedono integrazione socio-sanitaria;

la definizione e la omogeneizzazione di procedure per la corretta erogazione delle prestazioni riabilitative di propria competenza;

la raccolta e la gestione della produzione al Responsabile del Dipartimento di dati specifici inerenti le attività riabilitative in funzione dei debiti informativi allo scopo di individuare e quantificare con regolarità l'entità del fabbisogno riabilitativo proveniente dal territorio;

il monitoraggio delle attività mediante specifici indicatori nell'ambito delle attività riabilitative dipartimentali allo scopo di rilevare la qualità delle prestazioni erogate ed il raggiungimento degli obiettivi assistenziali;

la promozione di riconosciuti sistemi di classificazione delle componenti di salute che possano costituire modello di riferimento per codificare un'ampia gamma di informazioni relative alla salute stessa, facendo ricorso ad un linguaggio comune standardizzato che permetta quindi la comunicazione in materia di salute e di assistenza sanitaria in modo trasversale (ICF);

la formulazione di proposte in materia di piani di aggiornamento e formazione del personale di riabilitazione riguardanti le attività dipartimentali.

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. L'integrazione sociosanitaria presuppone un approccio unitario alla persona e ai suoi bisogni che deve coinvolgere sin dalla fase di programmazione le AA.SS.LL., gli EE.LL. e i soggetti che sul territorio sono gli attori del sistema integrato di interventi e servizi per realizzare il sistema integrato degli interventi

e dei servizi socio-sanitari, definiti nei Piani di Zona distrettuali, utilizzando gli strumenti della integrazione istituzionale, gestionale, economica e professionale. È quindi ormai acquisita la consapevolezza che la strategia più appropriata per garantire sinergia di azione è l'integrazione socio-sanitaria. Spetta quindi alle Regioni indicare le linee di indirizzo per promuovere l'integrazione fra le attività socio-assistenziali di competenza dei Comuni (L. 328/00) e le attività sanitarie e socio-sanitarie di competenza delle Aziende USL (DL 229/99, DPCM 14.2.2001 e DPCM 29.11.2001), pervenendo alla loro definizione nei Piani di Zona Distrettuali. Tali Piani sono definiti dai Comuni che afferiscono al Distretto socio-sanitario in accordo con la Azienda USL di riferimento ed indicanti gli obiettivi, le priorità di intervento, le risorse, le modalità e gli strumenti organizzativi, il sistema informativo, le modalità della collaborazione dei servizi sociali con il Terzo settore, le modalità della integrazione socio-sanitaria ed i criteri di ripartizione della spesa, le modalità di formazione e aggiornamento (L. 328/00). Il Dipartimento Aziendale per l'integrazione socio-sanitaria quindi nasce per garantire la corretta programmazione, gestione ed erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle prestazioni sanitarie ad alta integrazione socio-sanitaria ed assicurare inoltre equità e accessibilità in modo uniforme su tutto il territorio siciliano. Inoltre, si identifica come lo strumento con il quale è possibile raggiungere e mantenere, quale modalità stabile di lavoro, appunto l'integrazione socio-sanitaria e attraverso il quale è possibile individuare la rispondenza, per la parte di competenza, dei contenuti tra il Programma delle attività territoriali (D. L.vo 229/99) e il Piano di Zona (L. 328/2000) attuando un'unica strategia di programmazione in costante ed indispensabile sinergia con gli enti locali.



### Siamo lieti di comunicare l'imminente nascita a Palermo della **"Scuola Triennale di Musicoterapia"**

L'iniziativa, che nasce dalla collaborazione tra la Cooperativa Mosaiko e la Cooperativa il Canto di Los, si avvale del patrocinio della Provincia Regionale di Palermo, del Conservatorio di Musica "V. Bellini", dell'Associazione Musicalmente e del Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica dell'Università degli Studi di Palermo.

La Scuola di Musicoterapia si propone come una delle poche realtà regionali nel settore della musicoterapia e come unica realtà nella Sicilia occidentale. L'iniziativa si avvale altresì del patrocinio CONFIAM (Confederazione Italiana delle Associazioni di Musicoterapia) e della collaborazione di musicoterapeuti docenti nelle maggiori scuole di arteterapia d'Italia.

La scuola intende operare su tutto il territorio siciliano ed è rivolta a musicisti, psicologi, insegnanti, medici ed operatori del settore socio-sanitario.

La scuola prevede un percorso di formazione pari a 860 ore così suddivise:

- 1° anno 222 ore
- 2° anno 363 ore
- 3° anno 275 ore

È inoltre previsto il rilascio di due borse di studio elargite agli iscritti da parte della Provincia regionale di Palermo - Assessorato politiche sociali.

Per informazioni chiamare ai numeri 3203886341 - 3386176705. [www.strimus.it](http://www.strimus.it) - [info@strimus.it](mailto:info@strimus.it)

Mosaiko Società Cooperativa  
sede legale: via V. Di Marco, 47 - 90143 Palermo  
tel/fax: 091 514617 - 3295320840  
P.IVA: 04907300828  
e-mail: [mosaikocoop@libero.it](mailto:mosaikocoop@libero.it)

Il canto di Los Coop. Sociale a.r.l.  
sede legale: Via Aurispa, 32 - 90145 Palermo  
tel/fax 091 225053 - 3203886341  
P.IVA: 04549750828  
e-mail: [coopsocilcantodilos@katamail.com](mailto:coopsocilcantodilos@katamail.com)



# Interpretare la diaschisi in funzione riabilitativa

di Carlo Perfetti\*

Periodicamente torna all'attenzione di neurologi e riabilitatori il fenomeno della diaschisi, per quanto però fino ad ora, in entrambi i casi, l'interesse è sempre stato purtroppo assai limitato. Per i primi probabilmente perché la diaschisi, non determinando sintomi clinicamente specifici, non riveste alcuna utilità per avanzare ipotesi diagnostiche. Per i secondi probabilmente per la non indifferente complessità del fenomeno e per altri motivi che non è il caso di affrontare in questa sede. Questo scarso interesse non appare comunque giustificato, perché il tema appare estremamente interessante per lo studio del recupero e riveste senza alcun dubbio anche il merito di riportare lo studioso di neuroscienze ad un'epoca, nella quale il neurologo si occupava oltre che di organizzazione motoria anche di recupero e la fisiatria non esisteva ancora. Uno studio della diaschisi permetterebbe inoltre di ripensare a due grandi del pensiero neurologico (C. von Monakov e H. Jakson) le cui conoscenze ed intuizioni sono, almeno per alcuni versi, di una modernità sconcertante e possono servire a comprendere meglio tante problematiche attuali.

Il termine diaschisi è stato inventato da von Monakov che ne ipotizzò l'esistenza anche a livello delle strutture neurologiche encefaliche (gli studi precedenti su fenomeni analoghi di Brown Sequard erano limitati al cosiddetto shock spinale) e ne definì la natura su basi puramente osservative (vedi Feeney Baron, 1986). La recente utilizzazione di metodi di neuroimaging ne ha confermato l'esistenza e perfezionato la conoscenza della natura e delle sedi. La diaschisi è uno dei più studiati fenomeni di modificazione a distanza (Butefisch e coll., 2003) che si manifestano in occasione di lesioni a carico del SNC e che rivestono significato non indifferente per la comprensione dei cosiddetti processi di recupero.

In occasione di una lesione a carico del SNC (ad esempio di un ictus per rimanere al caso più frequente per il riabilitatore) oltre alle più conosciute alterazioni determinate direttamente dalla noxa nella sede della lesione e nelle zone limitrofe (necrosi, edema perilesionale, penombra ischemica ...) si può riscontrare, spesso immediatamente dopo l'instaurarsi della lesione, talvolta anche ad una certa distanza di tempo, la comparsa di manifestazioni a distanza, di tipo evolutivo, a carico del metabolismo, della eccitabilità e del flusso sanguigno.

Lo studioso che si deve occupare del recupero del soggetto affetto da patologia a carico del SNC si trova quindi di fronte ad una alterazione della funzione non solo a carico delle aree direttamente colpite dalla lesione, ma anche ad una riduzione del flusso sanguigno cerebrale e del metabolismo a carico di aree distanti dalla lesione e non coinvolte direttamente dalla noxa. Nel caso di lesione a carico delle aree motorie corticali le strutture più frequentemente sede di diaschisi sono rappresentate dal talamo omolaterale e dall'emisfero cerebellare controlaterale alla lesione. Il riabilitatore non può in alcun modo

esimersi dallo studiare a fondo un fenomeno di questa portata, del quale ormai è dimostrata la presenza, in quanto non può rinunciare ad avanzare ipotesi sul suo ruolo nel percorso evolutivo della lesione.

Chi voglia approfondire il tema al fine di meglio inquadrarlo nella condotta terapeutica deve tener conto di almeno tre ordini di ricerche e di ipotesi:

1. di ordine biologico, relative alla natura delle alterazioni che determinano il fenomeno;
2. di ordine neurofisiologico, relative alle sue premesse ed alle sue conseguenze funzionali;
3. di ordine riabilitativo, relative allo studio del recupero.

Gli studi relativi al primo ordine di interessi hanno tentato di mettere a fuoco la natura biologica del fenomeno. Si tratta sostanzialmente di una riduzione del flusso sanguigno in determinate zone a distanza della lesione, per le quali non può essere postulata una alterazione circolatoria dipendente dalla lesione primaria. Gli autori si sono pertanto domandati a quali cause deve essere fatto risalire questo deficit circolatorio che sembra riferibile ad un ridotto metabolismo che a sua volta sarebbe causato da una riduzione della attivazione sinaptica (neuronal deactivation, secondo Gold e Lauritzen 2002) a carico delle sinapsi a livello delle cellule del Purkinije dei circuiti che collegano l'area primariamente lesa (ad esempio l'area sensorimotoria) e l'area oggetto di diaschisi (ad esempio l'emisfero cerebellare, attraverso le vie cortico-ponto-cerebellari). La mancata o ridotta attivazione sinaptica determinerebbe una riduzione metabolica che a sua volta determinerebbe una riduzione del flusso sanguigno. Alcuni AA hanno dimostrato che la riduzione del flusso è notevolmente inferiore alla riduzione del metabolismo, per cui gli esami di tipo NI che si limitano a misurare il flusso ematico darebbero un quadro quantitativamente ridotto della diaschisi. Questa deattivazione neuronale sarebbe collegata non specificamente alla necrosi di cellule corticali, ma anche alla inattivazione temporanea dei circuiti che alle cellule del Purkinije fanno capo. Sempre Gold e Lauritzen ottengono diaschisi a livello cerebellare anche inibendo cellule corticali frontali e parietali attraverso tetrodotossina o anche attraverso "spreading depression". Alla loro sospensione la diaschisi andava scomparendo rapidamente.

Osservazioni di questo tipo, che pure rivestono notevole importanza per quanto riguarda la rilevanza del fenomeno ai fini del recupero, hanno necessità però di ulteriori integrazioni per poter essere interpretate in funzione riabilitativa. Occorre cioè definire i correlati neurofisiologici del fenomeno per poter procedere all'avanzamento di ipotesi caratterizzate da implicazioni riabilitative. La definizione del senso della diaschisi in funzione dello studio del recupero richiede che vengano analizzate alcune premesse relativamente alla organizzazione cerebrale, che proprio la diaschisi e le modalità del fenomeno hanno contribuito a chiarire:

a. Le funzioni sono organizzate a livello del sistema nervoso centrale in maniera diffusa. Questo significa che una determinata funzione non ha sede in un'unica area cerebrale, ma che si basa sull'attivazione simultanea di diverse aree (vedi Lurija, 1968). Questo permette di comprendere (vedi dopo) la distribuzione in maniera costante del fenomeno nelle stesse aree (ad esempio l'interessamento costante del cervelletto controlaterale alla lesione e del talamo omolaterale in caso di lesioni delle aree senso-motorie). Si tratta infatti di strutture connesse con la funzione delle aree effettivamente lese dalla noxa (il talamo, in quanto le informazioni che giungono dalla periferia alla corteccia sensomotoria passano attraverso i suoi nuclei ed il cervelletto, in quanto centro deputato alla organizzazione motoria finalizzata alla soluzione di problemi motori, Blackwood et coll. 2004, Perfetti e Pieroni 2001).

b. È ipotizzato da diversi autori (per un inquadramento del problema vedi Varela 1988) che l'attivazione delle diverse aree che contribuiscono all'espletamento di una funzione non sia sequenziale nel tempo, ma sia di tipo

simultaneo. Cioè tutte le volte che si deve attivare la funzione a, le aree che ad essa contribuiscono debbono essere attivate contemporaneamente.

Fondamentale per questo tipo di attivazione risulta il collegamento di tipo reciproco tra le diverse aree, cioè se l'area "a" è collegata con l'area "b", anche l'area b invierà collegamenti all'area a, in maniera tale che questi collegamenti tra diverse aree distribuite in diverse zone del SNC costituiscano quasi un "super-centro distribuito", a cui fa capo la funzione. In caso di diaschisi questo collegamento in senso opposto, che può anche non aver subito alcun danno anatomico viene ad essere inibito. Anche questo comportamento è in parte almeno confermato dallo studio della diaschisi, infatti così come una lesione della corteccia s-m dà origine ad una diaschisi cerebellare, così sono descritte situazioni di diaschisi corticale in seguito a lesione dell'emisfero cerebellare (Tecco e coll. 1998).

*(fine prima parte)*

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

## Dolore sacro-iliaco: appropriatezza e costo della cura

di Paolo Fiore

Il mal di schiena affligge, secondo gli studi epidemiologici più diffusi, il 90 % della popolazione almeno una volta nella vita. Il 30-40 % dei casi è soggetto a recidiva e nel 9-11 % dei casi il dolore è generato da una disfunzione sacroiliaca.

La gran parte dei soggetti recupera lo stato di salute dopo il primo episodio in modo spontaneo, in un arco di tempo che va da 1 a 4 settimane. Si può parlare di una patologia di grande diffusione. Il costo del suo trattamento assume quindi una consistente rilevanza. Se consideriamo l'insieme dei costi generati dall'insorgere del mal di schiena, si può ritenere alto il costo sociale ed individuale dei disturbi che ad esso si correlano; un breve richiamo di questi costi comprende sicuramente: il periodo di riposo del soggetto ed eventualmente dei familiari che devono accudirlo, la visita del medico di famiglia, gli esami diagnostici e radiologici; ma non solo, l'eventuale visita del medico specialista, la cura con antinfiammatori, la valutazione del fisioterapista, il trattamento di fisioterapia diversificato in strumentale, posturale, terapia manuale, trattamento meccanico, osteopatia, altro. Un trattamento appropriato, volto all'aumento dell'efficacia attraverso un'attenta e precisa valutazione preliminare può accelerare il recupero dello stato di salute. L'appropriatezza del trattamento va intesa come un più funzionale modello di risposta organizzativa all'evento morboso.

Nell'esempio seguente consideriamo il dolore sacroiliaco, dove un esame fisico accurato, eseguito da fisioterapisti competenti nella terapia e nella diagnosi meccanica ha un'alta sensibilità e specificità e può eliminare alcuni passaggi della catena dei costi precedentemente considerata. Quando il dolore si presenta in modo acuto e penetrante, unilaterale, localizzato in una ristretta area a ridosso della spina iliaca postero superiore, aumentato dal carico

soprattutto monolaterale, si può con ragionevole approssimazione pensare ad una disfunzione della articolazione sacroiliaca. Può essere d'elezione in questo caso un approccio meccanico al trattamento di tale articolazione, attraverso manovre della terapia manuale od osteopatiche. Naturalmente il coinvolgimento dell'articolazione sacroiliaca può essere presente anche in altri quadri più complessi di distribuzione del dolore, che può essere sordo e soffocato, o anche semplicemente un fastidio, diffuso su un'area più estesa, mono o bilaterale, che interessa a fascia l'area sacrale, o più estesamente l'area lombosacrale, e può essere distribuito lungo il percorso dello sciatico (gluteo, parte posteriore della coscia e a volte polpaccio), la regione lombare bassa, regione lombare alta, glutei, inguine, faccia mediale, anteriore, posteriore o laterale della coscia, ginocchio, zona addominale bassa, faccia posteriore, laterale o anteriore della gamba, caviglia, piede. In tali casi, pur potendo comprendere la disfunzione sacroiliaca tra le cause del disturbo, si deve estendere l'analisi sull'origine del dolore alle altre strutture articolari, muscolari, miofasciali, possibilmente coinvolte; possono essere opportuni altri interventi terapeutici localizzati alle singole strutture interessate, o volti con un ragionamento più globale alla correzione della postura. Ovviamente è chiaro che andrà discriminata, prima di ogni cosa, una eventuale origine del disturbo da cause non di nostra competenza: neoplastiche, metaboliche, infettive.

Nel caso del dolore sacroiliaco, una attenta ed efficace valutazione clinica permette una chiara identificazione del quadro patologico, delinea con precisione un appropriato intervento terapeutico, riduce il ricorso a indagini diagnostiche strumentali e a consulenze superflue, evita il lievitare dell'insieme dei costi.

# Valorizzare la professione con la Dirigenza Riabilitativa

di Filippo Guccione\*

L'attuale contesto politico-legislativo tende a razionalizzare, economizzando al massimo anche sul comparto sanitario-assistenziale e imponendo, quale elemento qualificante della programmazione, la necessità di una riorganizzazione del S.S.N. che individui modelli organizzativi ispirati a principi di efficienza, efficacia ed economicità, nonché di soddisfazione e gradimento dell'utente. Siamo consapevoli che il costo delle risorse umane, ha assunto nella gestione aziendale una importanza fondamentale, imponendo la sua massima razionalizzazione per essere competitivi sia nella produttività che nella qualità delle prestazioni erogate. L'aziendalizzazione impone strategie di controllo, di verifica dei sistemi di erogazione del servizio e di aderenza agli obiettivi prefissati, che inducono a continue trasformazioni organizzative 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 organizzativi-gestionali sperimentali o sperimentati. Attualmente l'evoluzione delle professioni sanitarie, determinata dalla legge 341/90 e 509/99 di riforma degli Ordinamenti Universitari con l'istituzione dei Diplomi Universitari, della Laurea e della Laurea specialistica, e dalla 502/92 e sue successive modificazioni, seguiti dai nuovi contratti di lavoro, pone le basi per adeguare i nostri livelli di competenza e professionalità a quelli dei più avanzati paesi della Comunità Europea ed indirizza ad una gestione più consapevole, autonoma e responsabile del ruolo professionale. In un contesto europeo, se non sapremo accrescere il nostro livello culturale, nonché la competitività del servizio pubblico rispetto al privato, ci troveremo di fronte al rischio non di mancare una occasione, ma di rimanere emarginati in una costante subalternità sul piano tecnologico, organizzativo e culturale.

È ormai assodato il fallimento di un modello gestionale che nel passato vedeva la centralità del ruolo medico, esclusivo protagonista, a cui venivano demandate appieno competenze e 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 ha trasformato 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. La presa di coscienza di un sistema negativo perché incontrollato ed improduttivo, unito ad un insufficiente coordinamento e controllo di qualità e ad un perverso dirottamento del sostegno finanziario pubblico, hanno determinato un mancato riscontro di efficienza ed efficacia del Servizio Sanitario Nazionale, al punto da indurre il Legislatore ad introdurre nuove leggi che hanno

ribaltato il rapporto Struttura-Paziente, istituendo all'interno delle pubbliche amministrazioni unità funzionali ed uffici (Pubbliche relazioni, della trasparenza, diritti del cittadino, bioetica ecc...) a tutela di quest'ultimo. 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 proprio lavoro senza incombenze che lo impegnino e distraggano dalle proprie competenze professionali.

Il binario oggi è rappresentato dalla Legge 26 febbraio 1999, n. 42 che all'art. 2. recita "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici" e dalla Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" che ha suddiviso, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4, in aree (classi) le professioni sanitarie, in particolare:

- area (classe 1) delle Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica (art. 1);
- area (classe 2) delle Professioni sanitarie riabilitative (art. 2)
- area (classe 3) delle Professioni tecnico-sanitarie (art. 3)
- area (classe 4) delle Professioni tecniche della prevenzione (art. 4)

Riguardo alle Professioni sanitarie riabilitative, la legge 251/00 all'art. 2, comma 2, così recita: "Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione europea".

Il Governo, all'art. 6, comma 2, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per

l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, ove all'interno vi stanno i dirigenti con funzioni legate alla specifica area professionale (classe infermieristica, riabilitativa, tecnica e della prevenzione), così come nell'area medica vi sono i dirigenti della specifica area professionale (neurologo, cardiologo, ortopedico, chirurgo) legati ai diversi percorsi formativi o ordinamenti didattici.

L'articolo 7, al comma 2 afferma che *"Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1 (dirigente servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica), di durata triennale rinnovabile, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale"*.

Oggi non lottare per l'affermazione della professione e

del rispetto delle leggi che le regolano, significa vanificare le lotte che ci hanno visti partecipi negli anni pregressi. Avere paura del fatto che un collega possa dirigerci significa appiattire la professione.

Avere paura di confrontarci, di responsabilizzarci, di accrescere il nostro livello culturale, di essere competitivi, ci espone al rischio dell'emarginazione e di mancare un'occasione importante per lo sviluppo della professione.

Ma cosa ancor più grave, rischiamo di essere costantemente subordinati alla figura medica.

Cosa che forse fa comodo a chi culturalmente e professionalmente si è appiattito.

L'obiettivo di tutti noi è di creare una professione che, come le professioni di farmacista, fisico, biologo etc..., abbia di base responsabilità dirigenziali.

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

## La ricerca e la terapia manuale

di Maria Concetta Girgenti\*

"Così come per le altre discipline sanitarie, anche nell'ambito delle professioni sanitarie della Riabilitazione è necessario consolidare una 'cultura scientifica della riabilitazione' e quindi continuare il percorso già avviato che mira alla strutturazione di un metodo di lavoro attraverso il ragionamento clinico e la Pianificazione dell'Intervento Riabilitativo". Partendo dall'introduzione dell'abstract del I Convegno Regionale AIFI Sicilia "FARE RIABILITAZIONE IN SICILIA: Tra Scienza e Organizzazione", ritengo doveroso invitare tutti coloro che si occupano di terapia manuale in Sicilia a partecipare attivamente a tale convegno, in quanto momento importante di condivisione per gettare le basi per quello che è uno degli obiettivi del gruppo di terapia manuale: "la ricerca e la sperimentazione delle evidenze in medicina". Estendo l'invito a tutti coloro che, lavorando nel campo della terapia manuale, vogliano costantemente mettersi in discussione e fare proprie le conoscenze della letteratura scientifica internazionale non sottovalutando i risultati, che in ogni caso non possono essere l'unico metro di paragone per il nostro comportamento.

È fondamentale che noi fisioterapisti ci abituiamo a leggere in prima persona la letteratura originale, anche per poter considerare il peso, la correttezza e l'appropriatezza delle citazioni altrui. Valutare criticamente i risultati di una ricerca significa verificare se uno studio è valido, se riporta risultati non solo statisticamente ma soprattutto clinicamente significativi, se questi risultati possono essere applicati individualmente al paziente. Bisognerebbe, ad esempio, essere in grado di distinguere, tra gli studi anatomo-fisiologici, quelli che possono avvalorare o meno la presenza di un certo meccanismo di recupero, e gli studi che indagano se le tecniche che utilizzano quei possibili meccanismi siano in grado effettivamente di produrre risultati obiettivamente scientificamente. È lasciata alle capacità personali la decisione dell'utilizzo di una metodica anziché di un'altra, ma dobbiamo comunque cercare di rendere sempre più universale il linguaggio utilizzato tra gli operatori.

L'esperienza clinica è importantissima, ci accompagna per tutta la nostra vita professionale ed è composta da molteplici elementi, non tutti dimostrabili. Spesso ci accorgiamo che un certo approccio o una certa procedura "funziona", senza sapere esattamente il perché. Tale modello comportamentale può diventare razionale solo se è consapevole dei suoi limiti e se viene continuamente migliorato ed integrato dal confronto con le altre esperienze e le migliori evidenze disponibili. La costruzione della nostra professione deve partire da solide fondamenta, che possono derivare solo dalla pratica e dall'esperienza di chi, prima di noi, ha potuto fare ricerca. La base per la pratica della fisioterapia nell'ambito della Terapia Manuale è quella che la WCPT (World Confederation for Physical Therapy) e l'IFOMT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists) che hanno, nel tempo, costruito esperienze consolidate, prassi validate, continua verifica e ricerca: e non può essere diversamente. Su questa solida base, deve poi integrarsi un continuo movimento, un proliferare di proposte, di idee, di intuizioni, sulle quali plasmare e rimodellare il nostro agire. Per essere credibili, perché la fisioterapia sia credibile nel mondo scientifico è importante, a mio avviso, utilizzare un agire professionale solido e inoppugnabile, che non si rifaccia alle singole tecniche, cercando nella nostra pratica quotidiana di rendere scientifico il nostro agire. Il tempo e la continua ricerca permetteranno di far entrare nella pratica del fisioterapista gli approcci che avranno saputo dimostrare di poterne fare degnamente parte. Il Convegno può essere, quindi, un'occasione importante per costituire un primo gruppo di studio.

\*Fisioterapista, CAPP Cooperativa sociale

# UVG: un modello integrato per riabilitare l'anziano

di Antonella Liberto\*

Riabilitare l'anziano è oggi più che mai un'esigenza a livello mondiale. La crescita esponenziale della percentuale dei soggetti in età geriatrica si traduce inevitabilmente in un aumento progressivo di malattie cronico-degenerative correlate con gravi disabilità, come emerge dai più recenti dati epidemiologici. Ciò giustifica l'incremento considerevole delle richieste riabilitative riguardanti lo stato di salute di persone al di sopra dei 65 anni avvenute negli ultimi anni. Esaminando la distribuzione dei ricoveri sul territorio nazionale si rileva che gli ultrasessantenni ricoprono la metà circa dei ricoveri. I tassi di ricovero crescono poi con l'avanzare dell'età e le degenze a carattere riabilitativo costituiscono la quota preponderante. Il disabile che sopravvive ha richieste maggiori di quelle che aveva prima di ammalarsi.

La medicina geriatrica e la riabilitazione oggi sono maggiormente orientate alla prevenzione di fattori-rischio e alla promozione di uno stile di vita sana e autonoma che privilegi le interazioni sociali e ambientali lungo tutto il corso dell'esistenza, per contrastare e rallentare il decadimento psicofisico. L'intervento riabilitativo assume un ruolo fondamentale nella prevenzione e nel trattamento delle disabilità dell'anziano. Obiettivo principale della riabilitazione in geriatria è la salvaguardia dell'autonomia, il mantenimento dell'autosufficienza o, quando ciò non sia possibile, l'accettazione della dipendenza nelle migliori condizioni di vita possibile. Ciò che conta è rendere più sereni e umani gli ultimi anni migliorando la qualità della vita e la dignità dell'individuo. Il fisioterapista, operando all'interno di un'equipe multi o interdisciplinare, collabora all'elaborazione di un progetto globale di miglioramento della salute dell'anziano. È nel lavoro di gruppo che si fa il bilancio del grado di autonomia e dei bisogni del paziente per una attenta formulazione degli interventi più appropriati alla risoluzione dei problemi del soggetto e al raggiungimento del miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale.

Con l'allungarsi della vita si evidenziano gli aspetti peculiari del *processo involutivo primario*, che è un lento e progressivo processo che riguarda ogni essere vivente, caratterizzato da indebolimento dei meccanismi di difesa di fronte alle variazioni ambientali e riduzione della capacità funzionale dei vari organi ed apparati. Su questo si inserisce, nella quasi totalità dei soggetti, l'*insenimento secondario*, che è l'innestarsi ed il conseguente sommarsi di eventi patologici che l'anziano contrae lungo il corso della sua esistenza. L'anziano è per definizione un soggetto *fragile* che presenta un alto rischio di disabilità e di perdita dell'autosufficienza. Il declino dell'autonomia può essere rapido, specialmente in seguito ad eventi acuti e, può essere influenzato da alcuni fattori individuali, psicologici, sociali, ambientali. Gli *anziani a più alto "rischio"* sono

gli ultraottantenni, gli individui affetti da pluripatologie a carattere cronico, gli anziani in situazioni di svantaggio sociale, i pensionati, i vedovi, i divorziati, gli anziani senza figli e che vivono soli, quelli con basso reddito e che vivono in case con barriere architettoniche o che subiscono l'allontanamento dal proprio nucleo abitativo, familiare e sociale. È soprattutto al di là dei settanta e particolarmente degli ottanta-ottantacinque anni, che la dipendenza dalle malattie croniche e la disabilità divengono più evidenti.

L'assistenza geriatrica si avvale di strutture e servizi geriatrici ospedalieri e, territoriali coordinati tra loro e, organizzati "a rete" che adottano un modello integrato di intervento socio-sanitario. Esso deve garantire un'*assistenza continuativa, globale e flessibile* attraverso l'*Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)*, costituita dal medico geriatra, l'infermiere professionale, l'assistente sociale e il fisioterapista, il cui compito preminente è quello di effettuare la *valutazione multidimensionale*, strumento indispensabile per la selezione e l'accesso del paziente geriatrico all'assistenza continuativa. Essa permette un corretto approccio ai bisogni dell'anziano, attraverso un'analisi accurata della condizione di salute nella maniera più globale e completa possibile. Ne consegue la costruzione di un piano di assistenza individualizzato e l'assegnazione della persona anziana ai diversi setting assistenziali. Dei servizi geriatrici previsti alcuni sono già fruibili, altri devono essere potenziati o attivati; non sempre esiste inoltre la necessaria integrazione tra settore sanitario e sociale ed il collegamento tra ospedale e territorio. Di fondamentale importanza è il coinvolgimento attivo e consapevole del soggetto anziano e dei suoi familiari. La famiglia ha, infatti, un ruolo determinante nel processo di recupero del disabile nel creare un'atmosfera orientata in senso riabilitativo, favorendo la collaborazione e il mantenimento dell'autostima dell'individuo.

Il fisioterapista elabora e definisce, sulla base della *valutazione funzionale* effettuata, il *programma riabilitativo* volto al superamento del bisogno di salute del disabile, pratica, in via autonoma, l'attività terapeutica, verificando la rispondenza della metodologia utilizzata agli obiettivi di recupero funzionale. Alla base della pianificazione dell'intervento riabilitativo c'è un percorso scientifico che va dall'osservazione e valutazione del malato, alla rilevazione dei bisogni, alla scelta dell'*esercizio terapeutico*. Lo strumento per la pianificazione è la *cartella riabilitativa* che, se esaustiva e dettagliata, assicura rigore metodologico e sicurezza nell'operare. L'intervento riabilitativo deve essere finalizzato a livelli di recupero congrui con le reali possibilità dell'anziano, per evitare situazioni frustranti o al contrario poco stimolanti. Delle molteplici strategie terapeutiche del bagaglio riabilitativo, il fisioterapista dovrà scegliere quelle più adatte alla storia del paziente

# Fare Riabilitazione

*AIFI Sicilia magazine*

alla sua realtà psicologica, sociale, familiare, ambientale e, al suo stato di salute. Bisogna sottolineare che la scelta degli obiettivi e delle tecniche nei soggetti in età avanzata deve tener in considerazione eventuali alterazioni e modificazioni che ostacolano il recupero ancor più dello stesso evento invalidante.

Lo stato generale dell'anziano richiede innanzitutto una *precoce ripresa funzionale* ed un miglioramento

finalizzato a conseguire l'autonomia, il ritorno alla sua abitazione e al suo ambiente socio-familiare. L'assistenza geriatrica e la riabilitazione dovranno necessariamente orientarsi alla ricerca di modalità di intervento terapeutico e riabilitativo che consentano alla persona anziana di vivere più a lungo in buona salute e autonomia.

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

## 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



Regione Sicilia

**Presentazione**

**Attività Associativa 2006**

Giovedì 10 Novembre 2005 ore 10.00

Saletta

PARK HOTEL CAPO MULINI

SS 114 Km 85 - V.le Fierafranca n.33

Loc. Capomulini - Acireale (Ct)

Tel. 095877511



Regione Sicilia

**Presentazione**

**GIS Sport**

Venerdì 11 Novembre 2005 ore 10.00

Saletta

PARK HOTEL CAPO MULINI

SS 114 Km 85 - V.le Fierafranca n.33

Loc. Capomulini - Acireale (Ct)

Tel. 095877511



REGIONE SICILIA

CAPP  
Coop. Soc.

**I Convegno Regionale AIFI Sicilia**  
**FARE RIABILITAZIONE IN SICILIA:**  
**Tra Scienza e Organizzazione**  
**Catania, 10-11 Novembre 2005**

*I giornata*      Giovedì 10 Novembre 2005

**Il Processo scientifico in Riabilitazione: Metodo e metodiche**

La prima parte del Convegno, organizzata in sessioni sotto forma di workshop, vuole fare il punto su alcuni degli ambiti in cui opera la Riabilitazione e sulla costruzione dell'intervento terapeutico-riabilitativo confrontandosi con gli aspetti medici e/o chirurgici e partendo dalla considerazione che le varie metodiche sono gli strumenti di prova delle ipotesi che si fanno per superare il bisogno di salute della Persona con disabilità.

Ore 8.30	Registrazione dei partecipanti Saluto della autorità:	Presidente della Provincia Regionale di Catania Direttore Generale ASL 3 Catania
Ore 9.00	Presentazione	<i>Rosario Fiolo</i>
<i>I Sessione</i>	Moderatori:	<i>Carmelo Di Stefano, Rosario Fiolo</i>
Ore 9.15	La Riabilitazione in Neurologia	<i>Giuseppe Salemi, Laura Genco</i>
Ore 10.00	La Riabilitazione in Geriatria	<i>Mario Barbagallo, Antonella Liberto</i>
Ore 10.45	Break	
<i>II Sessione</i>	Moderatori:	<i>Orazio Meli, Carmelo Roccaro</i>
Ore 11.00	La Riabilitazione in Reumatologia	<i>Gianfilippo Bagnato, Salvo Morgante</i>
Ore 11.45	La Terapia Manuale	<i>Pietro Palazzolo, Maria Concetta Girgenti</i>
Ore 12.30	La Riabilitazione in Oncologia	<i>Cettina Migliore, Francesca Catalano</i>
Ore 13.15	Pausa pranzo	
<i>III Sessione</i>	Moderatori:	<i>Filippo Foscari, Giuseppe Pulvirenti</i>
Ore 14.30	La Riabilitazione cardio-respiratoria	<i>Vincenzo Bellia, Vincenza Bellia</i>
Ore 15.15	La Riabilitazione in pediatria e NPI	<i>Pino Porrello, Giuseppina Damiani</i>
Ore 16.00	Break	
<i>IV Sessione</i>	Moderatori:	<i>Anna Maria Venere, Cettina Raniolo</i>
Ore 16.15	La Riabilitazione in uro-ginecologia	<i>Giuseppe Ettore, Rosaria Bellipanni, Gabriella Nolfo, Leo Pellegrino</i>
Ore 17.00	La Riabilitazione dell'A. S. e della Mano	<i>Rosario Perrotta, Antonino Morano</i>
Ore 17.45	La Riabilitazione in acqua	<i>Patrizia Zappalà, Franco Lo Baido</i>
Ore 18.15	L'Osteopatia	<i>Franco D'Amore</i>
Ore 18.30	Chiusura lavori I giornata	

*II giornata*      Venerdì 11 Novembre 2005

**Il Processo organizzativo in Riabilitazione**

La seconda parte del Convegno, anch'essa programmata in sessioni, vuole portare un contributo su quale sia la migliore organizzazione dell'intervento riabilitativo per garantire una elevata qualità di vita della Persona con disabilità.

<i>I Sessione</i>	Il modello formativo universitario	
	Moderatori:	<i>Roberto Dattola, Francesco Nicoletti, Giovanni Savettieri</i>
Ore 8.30	Presentazione	<i>Paolo Pillastrini</i>
Ore 9.00	Il Core Curriculum	<i>Filippo Guccione</i>
Ore 9.20	Tirocinio: quale tirocinio?	<i>Filippo Cavallaro</i>
Ore 9.40	Verso una Conferenza Universitaria Siciliana dei CdL In Fisioterapia?	<i>Gioacchino Gaudioso</i>
<i>II Sessione</i>	L'Integrazione e la valutazione dei bisogni di salute della persona	
	Moderatori:	<i>Maria Luisa Troja, Carmelo Di Stefano</i>
Ore 10.00	L'integrazione socio-sanitaria e il Progetto SIRIS	<i>Edoardo Barbarossa</i>
Ore 10.30	L'applicazione della Legge n. 328/2000 nel territorio siciliano	<i>Giuseppe Cultrera</i>
Ore 10.50	ICF: Il modello bio-psico-sociale	<i>Marina Rizzo</i>
Ore 11.10	L'integrazione socio-sanitaria nell'assistenza alla persona	<i>Carmela Grasso</i>
Ore 11.30	Break	
<i>III Sessione</i>	Il Governo Clinico nelle Strutture Sanitarie	
	Moderatore:	<i>Orazio Meli</i>
Ore 11.45	Riabilitazione e ASL	<i>Eugenio Gallitto</i>
Ore 12.05	Riabilitazione e AO	<i>Roberto Ferrara</i>
Ore 12.25	Riabilitazione e AOUP	<i>Filippo Guccione</i>
Ore 12.45	Riabilitazione e Management	<i>Angelo Ginestra</i>
Ore 13.15	Pausa pranzo	

(continua)

(segue)

### I Convegno Regionale AIFI Sicilia **FARE RIABILITAZIONE IN SICILIA: Tra Scienza e Organizzazione** Catania, 10-11 Novembre 2005

*IV Sessione* Riabilitazione e Territorio

Moderatore: *Lucio Vecchio*  
Ore 14.30 L'UVD nel territorio *Carmelo Roccaro*  
Ore 14.50 Il ruolo del terzo settore *Giuseppe Fiolo*  
Ore 15.10 La Libera Professione *Giacomo Gieri*  
Ore 15.30 Riabilitazione e Ausili *Giovanni Larcan*  
Ore 16.00 Break

Ore 16.15 TAVOLA ROTONDA:

QUALE ORGANIZZAZIONE PER UNA MIGLIORE RIABILITAZIONE NELLA REGIONE SICILIANA

Moderatore: *Dott. Ft Vincenzo Manigrasso* Presidente nazionale AIFI  
Partecipano: *On. Dott. Giovanni Pistorio* Assessore Regionale alla Sanità  
*On. Avv. Raffaele Stancanelli* Assessore Regionale alla Famiglia  
*Dott. Salvatore Crispi* Presidente Coordinamento H  
*Dott. Paolo Greco* Segretario regionale CISL Sicilia  
*Dott. Ft Rosario Fiolo* Presidente AIFI Sicilia

Ore 18.30 Test di valutazione

Ore 19.00 Chiusura dei lavori

Saranno presentati poster su Tesi di Laurea Studenti laureati nelle Università siciliane

Sede: Sala Congressi Park Hotel Capomulini SS 114 Km 85 - V.le Fierafranca n. 33  
località Capomulini - Acireale (Catania)

Iscrizione e Partecipanti: Aperta a 230 fisioterapisti, gratuita, solo per i fisioterapisti iscritti all'AIFI  
Modalità di Iscrizione: L'apposito Modulo di iscrizione, da scaricare dal sito [www.aifisicilia.it](http://www.aifisicilia.it), debitamente compilato, dovrà pervenire alla Segreteria organizzativa entro e non oltre il 5 novembre 2005 al seguente numero di fax 095/7461360.  
Saranno iscritti i primi 230 fisioterapisti che avranno fatto pervenire la domanda secondo le modalità sopradescritte - farà fede la data del Fax.

Segreteria scientifica: AIFI Regione Sicilia, Via Marchese di Villabianca n. 120, 90143 - Palermo  
Segreteria organizzativa: AIFI Regione Sicilia, Anna Maria Venere Tel. 3383941650, fax 095/7461360  
email: [annamariavenere@libero.it](mailto:annamariavenere@libero.it)

Crediti formativi ECM richiesti presso il Ministero della Salute



#### ABSTRACT

Così come per le altre discipline sanitarie, anche nell'ambito delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione è necessario consolidare una "cultura scientifica della riabilitazione" e quindi continuare il percorso già avviato che mira alla strutturazione di un metodo di lavoro attraverso il ragionamento clinico e la Pianificazione dell'Intervento Riabilitativo. La modalità scientificamente e metodologicamente più adeguata è quella dell'utilizzo della Cartella Riabilitativa; essa è appunto lo strumento con cui elaborare, pianificare, attuare e verificare in maniera "scientifica" l'intervento riabilitativo e con cui si applica la Metodologia Riabilitativa.

Essa è inoltre uno degli strumenti che consente di realizzare il controllo del governo clinico, cioè di quel contesto che, attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie adeguate, consente una sistematica e continua valutazione dei processi assistenziali ai fini della promozione e del miglioramento della qualità delle prestazioni.

È quindi utile fornire, già nel percorso formativo universitario di base del fisioterapista le conoscenze e gli strumenti metodologici per concretizzare la Pianificazione dell'Intervento Riabilitativo e contribuire così a migliorare i processi di aziendalizzazione oggi in atto per produrre un effettivo miglioramento della qualità dell'intervento assistenziale riabilitativo, permettendo così al fisioterapista di applicare in pieno quanto previsto dal D. M. 741/94 "Profilo professionale del fisioterapista" acquisendo la corretta metodologia nell'ambito della strutturazione dell'intervento riabilitativo, grazie anche all'uso di un linguaggio condiviso.

Inoltre, grazie al conseguimento della laurea magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione, che permette di raggiungere una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi, il fisioterapista acquisisce le competenze per sviluppare un approccio integrato ai problemi organizzativi e gestionali delle professioni sanitarie, qualificato dalla padronanza delle tecniche e delle procedure del management sanitario, nel rispetto delle loro ed altrui competenze. Le conoscenze metodologiche acquisite gli consentono quindi anche di intervenire nei processi formativi e di ricerca peculiari degli ambiti di competenza.

Il fisioterapista, quindi, concorre insieme alle altre competenze cliniche ed organizzative, alla identificazione dei bisogni e alla realizzazione delle appropriate risposte assistenziali.

Nel corso della prima giornata di lavori, organizzata sotto forma di "workshop", si intende focalizzare l'attenzione su alcuni degli ambiti in cui interviene la Riabilitazione e sulle procedure di costruzione dell'intervento terapeutico-riabilitativo, confrontandosi con gli aspetti medici e/o chirurgici e partendo dalla considerazione che le varie metodiche riabilitative sono gli strumenti di prova delle ipotesi che si pongono per superare il bisogno di salute della Persona con disabilità.

La seconda giornata, anch'essa programmata in sessioni, intende fornire alcuni contributi su quale sia la migliore organizzazione per la gestione dell'intervento riabilitativo al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile alla Persona con disabilità. A questo scopo si è ritenuto indispensabile prevedere lo svolgimento di una Tavola Rotonda dedicata, con la partecipazione dei più rappresentativi esponenti delle Istituzioni, delle organizzazioni di disabili e della professione.



**AIFI**  
**Regione Sicilia**

**Associazione**  
**Fisioterapia e Benessere**

**FORMAZIONE IN RIABILITAZIONE**  
**EVENTI FORMATIVI ECM 2005**

**LA RIABILITAZIONE DELLA MANO SPASTICA**

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

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

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

**PARALISI MEDIANO, ULNARE E RADIALE**

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

**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI PER FISIOTERAPISTI**

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

**INFORMAZIONI**

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



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

**Associazione Fisioterapia e Benessere - Tel. 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

*Richiedi crediti ECM presso il Ministero della Salute*



AIFI  
Regione Sicilia

CAPP\*  
Coop. Soc.

corso

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

Durata del corso:	25 ore in 4 giornate
Data:	dal 2 al 6 novembre 2005
Sede:	Centro studi CAPP coop. soc. - Via M.se di Villabianca 120, Palermo
Numero partecipanti:	30 - il mancato raggiungimento penalizzerà lo svolgimento del corso
Docenti:	Ft Meli Orazio - Ft Roccaro Carmelo
Costo:	€ 300.00 iscritti AIFI - € 400.00 non iscritti AIFI
Materiale didattico:	dispense cartacee
Strumento di verifica:	questionario di valutazione
Segr. organizzativa:	Ft M. Concetta Girgenti cell. 348.0181927
ECM:	avanzata richiesta (previsti 18 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

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



Medical Space®

## Ariel 155



Sistema laser CO<sub>2</sub>

Euro 416,00 x 24 mesi



## Orthospec



Terapia ad Onde d'Urto



Riabilitare è un'Arte!  
Parliamone!



Medical Space s.r.l. - via degli Artigiani, 40 Zona Industriale 54100 Massa (MS) Italy  
tel. 0585 79.33.30 fax 0585 79.33.23  
web: <http://www.medical-space.com> e-mail: [info@medical-space.com](mailto:info@medical-space.com)

# 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*