

Fare Riabilitazione

AIFI Sicilia magazine



Il gradimento manifestato da tanti colleghi nei confronti di *Fare Riabilitazione* ci induce, a conclusione del primo anno di pubblicazioni, a considerare positivo il bilancio di questa esperienza, che offre innanzitutto opportunità di confronto e dibattito in una regione come la Sicilia che non ha ancora realizzato tutte le condizioni per una riabilitazione di qualità.

La politica sanitaria regionale in materia di riabilitazione, infatti, oscilla tra lentezze ed inadempienze, e sembra improntata per lo più ad “un’etica delle intenzioni” che non si traducono in atti: un piano triennale sull’handicap risalente al 1986, posti letto di riabilitazione ancora quasi inesistenti e una proposta di legge sulla dirigenza delle professioni sanitarie che giace da tempo in commissione sanità, sono solo alcuni esempi, tra tanti, che dimostrano quanto alla fine ciò si traduca in un danno per i cittadini, ma anche in difficoltà per gli operatori. I fisioterapisti, tra l’altro, sono stati penalizzati da decreti assessoriali che disconoscono le leggi nazionali, che al contrario valorizzano il ruolo della professione all’interno delle attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione.

Una situazione ancora più anacronistica se si tiene conto di quanto stabilito dai ministri dell’università dell’unione europea nella dichiarazione del 1999 nota come “Bologna process”. A questo proposito, il Congresso europeo sulla formazione del fisioterapista ad Estoril, in Portogallo, è stato un importante momento di confronto, sia sugli aspetti della politica sanitaria inerenti alla professione, che per l’elaborazione di modelli formativi comuni che tengano conto della

necessità di “ampliare” il percorso curriculare di base. Un percorso che, costantemente, si arricchisce degli apporti di importanti discipline, come le neuroscienze, che danno la possibilità al riabilitatore di porsi in modo critico nell’elaborazione delle strategie terapeutiche. Infatti, come suggerisce il Prof. Perfetti, “il riabilitatore dovrebbe per lo meno domandarsi se non possa essere opportuno porre il paziente di fronte a compiti diversi, al fine di attivare un’area più di un’altra e diversamente da quanto non possa attivarsi di fronte ad un’aspecifica richiesta di un movimento routinario”. Riteniamo, pertanto, sia un interesse costante per tanti colleghi approfondire le questioni scientifiche essenziali alle scienze del recupero.

Scienze che coniugano in modo sincretico, un punto di vista attento alla “dissezione anatomica” di vegettiana memoria, che conduce anche alla ricerca dell’area del cervello in cui si trova il “modulo numerico”, con un’attenzione ai significati che il corpo esprime in determinati contesti terapeutici dove, come ci ricorda Foucault, sia il corpo-macchina che il corpo-soggetto sono iscritti in forme di sapere che interagiscono con forme di potere storicamente consolidate.

Storicamente, i fisioterapisti hanno dimostrato il loro impegno verso “l’uomo” contribuendo concretamente all’attivazione di servizi, oggi largamente diffusi, come quello domiciliare, su cui auspichiamo si possa aprire un dibattito tra tutte le parti interessate.

Ci auguriamo quindi, che in un prossimo futuro si realizzino tutte le condizioni per un “buona riabilitazione”.

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 associativa di € 80.00 (soci ordinari) o di € 26.00 (quota associativa studenti):
- sul c/c bancario n.540/9 presso il Credito Emiliano di Palermo, sede p.zza De Gasperi n.25/A ABI 3032 - CAB 4601, oppure
- sul c/c postale n.39785092, intestato ad A.I.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, compilarlo, in doppia copia, in tutte le sue parti. Spedire entrambe le copie corredate di:
1. fotocopia del versamento;
2. fotocopia autocertificata del titolo conseguito (per gli studenti certificato di frequenza);
3. fotocopia della P.IVA (solo per i liberi professionisti).

AIFI Sicilia

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

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

Sezioni Provinciali

Catania Giuseppe Cultrera
Palermo Angelo Ginestra

Referenti Provinciali

Caltanissetta Fabio Dell'Aira
Enna Roberta Russo
Siracusa Giuseppe Pulvirenti

Servizio domiciliare: all'ombra dell'handicap **3**
Lucio Vecchio

Formazione: ad Estoril confronto europeo **5**
Filippo Cavallaro

Nuove politiche di organizzazione **6**
Salvatore Crispi

Vedi alla voce irraziazione: riflessioni bibliografiche **7**
Carlo Perfetti

Legislazione: riconoscimento professionale e dirigenza **9**
Filippo Guccione

Barriere architettoniche: realtà o utopia? **10**
Cettina Girgenti

Brian Butterworth e il suo "modulo numerico" innato **11**
Filippo Cavallaro

Intensiva: corpo macchina oltre il corpo etico **13**
Cristiana Rallo

Corsi di aggiornamento **15**

"Riabilitiamo" i genitori **16**
Giuseppe Verde

Nuovi progetti ad Enna **16**
Roberta Russo

Riabilitare dal coma: intuizioni e collaborazione **17**
Antonella Liberto

Terapia manuale: andare al di là della tecnica **18**
Maria Concetta Girgenti

Comunicazione dell'Università degli Studi di Palermo **19**

In copertina:

Bernini, *Apollo e Dafne*, particolare, 1622 -1625
Roma, Galleria Borghese

Collaborazioni

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

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

fareriabilitazione@aifisicilia.it

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

Servizio domiciliare: all'ombra dell'handicap

di Lucio Vecchio*

Nel 1973 il primo assistito, e anche l'unico, domiciliare in Sicilia fu Santo, (tetraparetico-spastico-distonico, mi si perdoni il linguaggio arcaico e brutale), di Zafferana Etnea.

Questi era stato operato all'encefalo, secondo il chirurgo, per inibire l'ipertono, e la fisioterapia, com'è facile intuire, era oltremodo necessaria. Il fratello, non era più nelle condizioni di accompagnarlo al Centro AIAS di Acireale. Insieme, io ed il fratello, tra pellegrinaggi e telefonate al ministero alla Sanità (tutti allora dipendevano da Roma), capimmo che era possibile trattarlo a domicilio, sempre a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Si fece così questa prima pratica domiciliare: Santo, l'assistito, Lucio Vecchio, il terapeuta.

Eravamo contenti di questa piccola cosa, e neanche sospettavamo gli sviluppi.

Ben presto l'AIAS di Acireale si trovò sommersa di richieste per tale forma di assistenza e il medico provinciale di Catania, dopo una serie di passaggi, durante i quali si rischiò di perdere il nascente servizio domiciliare, autorizzò in convenzione 37 prestazioni giornaliere.

lo fui ripetutamente e pubblicamente attaccato e indicato quale "profittatore" (toccavano al terapeuta 185 lire di indennità e 35 lire al chilometro).

Sono passati 31 anni e qualcuno, tra quelli che mi attaccarono, oggi ha in convenzione centinaia di impegnative per servizio domiciliare. Insomma, lasciatemelo dire, è un bel "giro".

Un fatto è certo: oggi la collettività siciliana può vantarsi, tra luci ed ombre, di avere un buono e cospicuo servizio domiciliare a favore degli handicappati.

Il servizio è, in pratica, interamente svolto dai centri privati convenzionati. Le convenzioni (ex circolare 747 del 29 Aprile 1994) per via del contenimento della "spesa" sanitaria, non coprono la domanda di questi servizi e si registrano lunghe liste d'attesa, che costringono spesso le famiglie a scelte diverse e costose (viaggi della speranza, prestazioni private, etc.).

È indubbiamente un arcipelago, molto variegato e che, a parer mio, sarebbe utile ed anche ora di parlarne.

Cosa dice la normativa in Sicilia? La legge 16 del 28/03/1986 (piano triennale), all'allegato, sotto la voce "tipologia dei servizi" punto 3) Domiciliare, così afferma: "per i casi di comprovata difficoltà di trasporto del soggetto portatore di handicap, accertata dalla competente équipe pluridisciplinare, l'unità sanitaria locale è tenuta a garantire la necessaria assistenza riabilitativa al domicilio del paziente".

Mentre al punto precedente "équipes pluridisciplinari", sesto comma:

"Ogni unità sanitaria locale è tenuta a destinare ai servizi di riabilitazione per i soggetti portatori di handicap:

- un terapeuta della riabilitazione (ad indirizzo fisiokinesiterapico, psicomotorio, logopedistico od ortottico, in misura proporzionale all'incidenza epidemiologica speci-

fica), ogni dieci soggetti assistiti (in forma domiciliare, di centro diurno... etc.)".

Il decreto sugli standards del 15 febbraio 1992 ribadisce alla voce "Struttura per 19 prestazioni domiciliari giornaliere":

- n° 4 terapisti della riabilitazione in relazione alla tipologia degli assistiti;
- e prevede per tale servizio, oltre ai terapisti, se aggregato ad un centro diurno:
- 5 ore di medico responsabile;
- 5 ore di medico specialista;
- 18 ore di assistente sociale;
- 10 ore di psicologo.

Volendo dividere le 19 prestazioni domiciliari per le varie figure professionali previste si ottiene:

- 4,75 assistiti pro die per terapeuta (19 prestazioni/4 terapisti).

Insieme ai fisioterapisti avremo:

- 5,263 minuti, per assistito pro die, di medico;
- 5,263 minuti al giorno di psicologo;
- 9,473 minuti al giorno di assistente sociale.

I controlli.

La circolare 747 del 29/04/94 art. 10 lett. c (commissione di controllo a cadenza semestrale).

Non sarebbe male sapere, riguardo alla commissione di controllo: che cosa fa, cosa ha fatto, quante sono operanti, come si arriva alla nomina, ad esempio, del dipendente (lo eleggono i dipendenti o lo "sceglie" la parte datoriale? E se, per mera ipotesi, in qualche Centro convenzionato, fosse stato già scelto il dipendente, questi sarebbe libero di svolgere il compito statuito?

Sarei curioso di sapere in quale archivio finiscono le relazioni di questa commissione di controllo e avrei interesse a visionarle: in dieci anni, al ritmo di due relazioni annuali, sono 20 relazioni per ogni Ente convenzionato!

I tempi di trattamento.

Il Decreto assessoriale 17/06/2002 che prevedeva un'ora di trattamento è stato, successivamente, sostituito dal decreto 17/04/2003 che prevede la durata non inferiore a 45 minuti.

Il tempo sembrerebbe blindato, ma l'Assessorato alla sanità della regione Sicilia, il 27 maggio del 2004, rispondendo alla Funzione Pubblica di Trapani asserisce per scritto, prot. 0820, del Suo Ispettore generale: "Relativamente alla durata del trattamento riabilitativo, che come è noto è stato fissato dal D.A. 17/04/03, di durata non inferiore a 45 minuti, si evidenzia che tale indicazione non è espressa dalla Azienda Sanitaria committente in quanto già contemplata dallo strumento di programmazione costituito dal Decreto sull'accreditamento istituzionale. Derghe a tale previsione possono verosimilmente trovare giustificazione in casi eccezionali, nei quali talune condizioni psicofisiche del soggetto trattato non gli consentano di partecipare proficuamente al trattamento terapeutico per l'intera durata standards".

Pare, pertanto, che sia il fisioterapista a decidere “in trincea”, dov’è praticamente solo, la durata di un trattamento (e sappiamo che, oggi, abbiamo tra gli assistiti la maggioranza di anziani portatori di una serie di patologie invalidanti e terminali che spesso non consentono per una serie di fattori, noti al mondo scientifico e sanitario, di osservare il tempo statuito dalle circolari).

Ma in questi 45 minuti entrano le altre figure professionali o è solo il tempo della riabilitazione *in sensu stricto*?

Perché, se entrano anche le altre figure professionali, dai 45 minuti dovremmo sottrarre 19,999 minuti e al terapeuta toccherebbe effettuare trattamenti di 25,001 minuti. Ma, atteso che, ad esempio, al Centro di “Roccacannuccia”, si “chieda” ai fisioterapisti di effettuare 7 prestazioni al giorno per 40 minuti l’una, che fanno 280 minuti di prestazioni, dunque, poiché la giornata lavorativa è di 360 minuti, restano al terapeuta 80 minuti (durante i quali si suppone ci si lavi le mani, si saluti le famiglie, si raggiunga il proprio automezzo, ci si infogni nel traffico, si trovi un successivo posteggio, etc.), pertanto questo fisioterapista, compreso il rientro a casa, avrà 10 minuti per lo spostamento tra un paziente e l’altro. Un po’ pochini vista la situazione delle nostre città.

Se al Centro di “Roccacannuccia” si osservassero i 45 minuti (tutti al terapeuta) per 4,75 trattamenti al giorno, avremmo 213,75 minuti, resterebbero 146,25 minuti con una percorrenza tra assistiti di 30,789 minuti.

Certo la realtà non è nei freddi numeri, ma, utilizzando il tempo residuo si potrebbe a buona ragione pensare di avere qualche minuto al giorno per le cartelle cliniche e per qualche riunione d’equipe in orario di lavoro e non al di fuori di esso.

E, suppongo, se ne avvantaggerebbe anche la qualità, questione che sta a cuore a tutti, specie agli utenti e ai loro rappresentanti.

Non oso pensare se si osservassero i 45 minuti per i 7 assistiti oggi trattati dai fisioterapisti domiciliari: resterebbero 45 minuti per tutti gli spostamenti: addio cartelle cliniche e riunioni d’equipe.

Non parliamo poi delle condizioni ambientali: letti bassi o alti, stanze piene di tutto, spesso con spazi angusti, rapporti interpersonali non sempre brillanti (l’handicap è un mondo di dolore); l’ansia del posteggio e non c’è alcuna normativa che consenta di avere un cartellino nell’auto-vettura con la dicitura “terapeuta in visita” (e le multe fioccano) e, per non prendere multe, si posteggia l’automezzo lontano e poi traffico, temporali, vento, caldo e durante la stagione estiva, povero chi ha gli assistiti in zona balneare.

Il tutto condito, per il fisioterapista, da una cartellina sottobraccio con i fogli delle firme comprovanti l’avvenuto trattamento, vera “delizia”, e con la continua spada di Damocle di “preposti”, (non parlo di medici, qua la fantasia dei vari enti si spreca) che “vigilano”.

Vi immaginate questo fisioterapista che deve lavorare in siffatte condizioni?

Vi immaginate cosa pensa tra un trattamento e l’altro?

Si sente un professionista o uno schiavo, che ha bisogno dello stipendio per far quadrare i conti, che pensa alle tasse calanti e al suo magro e misero stipendio, fermo non ricordo più da quanti anni.

Pensa alla “frusta” del padrone e dei suoi “uomini di fiducia”, pensa a tutte le volte che è stato giudicato e condannato da una serie di “esperti” e laureati in riabilitazione all’università di Roccacannuccia.

“Pare, pertanto, che sia il fisioterapista a decidere “in trincea”, dov’è praticamente solo, la durata di un trattamento”

Pensa alla fatica del lavoro, spesso pesante e non gratificante: ad esempio, quanto deve pesare massimo un assistito? Nel pugilato si combatte per peso.

E quella vecchia legge sui carichi, di quanto peso parlava? 25 chili? Ma... non ricordo.

E le colleghe che si rompono la schiena, letteralmente, quanto dureranno? Poi ci si lamenta delle malattie.

E quelle professionali? A noi fisioterapisti non sono riconosciute! Ma la cartellina delle firme è stretta tra le sue mani e, purtroppo, la tragedia continua.

Lo chiamiamo “mobbing”?

Il profilo, in queste condizioni, va a farsi benedire.

Questo non è un grido di dolore, è la punta dell’iceberg. La cartellina con i fogli di presenza, le cosiddette firme, ci porta dritti dritti alle rette.

Prendiamo la circolare 24 aprile 1995 in GURS n° 25/95: la retta di degenza per il trattamento domiciliare è di lire 74.100. E allora, se facciamo un po’ di conti con le rette di 9 anni fa, sempre al Centro di “Roccacannuccia”:

7 assistiti per 74.100 = 518.700 al giorno, che sono pari a € 267/891. Ora, se l’Ente spendesse 2.000 euro mensili lordi per fisioterapista, comprensivi di rimborso carburante, diviso 24 giornate lavorative, in media, questi costerebbe circa 83/333 euro al giorno.

Ipotizziamo anche che le altre figure (medici, psicologo, assistente sociale) costino euro 50 (cifra forfettaria). Teoricamente l’Ente preso in esame, dovrebbe avere un ricavo giornaliero, calcolato alla carlona e con parametri in difetto per le rette ed in eccesso per la retribuzione salariale, di euro 134/558, per terapeuta occupato nel servizio domiciliare.

Sono certo di averla sparata grossa, anzi grossissima, e le voci generali quali impiegato amministrativo, stampati, telefono, gestione pratiche, hanno pure loro un costo ma non credo siano così onerose da ridurre in miseria.

Pertanto, sarei grato se le Amministrazioni dei vari Enti e Centri convenzionati che assicurano in Sicilia il Servizio domiciliare potessero fornirmi dati concreti ed esaustivi circa i costi del servizio (carico di lavoro dei terapisti incluso) ed eventuali ricavi.

Ciò sia per mera cortesia, sia per quanto recitato dall’articolo 10 della Circolare 747 del 29 aprile 1994, sia perché in gran parte sono iscritti al registro delle ONLUS.

Sulla qualità del servizio, voglio solo dire, io che ho avuto l’avventura di essere stato il primo terapeuta domiciliare in Sicilia, grazie ai medici che hanno creduto in tale servizio e vi hanno profuso le loro energie e grazie a tutti i colleghi che hanno lavorato e lavorano nel servizio domiciliare, perché e per loro e per le ormai migliaia di assistiti che abbiamo trattato, che ho voluto scrivere. Saranno bene accette critiche, rettifiche e contributi, anche perché non mi reputo depositario della verità.

E allora, apriamo questo forum sui trattamenti domiciliari in Sicilia.

*Fisioterapista

Formazione: ad Estoril confronto europeo

di Filippo Cavallaro

Si è tenuto per la prima volta in Europa un congresso sulla formazione del fisioterapista organizzato dalla WCPT Europe (European Region of the World Confederation of Physical Therapy) per ottemperare a quanto dettato dallo statuto, formulato in occasione della confluenza in una unica organizzazione europea dei fisioterapisti (WCPT + SLCP/EU) avvenuta nel settembre 1998. Il congresso si proponeva di mettere a fuoco la situazione della formazione in Europa, approfittando del contributo maturato dai colleghi in altri continenti. Dal confronto e dai dibattiti promossi in sessione plenaria, in commissioni ed in sottogruppi si è evidenziato che molti problemi sono comuni e pertanto è stato molto utile scambiarsi esperienze e prospettive.

Sono stati presenti 234 partecipanti provenienti da 27 paesi europei e 14 partecipanti venuti da 6 paesi del resto del mondo. Quasi tutti in rappresentanza ufficiale di università, governi ed organizzazioni nazionali o internazionali professionali. Erano completamente assenti le rappresentanze di Cipro, Grecia, Lettonia, Liechtenstein, Romania e Serbia-Montenegro, ma è da notare che anche la Francia con un unico iscritto era poco presente, malgrado la lunga tradizione professionale e didattica della Scuola di formazione nazionale di Bois Laurier.

L'Italia è stata rappresentata da tre fisioterapisti docenti, di cui due coordinatori delle attività professionali e di tirocinio, da un delegato regionale e da quattro studenti. L'Università di Messina era anche presente con un contributo scritto "Learning from cultural heritage sharing and from good practices in physical therapy", a firma di Filippo Cavallaro e Carmelo Ruggeri, C.L. in Fisioterapia, A.O.U. Gaetano Martino - Divisione di Riabilitazione Neurologica, nel quale si presentava l'esperienza dell'integrazione di studenti stranieri, non comunitari, maturata durante l'A.A. 2003/2004.

Anche l'AIFI Sicilia era presente con un proprio contributo, avendo pubblicato in occasione del congresso su questa rivista un articolo in italiano ed in inglese in cui si descriveva il modello formativo del 3 + 2 dell'università italiana e si presentava, in rispetto della normativa ministeriale, e comparando le proposte didattiche dei tre atenei siciliani, un esempio del piano formativo del triennio con le discipline inserite nei corsi integrati caratterizzate da un valore in crediti formativi universitari e distribuiti nei sei semestri. Inoltre, veniva presentato e comparato il modello di valutazione della preparazione dello studente che in Italia viene espresso numericamente mentre all'estero è espresso a lettere.

La rappresentanza messinese si è fatta notare, in primo luogo per gli studenti, in quanto anche se era prevista la loro partecipazione erano pochi i partecipanti e quasi tutti di nazionalità portoghese più qualche spagnolo; inoltre, cogliendo l'occasione della rivista come opportunità per relazionarsi con gli altri, hanno cominciato a distribuirli con una sorta di volantaggio, così si sono resi

conto che, se veniva data senza presentazione nessuno la voleva, in quanto l'italiano non è utilizzato come lingua comune, mentre nel momento in cui veniva evidenziato che c'era una parte in inglese i congressisti l'hanno gradita; i ragazzi si sono fatti anche notare per la loro vivacità che ha portato la vigilanza a stare più in allerta.

Il Portogallo, paese ospitante, può essere preso a modello per l'evoluzione della formazione professionale del fisioterapista. Qui la formazione specifica del fisioterapista è cominciata nel 1957 con corsi triennali sotto la giurisdizione del ministero della sanità; nel 1994 tutto è passato all'università (in Italia questo è successo nel 1996 con l'istituzione del D.U.) e quindi con tre anni di corso universitario si otteneva il titolo di "bacharel".

Oggi in Portogallo la formazione è così come in Italia in due livelli consequenziali (licenciatura biennale): il triennio che permette già di spendere il titolo ottenuto sul mercato del lavoro come fisioterapista, ed un ulteriore periodo di formazione di uno o due anni che permette di ottenere il titolo di "licenciado"; l'accesso al secondo livello può essere automatico senza sbarramenti o particolari accreditamenti per l'accesso.

Dopo l'acquisizione del titolo di bacharel o della licenciatura si può continuare lo studio con quattro semestri di corso per ottenere la "mestrado": solo coloro che possiedono la licenciatura (3 + 2) o il bacharel più la mestrado possono acquisire il titolo di "doutor", che consiste nella elaborazione e nella discussione pubblica di una tesi originale. La qualità della formazione portoghese è stata revisionata negli anni da una commissione internazionale che ha contribuito a sopperire alle difficoltà dell'avvio e delle fasi iniziali di passaggio al regime universitario; in tale fase sono stati ingaggiati docenti americani, danesi e britannici. Dal 1994 si è pure attivato presso il dipartimento delle risorse umane del ministero della sanità portoghese una autorità per la valutazione e riconversione dei titoli dei cittadini dell'Unione Europea.

Il programma del congresso puntava l'attenzione sui cambiamenti avvenuti in Europa sia in campo formativo che nel campo della politica sanitaria. Per quanto riguarda la formazione in particolare, molto sta incidendo la dichiarazione firmata il 19 giugno del 1999 dai ministri dell'università dell'unione europea, nota con la denominazione di "Bologna Process". Questa dichiarazione rappresenta l'inizio, o meglio il punto di non ritorno, di un impegnativo movimento culturale, sociale ed economico di notevoli dimensioni per gli obiettivi che si proponevano:

- certificare la qualità dell'istruzione;
- strutturare la formazione su livelli comparabili, compatibili e facilmente intellegibili;
- promuovere la mobilità di studenti e docenti;
- stabilire il sistema europeo di crediti formativi;
- istituire un sistema di revisione di tutti i titoli professionali per ricondurli in maniera trasparente al titolo accademico;

Formazione: ad Estoril
confronto europeo

- sostenere per tutti i docenti, gli studenti ed i professionisti occasioni di insegnamento, ricerca e studio;
- sviluppare l'alta formazione, attraverso programmi integrati di studio articolati in più livelli;
- attrarre verso l'alta formazione dei paesi UE il resto del mondo, migliorando l'offerta formativa;
- attivare la formazione permanente dei professionisti.

Dalla revisione fatta nei percorsi formativi si è evidenziato che è diventato fondamentale definire il Core Standard del primo livello formativo, che in questo momento risulta stretto nei tre anni che quasi tutti i paesi prevedono come percorso formativo iniziale per l'accesso alla professione.

In alcuni paesi (es: Belgio, Gran Bretagna, Irlanda, Norvegia, Ungheria) si sta procedendo a proporre un percorso formativo di 4 o 5 anni per l'esercizio professionale, a cui segue un percorso che attraverso master e/o dottorati di ricerca porta ai massimi livelli della formazione e della ricerca scientifica (PhD). Relativamente alla certificazione della qualità della formazione sono stati presentati i lavori svolti recentemente in Bulgaria e Danimarca secondo l'indirizzo dato dal Benchmark Statements del QAA britannico.

Si è prestato attenzione anche ai programmi di formazione permanente in un momento in cui i professionisti stanno vivendo un doppio cambiamento, sia quello della formazione curricolare che quello della regolamentazione professionale. Gli obiettivi che si sono posti sono di cercare di fare tesoro del patrimonio culturale del saper fare che in atto i professionisti posseggono in modo che questo possa essere il contributo per lo sviluppo della professione, stimolando la cooperazione tra le istituzioni educative e le autorità socio-sanitarie dei vari paesi.

La realizzazione di una comune piattaforma di conoscenze contribuirà ad aumentare la mobilità dei professionisti nel territorio dell'U E permettendo la trasparenza e l'automazione delle procedure.

Nuove politiche di organizzazione

di Salvatore Crispi*

L'increscioso episodio, riportato ampiamente dagli organi d'informazione, dell'AIAS di Palermo, che ha dimesso per mancanza di strumenti e di risorse economiche dodici disabili gravi, ripropone con prepotenza l'urgenza di attivare tutti gli strumenti operativi, offerti dalle vigenti normative, affinché i cittadini disabili abbiano una vita più dignitosa e serena nel rispetto dei loro diritti. La vicenda citata ha trovato, in qualche modo, una soluzione immediata alle esigenze di questi disabili, ma sicuramente in prospettiva queste situazioni sono destinate a ripetersi con maggiore frequenza se non ci sarà la volontà politica di dare all'organizzazione dei servizi e degli interventi un'impostazione più dinamica e moderna con degli effettivi collegamenti tra le istituzioni, impegnate nel territorio.

È necessario, innanzi tutto, realizzare le strutture previste sia dalla Legge Regionale 16/86, cui è allegato il primo Piano triennale a favore dei disabili, che dal provvedimento legislativo regionale 22/86, che reca norme sulla riforma dei servizi e degli interventi sociali.

Centri diurni, residenze protette, case-famiglia, comunità-alloggio ed ancora centri socio educativi territoriali sono le strutture, previste dalle disposizioni citate e indispensabili ai disabili, che non hanno più bisogno di una riabilitazione intensiva, svolta dai centri e dai servizi previsti, ma hanno bisogno di terapia di mantenimento e di servizi di tutela e di assistenza sociale.

È necessario che, accanto a queste strutture, siano resi operativi alcuni strumenti, previsti dalla Legge di riforma 328/2000 e dal Decreto del Presidente della Regione Siciliana del 4/11/2002.

Il primo di questi strumenti è, certamente, l'accordo di programma, che devono firmare congiuntamente gli Assessorati regionali per la Sanità e della Famiglia, delle Politiche sociali e delle Autonomie Locali.

Infatti, questo accordo metterebbe gli Enti Locali, in questo caso Aziende USL e Comuni, in grado di operare nel modo migliore possibile, mettendo in campo sia la propria responsabilità che le proprie competenze, le proprie strutture e le proprie risorse umane ed economiche. Solo in questo modo l'integrazione socio-sanitaria può essere attuata con vantaggio evidente sia delle stesse istituzioni sia, soprattutto, degli stessi cittadini disabili, che non vedrebbero più l'assistenza interrotta per incertezze di competenze o per mancanza di risorse economiche.

È fondamentale, in sostanza, che i vertici politici regionali con un salto di qualità lavorino collegialmente per l'integrazione dei servizi e delle strutture.

In questo senso l'approvazione del nuovo Piano d'interventi sulla disabilità e la piena funzionalità del Tavolo tecnico per la realizzazione delle politiche sociali a favore dei disabili sono degli strumenti indispensabili, affinché si dia un'impostazione più attenta, razionale ed omogenea dell'organizzazione dei servizi sul territorio e affinché, soprattutto, ci sia un impegno politico collegiale in grado di dare risposte sul territorio immediate e corrette ai disabili ed ai loro familiari.

*Responsabile del Coordinamento per i Diritti degli Handicappati nella Regione Sicilia

Vedi alla voce irradiazione: riflessioni bibliografiche

di Carlo Perfetti*

Da tempo è stata proposta l'ipotesi che i processi di recupero abbiano luogo in aree anche lontane dalla sede della lesione attraverso l'attivazione di meccanismi biologici simili a quelli dell'apprendimento.

In seguito ad una lesione queste aree sarebbero inizialmente sede di una fase inibitoria, poi di un fase eccitatoria ed infine del ritorno alla normoeccitabilità.

Dal punto di vista riabilitativo non è mai stato chiarito se la fase di ipereccitabilità corrisponda a quella situazione nota come irradiazione, nella quale la contrazione muscolare coinvolge in maniera spesso stereotipata la muscolatura non interessata alla corretta effettuazione del movimento necessario al sistema in quel determinato contesto. Tale situazione, estremamente delicata nella economia del recupero, può manifestarsi con una serie di quadri a partire dalla completa assenza di ogni rispondenza al movimento evoluto richiesto e la prevalenza della muscolatura più "forte", fino alla comparsa di alcuni frazionamenti corretti, per giungere al recupero della capacità di eseguire correttamente il movimento solo in certi contesti (non eccessiva velocità, adattabilità, intensità della contrazione).

Tutte queste incertezze hanno sempre reso poco chiara la condotta terapeutica da utilizzare.

Già da diversi anni stanno comparando una serie di articoli dedicati ad affrontare la natura e l'evoluzione di questa seconda fase di ipereccitabilità che potrebbero mettere il riabilitatore nelle condizioni di affrontare con maggiore competenza il problema dell'irradiazione.

Oltre ad articoli di clinici, in prevalenza neurologi, attraverso l'uso di PET e di RMF, ultimamente sono comparse anche pubblicazioni ad opera di neurofisiologi, che permettono di affrontare il problema da diversi punti di vista. Il riabilitatore attento potrebbe consultare (**)
almeno:

- *Small S.L., Hlustik P., Noll D. C.*, Cerebellar hemispheric activation ipsilateral to the paretic hand correlates with functional recovery after stroke. *Brain* 125, 1544, 2002;

- *Calautti C., Leroy F., Guincestre J., Baron J. C.*, Dynamics of motor network overactivation after striocapsular stroke. *Stroke*, 2001 32:2534

- *Frost S.B., Barbay S., Friel K., Plautz E., Nudo R. J.*, Reorganization of remote cortical region after ischemic brain injury: a potential substrate for stroke recovery. *J. Neurophysiol* 89 3205 2003.

Per una rassegna dei lavori clinici:

Calautti C., and Baron J. C., Functional neuroimaging studies of motor recovery after stroke in adults: a reviews. *Stroke* 2003 34: 1553.

In effetti è stato accertato che:

1. In un primo periodo, dopo una lesione a carico di aree motorie corticali o sottocorticali, sono interessate da un aumento di eccitabilità diverse aree motorie:

- la primaria dello stesso lato quando non sia del tutto

distrutta, che va incontro anche ad un processo di allargamento caudale;

- l'area motoria primaria controlaterale;

- l'area motoria supplementare;

- le aree premotorie, prevalentemente la ventrale;

- il cervelletto (prevalentemente il lobo laterale dell'emisfero omolaterale alla paresi);

- le aree parietali inferiore e superiore (definite da Calautti "motor ancillary related areas");

- successivamente anche le aree prefrontali.

2. Dopo un certo periodo, quando è avvenuto un recupero soddisfacente, gli autori riferiscono che l'iperattività si riduce notevolmente fino a scomparire.

3. Diversi autori hanno notato che questa attivazione di numerose aree diverse assomiglia a quella che ha luogo nel soggetto sano posto di fronte ad un compito di troppo difficile esecuzione. Tale iperattività persiste per un certo periodo di tempo fino a quando il movimento non è stato appreso.

4. Per motivare l'iperattività a livello della corteccia parietale, della prefrontale e del cervelletto sono stati chiamati in causa l'attivazione di processi di apprendimento ed il coinvolgimento in genere di processi cognitivi nella esecuzione di movimenti, anche semplici, in condizioni patologiche.

5. Diversi autori hanno notato che la presenza di questo stato di eccitabilità corticale diffusa in occasione di movimenti di intensità relativamente modesta corrisponde nell'uomo alla sensazione di sforzo eccessivo, che movimenti analoghi dal lato sano non evocano.

L'acquisizione di queste conoscenze dovrebbe porre al riabilitatore una serie di interrogativi la cui soluzione permetterebbe forse di svolgere il suo lavoro in maniera decorosa, perchè:

1. È ben noto che le aree motorie hanno significato funzionale diverso in quanto sono collegate a strutture talamiche diverse e connesse con diverse modalità di controllo motorio (A questo proposito è opportuno consultare *Dum R. and Strick P. L.*, The origin of cortical spinal projection from the premotor areas in the frontal lobes. *J. Neurosc.* 11:667 1991), e che quindi hanno un ruolo funzionale diverso nell'organizzazione dell'azione da svolgere.

Il riabilitatore dovrebbe per lo meno domandarsi se non possa essere opportuno porre il paziente di fronte a compiti diversi, al fine di attivare un'area più di un'altra e diversamente da quanto non possa attivarsi di fronte ad una aspecifica richiesta di un movimento routinario.

Il riabilitatore potrebbe per lo meno domandarsi se non sia il caso di lavorare su determinate informazioni di controllo o su determinati problemi da risolvere.

2. Il neurofisiologo ha di solito studiato nell'animale le conseguenze di lesioni estremamente limitate, mentre il ricercatore clinico ha studiato il comportamento della eccitabilità delle diverse aree in casi di lesioni che poi sono andate incontro ad un recupero definibile ottimo

(continua da pag. 7)

(vedi statistiche di Calautti, o di Seitz).

Per il riabilitatore sarebbe forse più interessante studiare o tentare di ipotizzare quanto accade in caso di lesioni con una estensione maggiore e nelle quali non si ottiene che un recupero molto parziale. È ipotizzabile un diverso andamento dell'ipereccitabilità e un diverso coinvolgimento di diverse aree corticali.

3. Sarebbe forse opportuno riflettere con attenzione ai frequenti richiami che i diversi autori fanno al coinvolgimento dei processi cognitivi per individuare se non sia il caso di definire meglio le loro relazioni col movimento e col suo recupero.

4. Opportuna appare anche una riflessione sul significato riabilitativo che può assumere la corrispondenza tra la aumentata eccitabilità di diverse aree, la loro iperattivazione rispetto al medesimo movimento effettuato in situazioni normali ed il vissuto del malato stesso.

C'è da domandarsi, infatti, se le descrizioni dei malati in prima persona non possano essere utili più di tante analisi computerizzate per definire la natura della patologia e l'organizzazione dell'esercizio terapeutico.

*Direttore Centro Studi e Ricerche di
Riabilitazione Neurocognitiva Villa Miari
(**) Bibliografia a richiesta.

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 2004: € 42.00 individuale
€ 104.00 istituzionale

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

RIABILITAZIONE CULTURA ONLUS

Centro Studi di Riabilitazione Neurocognitiva Villa Miari, Santorso (VI)

L'Esercizio Terapeutico Conoscitivo

Corso di I° livello

Approvato dall'AIDETC (Associazione Internazionale Docenti ETC)

Direttore del Corso: C. Perfetti

Contenuti:	La teoria cognitiva della riabilitazione, la plasticità del sistema nervoso centrale e periferico, lo specifico motorio e il profilo del paziente, gli esercizi di primo, secondo e terzo grado, la cartella riabilitativa.
Modalità:	Lezioni teoriche, dimostrazioni pratiche, esercitazioni ed autoesercitazioni, discussioni di casi, progettazione di esercizi, compilazione della cartella clinica, bibliografia ragionata.
Docenti:	C. Perfetti, F. Pantè, C. Rizzello, M. R. Baron, S. Pavan
Sessione Teorica	18/23 Aprile 2005 (provvisoria)
Sessione Pratica	da concordare
Sessione di Verifica	da concordare
Modalità d'iscrizione:	Istituzioni (pubbliche e private) € 1250.00 + IVA (se dovuta 20 %) Individuale € 930.00 + IVA 20 %
Modalità di pagamento:	tramite bonifico bancario intestato a: Riabilitazione Cultura ONLUS Banca Unicredit cc 40080685; ABI 02008 - CAB 60751 - CIN EU63 - ITY Si prega di specificare la causale del versamento, cognome e nome del partecipante, luogo e data di nascita, indirizzo, città di residenza, recapito telefonico, e-mail, codice fiscale, P. IVA. Allegare copia della ricevuta del bonifico effettuato e i dati richiesti, indispensabili per il rapporto ECM e per il rilascio della fattura. Spedire in busta chiusa entro il 20 gennaio a: M. T. Vargiu - Segretaria Riabilitazione Cultura ONLUS, Corso di I° livello ETC c/o Centro Studi di Riabilitazione Neurocognitiva Villa Miari, via Lesina di Sopra, 111 - 36014 Santorso VI Tel 0445 599750 - Fax 0445 599752 - e-mail: villamiari@tiscalinet.it

Sono stati richiesti i crediti formativi E.C.M. alla Commissione Nazionale del Ministero della Salute

Legislazione: riconoscimento professionale e dirigenza

di Filippo Guccione*

L'assenza di un profilo e del relativo mansionario, che ha consentito un'interpretazione varia e soggettiva delle attività del terapeuta della riabilitazione, con un abusivismo diffuso delle attività di riabilitazione, viene colmato con la previsione dell'art. 6, comma 3 del d.lgs n. 502/92 e la conseguente emanazione da parte del Ministro della Sanità, in esecuzione della delega ricevuta, del D.M. 14 settembre 1994 n. 741, che ha individuato il profilo professionale del "fisioterapista" e ne ha delineato gli ambiti e le caratteristiche di autonomia. La novità legislativa determina un sostanziale mutamento della prospettiva dalla quale analizzare la professione del fisioterapista. Si abbandona l'empirismo e si precisano i singoli compiti assegnati alla figura, per disegnarne un ambito di competenza generale, all'interno del quale essa è autonoma e sovrana. L'autonomia nelle scelte relative alle modalità di esercizio delle proprie competenze consentono di impostare le relazioni con le altre figure sanitarie, parimenti riconosciute, in termini di collaborazione paritaria e di scambio di conoscenze, secondo le più moderne concezioni di organizzazione del lavoro.

La previsione dell'esercizio libero professionale, proietta la professione tra quelle che il codice civile tratta al libro V, titolo III, capo secondo, con tutte le conseguenze normative ad esso correlate. La lettura delle competenze e delle responsabilità del fisioterapista, fa comprendere, pertanto, la ragione per la quale l'originaria definizione di questa professione quale "arte ausiliaria" delle professioni sanitarie fosse impropria e superata e vi fosse la necessità di una sua abrogazione. Ciò è avvenuto con la legge n. 42 del 26 febbraio 1999, che ha consentito altresì, di precisare ulteriori aspetti delle nuove professioni.

Quindi, la Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" all'art. 1, "Definizione delle professioni sanitarie" così recita:

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. 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, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici,

fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Nel successivo art. 4 "Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni", si afferma:

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573, per le professioni di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

Questa legge, quindi, porta a termine il percorso di riconoscimento di quelle che da questa data in poi saranno chiamate "professioni sanitarie". Contestualmente vengono abrogati, qualora esistenti, tutti i mansionari diversi da quelli emanati con i decreti di riconoscimento dei profili professionali, cosa che nel caso del fisioterapista è il profilo professionale (D.M. 741), l'unica fonte mai esistita dell'attività professionale. Il secondo comma dell'art. 1 della legge, infatti, ribadisce che il campo proprio di attività e responsabilità è determinato dal contenuto del decreto Ministeriale istitutivo del relativo profilo professionale, dall'ordinamento didattico del rispettivo corso di Diploma Universitario e di formazione post-base nonché dal rispettivo codice deontologico.

Inoltre, viene precisato che sono fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali, dando così un esatto contorno al termine collaborazione.

La stessa legge, all'art. 4, primo comma, nel richiamare la legge n. 573/1996, afferma quindi che "... i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo, o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio Sanitario Nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato art. 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive

modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e della formazione post-base".

Infine, la recentissima Legge 8 Gennaio 2002 n.1 "Disposizioni urgenti in materia di personale sanitario", ha stabilito che "i diplomi conseguiti in base alla normativa precedente dagli appartenenti alle professioni sanitarie di cui alle leggi 26 febbraio 1999, n. 42, e 10 agosto 2000 n. 251 e i diplomi di assistente sociale, sono validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master ed altri corsi di formazione post-base di cui al decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999 n. 509, attivati dalle università". La Legge n. 251 del 10 Agosto 2000, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica", si struttura in sette articoli, dei quali quattro dedicati a ciascuna delle professioni sanitarie; l'art. 2 è quello destinato alle attività riabilitative. Trattando delle professioni sanitarie riabilitative (art.2), il legislatore afferma che "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali". La legge rileva inoltre la conferma della piena "titolarità e autonomia professionale" e la integrazione delle competenze con l'attribuzione dei compiti di "... procedure di valutazione funzionale...".

Il dettato normativo della 251 codifica altri due riconosci-

menti, cioè la possibilità di attribuire al fisioterapista una diretta responsabilità di funzioni organizzative e didattiche, quindi l'introduzione della figura dirigenziale, e la consapevolezza che tale attribuzione è coerente e funzionale agli obiettivi di tutela della salute del cittadino e di miglioramento del servizio e della qualità del SSN.

L'art. 5 torna ad occuparsi di formazione universitaria, per introdurre un'importante modifica.

La norma di fatto istituisce corsi universitari specialistici, finalizzati al conseguimento di un diploma di Laurea e non più solo di un diploma universitario triennale.

L'art. 6 prelude all'accesso alle funzioni dirigenziali chiedendo al governo di definire la procedura concorsuale "... riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'art. 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso ad una nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con i requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio Sanitario Nazionale ...".

La legge detta tuttavia anche una disciplina transitoria, efficace in attesa che siano portati a termine gli adempimenti predetti.

Essa è contenuta nell'art. 7, il cui secondo comma prevede che le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente alle professioni sanitarie di cui alla legge n. 42 del 1999, nelle Regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.

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

Barriere architettoniche: realtà o utopia?

di Maria Concetta Girgenti

"Ecco, ci risiamo, l'ascensore è fermo al 4° piano, adesso mi toccherà aspettare qui fino all'arrivo di qualche collega che avrà la bontà di andare a liberarlo, ed intanto sarò così stanca di stare ferma in piedi che non avrò neanche la forza di rimanere in ufficio, bene che vada, oppure mi toccherà l'ennesima caduta sulle ginocchia".

Questa, purtroppo, è l'ansia che quotidianamente accompagna una mia paziente quando percorre il tragitto in macchina da casa in ufficio: il suo primo pensiero è rivolto proprio a quel benedetto ascensore, alle sue corse e soprattutto alle sue lunghe soste al piano.

Anche se viviamo in un paese per molti aspetti civile, siamo ben lontani dall'esserlo del tutto, se consentiamo che individui diversamente abili, ancora oggi, anche se da tanto tempo si parla di abbattimento delle barriere architettoniche, hanno serie difficoltà a vivere la loro città: ogni giorno diventa una lotta per la sopravvivenza uscire da casa per recarsi al lavoro o per svolgere attività di qualsiasi tipo.

Alcuni, ancora oggi, non rispondono al loro grido di aiuto pensando che meglio di così non si può fare, che "più di quello che hanno non possono pretendere", perché già quello che gli viene offerto è il "massimo". Viene da chiedersi se costoro hanno conoscenza dei diritti sanciti anche dalla nostra Costituzione, che in verità sono realtà in alcune parti del nostro paese. Ma, sfortunatamente, in questo periodo storico, soprattutto per quello che riguarda le politiche sociali, il nostro governo si esprime tagliando le spese, penalizzando così anche le risorse per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Ed è un fatto ancora più grave che le varie amministrazioni locali disconoscano o comunque non sfruttino le possibilità di richiedere finanziamenti all'interno della legge 68/99: forse perché, in perfetta "buona fede", pensano di avere già risolto tutti i problemi inerenti, pensando che la regolamentazione prevista dal D.P.R. 384 del 27 aprile 1978 sia stata messa in cantiere per intero?

Se fosse così, vivremmo allora in un paese perfetto che, in verità, è ancora un'utopia!

Così la pensano i nostri amici disabili, che per le difficoltà che incontrano giornalmente trovano sempre più spesso rifugio nelle loro case dove, per propria iniziativa, hanno realizzato ambienti per loro confortevoli. Là dove se ne hanno le possibilità!

L'impatto con il mondo esterno fa sempre più paura per le innumerevoli difficoltà incontrate giornalmente e noi addetti ai lavori cerchiamo, per quanto possibile, di aiutare questi nostri amici a superare i loro notevoli sforzi per una sopravvivenza dignitosa, per far accettare e far convivere con la loro patologia, cercando di dare in nostro contributo per trovare una soluzione ai loro problemi.

Possiamo sperare che un giorno questa società che vuole essere civile lo diventi davvero? O dobbiamo rimanere sempre convinti del fatto che civiltà è uguale a utopia?

Brian Butterworth e il suo “modulo numerico” innato

di Filippo Cavallaro*

Brian Butterworth, professore di neuropsicologia cognitiva all'University College di Londra, da alcuni anni, in collaborazione con altri ricercatori, sta approfondendo gli aspetti cognitivi dei numeri e della matematica. Il libro da lui pubblicato nel 1999 "The mathematical brain" (edito in Italia nello stesso anno con il titolo "Intelligenza matematica") rappresenta senz'altro il punto dei lavori della ricerca per la definizione del "modulo numerico".

Nella vita di tutti i giorni noi, uomini e donne di un paese evoluto, ricco e forse sprecone, ogni giorno siamo attorniti da una miriade di numeri che servono per svolgere i comuni compiti quotidiani, per chiamare telefonicamente un'altra persona, per individuare un indirizzo civico, per identificare con un documento un individuo, per pagare un conto ..., una quantità enorme di messaggi sono spesso accompagnati da un numero, che ci permette di dare maggiore significato, maggiore chiarezza, al messaggio stesso. Anche molte caratteristiche del nostro corpo sono espresse con dei numeri: l'età, il peso, l'altezza, la frequenza cardiaca, i volumi di aria nel respiro ..., anche queste con un valore che permette di dare contributi quantitativi ma anche qualitativi alle funzioni vitali, fisiche, psichiche e metaboliche.

I numeri sono una qualità astratta che ci permette di concepire il mondo, di conoscerlo; come affermò Einstein, essi sono la "controparte simbolica dell'universo", e citando Lord Kelvin, "quando non possiamo misurare... le nostre conoscenze sono misere ed insoddisfacenti".

Se queste affermazioni, spiegano perché oggi usiamo i numeri, per dichiarare che esiste un Modulo Numerico innato nell'essere umano, l'autore fa riferimento a tutta una serie di scoperte ed acquisizioni fatte dalla ricerca in diverse discipline: l'archeologia, l'antropologia, la biologia, la zoologia, la pedagogia, la neurofisiologia.

Tra i contributi forniti dall'archeologia, la scoperta interessante è sui reperti portati alla luce dagli archeologi. In alcuni di questi si nota che l'uomo ha cominciato a segnare con delle tacche già 30.000 anni fa (osso di Lartet), e Marshack (1) ha ipotizzato che questi segni rappresentano le notti che passano tra una fase e l'altra della luna, per conoscere in quale notte grazie alla luna piena andare a caccia. Altre popolazioni, anche preistoriche, hanno invece usato altri sistemi di rappresentazione, basandosi sui sassolini, sui segni disegnati ed altro.

Un'altra interessante conoscenza sull'uso dei numeri è fatta dagli etno-antropologi, che hanno scoperto sistemi di comunicazione numerica basate sulle parti del corpo, utilizzando quindi oltre alle dieci dita delle mani anche le dieci dita dei piedi (sistemi numerici a base 20), aggiungendo a questa anche tutte le altre sporgenze del corpo (2), naso, orecchie, capezzoli, ecc., costituendo sistemi numerici a base diversa. Grazie a queste conoscenze scientifiche si può affermare che i numeri non sono stati inventati da un unico essere umano che li ha poi diffusi a

tutti gli altri uomini. La varietà dei sistemi numerici usati, a volte differenti anche tra tribù vicine, permette di considerare il numero più una applicazione di conoscenze innate, quale la percezione della numerosità, intesa come il numero che si ottiene quando si contano gli elementi di un insieme.

La biologia ci porta gli esempi dell'ameba, dei protozoi, del celenterato idra (3). Dimostrando che già nelle cellule c'è, come negli organismi molto semplici, la capacità di orientarsi nell'ambiente riconoscendo, con specifiche strutture recettive, le concentrazioni maggiori o minori di elementi importanti per il mantenimento della loro organizzazione strutturale.

Esperimenti fatti su animali dagli zoologi, mostrano che questi siano in grado di enumerare, come se usassero delle tacche interiori di computazione, dimostrando di avere una capacità latente di eseguire semplici compiti numerici. Alcuni animali come gli scimpanzé allo stato selvatico riescono a costruire ed usare strumenti anche per il calcolo e riescono ad usare se addestrati in cattività il linguaggio dei segni dei sordi (4). Anche specie animali meno evolute hanno dimostrato di saper quantificare: le api, ricordando i lavori del premio Nobel Karl von Frisch, con la loro danza indicano dove è il prato per una raccolta più abbondante; gli uccelli riconoscono il numero di uova del loro nido (fino a 7) e si rendono conto di quanti neonati potranno accudire (5), inoltre sono capaci di farsi riconoscere per il numero di note del loro canto.



M. P. Magritte, *Il liberatore*, 1947, particolare

La pedagogia è stato il terreno in cui si sono più ampiamente affrontati negli anni passati i temi e le problematiche relative alla didattica dei numeri, al loro insegnamento, all'apprendimento ed ai sussidi necessari per stimolare e sollecitare le capacità dei bambini. Jean Piaget ha sostenuto che tale capacità si sviluppa solo dopo i primi tre-quattro anni di vita (6). Noam Chomsky (7), invece, sostiene che il numero rappresenta un aspetto del linguaggio, ed è per questi motivi che molti educatori hanno rinviato l'insegnamento di aritmetica nella scuola materna. L'apprendimento dei numeri e delle loro caratteristiche è legato a parti del corpo, e per ricordarlo, o per insegnarlo sono state composte diverse filastrocche, canzoni e proverbi dove ritroviamo questa stretta connessione con il corpo e con il movimento (8).

Recentemente è stato però lo sviluppo della neurofisiologia che ha dettato le nuove scoperte sulle capacità di calcolo nell'uomo. Portando il nostro autore alla affermazione della presenza del "modulo numerico" innato nel cervello. Tale presenza si dimostra anche attraverso lo studio di alcuni casi clinici. Nel morbo di Alzheimer, ad esempio, gli ammalati danno dimostrazione di come il cervello organizza l'elaborazione aritmetica servendosi di circuiti separati, da quelli usati per il ragionamento logico generico (9), discostandosi da Piaget secondo cui il ragionamento logico è un prerequisito, fondamentale nello sviluppo della nozione di numero.

Nel morbo di Pick (10) si dimostra come le capacità numeriche siano separate da quelle del linguaggio, discostandosi così anche da quanto ha detto Chomsky.

Altre patologie hanno mostrato che danni al cervello (ictus, tumori, ...) pur causando la perdita di svariate abilità, conservano quelle numeriche (11), mentre quelle che colpivano il lobo parietale sinistro procuravano l'acalculia, e disturbi di orientamento spaziale e di rappresentazione del corpo, come l'agnosia digitale (12).

Appare quindi evidente che debba esserci un'area del cervello in cui si realizzi la competenza sul numero, ed in effetti, come notò già Gerstmann nel 1940, le nostre rappresentazioni dei numeri sono strettamente collegate alle rappresentazioni dello spazio e del corpo, in particolare delle dita (13).

Butterworth ipotizza il cervello matematico con un "modulo numerico" innato alla pari dei "moduli cognitivi" di Fodor, i quali, estratte le informazioni dai sensi, sono immediati e meccanici senza bisogno di una lenta elaborazione tipica dei "processi centrali" (14).

Le competenze numeriche dipendono quindi da tre fattori: il modulo numerico - nucleo centrale innato; le conoscenze matematiche dettate dalla cultura in cui si vive - rappresentazioni che fanno uso di parti di corpo, rappresentazioni che fanno uso di aiuti esterni (tacche, sassolini, segni disegnati); rappresentazioni linguistiche e simboli numerici, strettamente collegate alla misura in cui sono state acquisite tali conoscenze - auspicando un circolo virtuoso di comprensione e di godimento della matematica. Visto che le dita della mano, la destra soprattutto, hanno un ruolo fondamentale nell'esercizio e nello sviluppo delle capacità di calcolo, i movimenti e le posizioni di ogni dito sono associate dai bambini a numeri e danno a questi significato mnemonico per cui così come le dita e la mano destra sono rappresentate nel lobo parietale sinistro è molto facile che i numeri occupino spazi attigui, come se la rappresentazione della mano sia allargata ad altre competenze (15).

La parte innata si ipotizza che si troverebbe nella porzione inferiore dei lobi parietali, in una zona di confine tra il lobo occipitale ed il lobo temporale e permetterebbe già al neonato di poche ore di riconoscere numerosità distinte fino ad un massimo di 4 (16). Queste potenzialità se non esercitate o non collegate alle conoscenze culturali per rappresentare i numeri non raggiungono quelle competenze esprimibili in potenza.

L'esplorazione del cervello attraverso gli strumenti usati da Butterworth è un grande stimolo per approfondire le conoscenze in campo riabilitativo, è anche un invito a confrontarsi con la letteratura, con quanto hanno scoperto altri studiosi, anche di ambiti scientifici apparentemente distanti, ma è sicuramente una incitazione perché con la descrizione delle osservazioni (17), delle intuizioni e delle scelte fatte per la rieducazione motoria e la riabilitazione funzionale (18) anche il fisioterapista, il riabilitatore, sia un promotore di conoscenze.

Relazione presentata al 6° DU ETC Villa Miari Santorso (VI) 15/16 marzo 2002

Lo studio di questi lavori è stato il filo conduttore del percorso di ricerca di Metodologia Generale della Riabilitazione del corso integrato di Fisiologia Umana e Metodologia Generale della Riabilitazione del Diploma Universitario di Fisioterapista della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo nell'Anno Accademico 2001/2002, per cui mi corre l'obbligo di ringraziare gli studenti e quanti in ambito universitario mi permettono di continuare ad approfondire temi di neurofisiologia e pedagogia sul vivente.

- (1) Marshack A., 1991 - The roots of civilization - London: Moyer Bell
- (2) Wassmann J., Dasein P.R., 1994 - Yupno number system and counting - Journal of cross-cultural psychology, 25 (1), 78-94
- (3) Humberto Maturana, Francisco Varela, 1992 - L'albero della conoscenza - Garzanti: Milano (originale El árbol del conocimiento 1984)
- (4) Fouts R. e Mills S., 1997 - Next of kin - London: Michael Joseph
- (5) Seibt U., 1988 - Are animals naturally attuned to number? - Behavioral and brain sciences, 11, 597-8
- (6) Piaget J., 1976 - La genesi del numero nel bambino - La nuova Italia: Firenze (originale La genèse du nombre chez l'enfant 1941)
- (7) Bloom P., 1994 - Generativity within language and other cognitive domains - Cognition, 51, 177-89
- (8) Relazione finale del Percorso di ricerca del corso integrato di Fisiologia Umana e Metodologia Generale della Riabilitazione del Diploma Universitario di Fisioterapista della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo AA. 2001-2002
- (9) Rémond-Besuchet C. et al., 1998 - Selective preservation of exceptional arithmetical knowledge in a demented patient - Mathematical cognition, XX, 5
- (10) Rossor M.N. et al., 1995 - The isolation of calculation skills - Journal of neurology, 242, 78-81
- (11) Warrington E., 1982 - The fractionation of arithmetical skills: a single case study - Quarterly journal of experimental psychology, 34°, 31-51
- (12) Cipolotti L. et al., 1991 - A specific deficit for numbers in a case of dense acalculia - Brain, 114, 2619-37
- (13) Gerstmann J., 1940 - Syndrome of finger agnosia: disorientation for right and left, agraphia and acalculia - Archives of neurology and psychiatry, 44, 398-408
- (14) Fodor J.A., 1988 - La mente modulare. Saggio di psicologia delle facoltà - Il mulino: Bologna (originale Modularità of mind 1983)
- (15) Pascual-Leone A., e Torres F., 1993 - Plasticità di sensorimotor cortex representation of the reading finger in braille readers - Brain, 116, 39-52
- (16) Anteli S.E. e Keating D.P., 1983 - Perception of numerical invariance in neonates - Child development, 54, 695-701
- (17) Pieroni A., 1995 - Dall'osservazione all'esercizio - Gnocchi: Napoli
- (18) Cavallaro F., Fiolo R., 2001 - La metodologia riabilitativa - La nostra voce: AITR Puglia n.3

*Fisioterapista - Divisione Riabilitazione Neurologica
A.O. Policlinico Universitario di Messina

Intensiva: corpo macchina oltre il corpo etico

di **Cristiana Rallo***

L'approccio sui pazienti degenti in una Unità di Terapia Intensiva, specie da parte di operatori che non hanno una tale consuetudine, molto spesso risulta problematico, oltre che per l'impatto con un ambiente complesso e sovraccarico di strumenti e presidi terapeutici, anche a causa delle peculiari modalità operative che tali situazioni richiedono, e che sembrano impedire la possibilità di rapportarsi con il paziente.

Per esaminare la particolare modalità relazionale che questo tipo di approccio implica, può essere utile partire dal quadro d'insieme attraverso la descrizione di una situazione reale: ciò da cui prendo spunto è il mio ambiente lavorativo quotidiano.

Si tratta di un reparto di terapia intensiva di un grande ospedale cittadino. Il mio tentativo è quello di focalizzare, attraverso la descrizione delle modalità operative e relazionali degli attori, qualcuno degli aspetti inerenti la dimensione umana che si possono cogliere su tale campo, e nella fattispecie, esaminare le implicazioni che tali aspetti hanno nel ruolo del fisioterapista, e la loro percezione da parte del paziente.

Ore 08,30 di una giornata tipo. È in corso l'attività di nursing infermieristico mattutina, che è piuttosto complicata: le operazioni di pulizia dei pazienti e le varie medicazioni implicano opportune manovre, negli spostamenti dei pazienti, che richiedono attenzione per non arrecare danno alle vie di infusione o ad altri collegamenti con le varie apparecchiature. Per queste operazioni il paziente, che già si trova privo di indumenti, viene tenuto scoperto, alla vista anche di chi si trova a transitare nelle vicinanze, mentre due infermieri provvedono alle suddette pratiche, spesso chiacchierando tra loro; nei casi in cui il paziente è vigile e cosciente gli si può spiegare ciò che si sta effettuando, così che, nonostante qualche ritrosia iniziale, questi si mostra in genere ben disposto e collaborante. Ma non sempre: alcuni, o perché piuttosto intolleranti di carattere, o per altri motivi, si mostrano infastiditi opponendosi a qualsiasi intervento: probabilmente avvertono più il disagio provocato da procedure che vedono come aggressive, che non la loro utilità. In altri casi invece è il personale ad adottare un approccio poco diplomatico: il paziente si trova costretto ad accettare strane manovre sul suo corpo da parte di estranei che si mostrano poco interessati a lui come persona né tanto meno ritengono di partecipargli la loro attività; infatti, qualche volta piuttosto che ascoltare le loro motivazioni di rifiuto provando a convincerli della necessità di tali procedure, per la fretta si finisce col costringerli ad accettare un intervento coatto. Alle volte anche con soggetti più accondiscendenti, o con quelli non coscienti, si può notare mancanza di attenzione verso piccoli accorgimenti, negli spostamenti o nelle posture che però renderebbero meno traumatiche tali manovre.

Ciò che balza agli occhi sotto questo aspetto è il ruolo di soggetto passivo che si tende a far assumere al paziente,

in parte forse per la consuetudine ad operare su soggetti privi di coscienza, in parte per evitare l'intralcio di dover soddisfare le sue esigenze, riducendo la persona ad una sorta di oggetto privo di volontà o di sentimenti.

Tali atteggiamenti si ripetono in buona parte anche nel momento successivo della visita medica quando i pazienti, non appena terminata la stressante fase delle manovre igienico-sanitarie si trovano finalmente tranquilli, rifocillati, con le coperte ben ordinate; a quel punto inizia il giro delle visite durante il quale i medici usano, gentilmente, la stessa disinvoltura nel discutere del caso, rivolgendosi anche al paziente scoperto, nudo, alla mercé degli sguardi assolutamente indifferenti di tutti i presenti; lo stesso accade per qualsiasi altra procedura da attuare sul paziente (consulenze, esami strumentali, ecc.).

Anche il mio intervento a volte rispecchia questo andamento: sebbene il mio approccio iniziale è sempre di un primo contatto esplicativo riguardo le mie funzioni, e per quanto durante l'attività fisioterapica mi sforzo, per quello che è possibile, di isolare il paziente, accade spesso che mi scopro ad agire meccanicamente, omettendo certe accortezze. Per realizzare gli obiettivi del mio lavoro (assicurare la postura atta a favorire la ventilazione polmonare e mantenere la funzionalità motoria), devo, in diversi modi, correggere la postura del paziente e mobilitare gli arti e il tronco; ciò ovviamente richiede uno stretto contatto fisico attraverso cui oltre a mettere in atto la manovra in sé, posso percepire le variazioni del tono muscolare, sintomo dello stato neurologico del paziente, o dovute ad altra causa. Il mio intento è proprio riuscire a controllare il tono muscolare, e la mia percezione (sul piano fisico) è concentrata a raccogliere questo dato. Mi sforzo di immaginare come possano apparire, agli occhi di un osservatore esterno, queste scene che noi, operatori del settore, viviamo come routine quotidiana e quindi con le implicazioni di "normalità" che l'abitudine comporta; se per me guardare e toccare un malato scoperto significa conoscere, in parte, la sua condizione clinica, fare una valutazione funzionale, insomma avere un approccio professionale, il significato che immediatamente può attribuirsi a questi gesti da parte di un estraneo può essere quello di una azione brusca, non mediata da un approccio preliminare, una violazione gratuita del suo spazio personale.

Le reazioni a tutto ciò sono varie, secondo l'indole del soggetto; c'è chi affronta con naturalezza la situazione, chi mostra un certo turbamento, comunque sempre in genere, è presente un atteggiamento di rassegnazione, quasi di sottomissione verso chi detiene il supremo potere di gestire la propria salute, e che può perciò avere liberamente accesso al proprio corpo.

Si potrebbe anche, considerando tutto da una prospettiva opposta, evidenziare come in tali situazioni si possa vivere una dimensione forse più naturale, priva di tabù, di inutili pudori e soprattutto del significato sessuale che il

corpo assume in tutti gli altri ambiti della vita; l'atteggiamento degli operatori, ad esempio la naturalezza con cui gli infermieri operano anche sulle zone intime del corpo (è il loro lavoro!) mostra questa de-erotizzazione del corpo. È il contesto ambientale che richiede una rappresentazione corporea di questo tipo (per uscire dal naturale imbarazzo): ma, da parte del paziente, il non-imbarazzo non fa problema; è quando avviene il contrario che, forse, può lasciare un segno.

L'obbiettivo di ripristinare il benessere fisico del paziente, certamente in quei momenti prioritario, sembra non tener conto degli aspetti psichici ed emotivi che comunque dovrebbero contribuire al suo benessere integrale. Forse a volte, al disagio della malattia vengono a sommarsi gli effetti negativi della violenza esercitata sui tratti più intimi della sfera privata, la riservatezza e il pudore. Anche nel caso di pazienti privi di coscienza, su cui certo non c'è la necessità di adottare certi accorgimenti, tali comportamenti, così spersonalizzanti, contribuiscono alla cronicizzazione di un'abitudine che sempre più dimentica il rispetto per l'altro.

I ritmi frenetici e spesso una organizzazione del lavoro non ottimale, sicuramente mettono il personale in condizioni di dover trascurare atteggiamenti di cortesia per prediligere l'immediatezza dell'intervento, che certo comunica premura per la salute del paziente, ma anche, alle volte, una certa routinarietà e qualche atteggiamento maldestro; ma sarebbe interessante dimostrare e quantizzare, nell'obbiettivo generale del raggiungimento della salute per la persona, anche il peso degli aspetti psico-emotivi, oltre a quelli fisici.

A partire da tali osservazioni è più agevole forse abbozzare una analisi di come molto spesso si attua l'approccio a tali pazienti anche da parte della nostra figura professionale. Il timore, la reticenza e qualche volta l'ansia con cui spesso ci si accosta ad un paziente che ben poco conserva della sua autonomia vitale, e ancor meno della sua padronanza corporea, è forse inconsapevole paura di assumere la titolarità di tale padronanza: il nostro ruolo, che ci chiama a sostituirci alla funzionalità motoria di cui il paziente è privato (e che comunque coinvolge anche la sfera psico-sensoriale), impone una "presa in carico" globale, ma soprattutto fisica che molto spesso spaventa. Al di là della ovvia perplessità circa il notevole impegno fisico richiesto, e i dubbi sulla reale efficacia di tali sforzi, c'è forse in alcuni di noi un istintivo rifiuto ad entrare in maniera così massiva nella sfera corporea altrui, anche se per vicariarne le funzionalità compromesse.

Un'ulteriore barriera è sicuramente rappresentata dalla oggettiva difficoltà di comunicazione (a volte impossibilità) con il paziente intubato e spesso sedato o comatoso, nonché dalla presenza di ostacoli materiali (deflussori, collegamenti elettrici, ecc.) che intralciano un accesso diretto al paziente.

Non è certo immediato e naturale rapportarsi con una condizione così altamente spersonalizzante e che spesso provoca in chi si avvicina a tali soggetti una sensazione di disadattamento, quasi di impotenza: ma, paradossale conseguenza di ciò è quella reazione di fuga che contribuisce solo a rendersi complici di tale annullamento di personalità. Ma un professionista, al di là dei requisiti riconosciuti, è in primo luogo colui che è anche in grado di gestire situazioni per le quali non è istituzionalmente e formalmente preparato, ma per le quali può e deve, con il suo bagaglio culturale e con gli strumenti che ha a disposizione, cercare le soluzioni più adeguate.

Penso che anche questa sia una strada da percorrere per affermare quella professionalità che continuiamo a rivendicare e che cerchiamo di conquistare attraverso attestati, diplomi e corsi integrativi. Ma, lasciando da parte altre considerazioni, queste righe vogliono solo essere un invito a superare lo sgomento alle volte suscitato da situazioni di cui ci sembra di non avere il controllo e che si presentano complesse e al di fuori dei canoni.

È reale e comprensibile il disorientamento indotto da ciò, ma l'esperienza maturata mi spinge a evidenziare le possibilità di arricchimento professionale e personale che la peculiarità di tale approccio presenta: la scoperta parziale e progressiva della persona celata da grovigli e impedimenti (materiali e metaforici), è, probabilmente, la prima conquista di un percorso che richiede in primo luogo di assumere e gestire una diversità la cui possibilità di evoluzione è in buona parte nelle nostre mani, e che chiede tale accettazione prima ancora della ricerca del gesto o del processo fisiologico.

Il contatto ravvicinato, necessario per operare su tali pazienti, implica certamente una invasione che salta del tutto la abituale gradualità di un approccio terapeutico tradizionale: il paziente è avvicinato secondo modalità terapeutiche più globali che segmentarie, e per quanto si può e si deve evitare un accostamento brusco e traumatico, si tratta sicuramente di una modalità operativa invasiva che il paziente si ritrova più a subire che a scegliere. A noi l'onere di renderla accettabile, prima che utile.

*Fisioterapista ARNAS Ospedale Civico Palermo
U. O. di II Rianimazione

**GIS Terapia Manuale
Regione Sicilia**

**AIFI
Regione Sicilia**

Il Gruppo di Interesse Specialistico in Terapia Manuale intende organizzare nel 2005 un corso di formazione in Terapia Manuale sul "Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth".

Si invitano i colleghi interessati a contattare Maria Concetta Girgenti (tel. 3480181927) per comunicare preventivamente la propria disponibilità.

AIFI
Regione Sicilia

Associazione
Fisioterapia e Benessere

Tavola rotonda

Farmacocinetica ed intervento fisioterapico

- Obiettivi:** Il corso si propone di educare il fisioterapista alla interazione tra esercizi terapeutici proposti al paziente e modificazioni biologiche indotte dalla terapia farmacologica
- Docenti:** Dott. V. Arcoraci; Dott. G. Morici; Ft. F. Cavallaro; Ft. R. Fiolo
- Data:** 25 Gennaio 2005
- Iscrizioni:** Fisioterapisti iscritti AIFI gratuito
Fisioterapisti non iscritti AIFI € 30
e iscrizioni si effettuano fino ad esaurimento posti
- Sede:** Facoltà di Farmacia, Policlinico Universitario - Messina
- Segreteria**
Organizzativa: Associazione Fisioterapia e Benessere - cell. 3388186058
email: morano@interfree.it
- Accreditamento:** È stata inoltrata la domanda alla Commissione Nazionale del Ministero della Salute per il conferimento dei crediti formativi (ECM).



CAPP
Coop. Soc.

AIFI
Regione Sicilia

Corso di aggiornamento

La Rieducazione Posturale Globale
principi di trattamento e prevenzione

- Data:** 5 - 6 febbraio 2005
- Docente:** Ft Orazio Renato Meli
- Tutor:** Ft Maria Concetta Girgenti
- Segreteria organizzativa:** Maria Concetta Girgenti, tel. 3480181927
- Sede:** Aula Istituto Neuropsichiatria, via G. La Loggia n.1, PA
- Quota iscrizione:** iscritti A.I.FI. € 120.00
non iscritti A.I.FI. € 150.00

Obiettivi specifici:

Alla fine del Seminario i partecipanti conosceranno:

- i principi di anatomia del movimento e di fisiopatologia che sono alla base della Rieducazione Posturale Globale;
- quali sono le posture terapeutiche che vengono utilizzate in Rieducazione Posturale Globale;
- come individuare quando il paziente presenta problematiche in qualche modo collegate alla non corretta coordinazione neuromuscolare che condiziona la postura;
- come discriminare quando per il paziente che si sottopone alla loro osservazione è più indicato un trattamento con la Rieducazione Posturale Globale, per poterlo meglio orientare;
- le modalità di valutazione utilizzate con la Rieducazione Posturale Globale;
- come applicare i principi della Rieducazione Posturale Globale sui propri pazienti e valutarne l'efficacia.



È stata inoltrata la domanda alla Commissione Nazionale del Ministero della Salute per il conferimento dei crediti formativi (ECM)

“Riabilitiamo” i genitori

di Giuseppe Verde

La tendenza generale, riguardo all’atteggiamento da assumere nei confronti dei genitori che accompagnano soggetti in età evolutiva, è quella di tenerli fuori dalla porta del luogo in cui si svolge la terapia riabilitativa. Tale atteggiamento, dettato da aspetti organizzativi e, secondo qualcuno, per rispetto della privacy, risulta invece improduttivo sul versante del passaggio di competenze al genitore che, successivamente, deve gestire quotidianamente la vita del figlio con disabilità.

Non ultimo, è da rilevare che per alcuni operatori tale espediente ha costituito occasione per evitare controlli e chiarimenti sulla evoluzione della terapia, lasciando intravedere un alone strettamente “tecnico” che tale non può essere, perché ogni intervento, alla fine, deve tradursi in un miglioramento della funzionalità e della qualità di vita dell’assistito, piccolo o adulto.

La Regione Sicilia, con Legge n. 10/2003, nel riconoscere la responsabilità e il ruolo dei genitori in ogni atto che riguardi il bambino bisognoso di interventi sanitari (non necessariamente riabilitativi) ne valorizza il loro coinvolgimento all’art.13, punto 2b. Pertanto, bene hanno fatto quei terapisti che, per credo personale e loro formazione (mi riferisco al metodo Bobath e Vojta), da sempre hanno dato valore al coinvolgimento dei genitori durante la terapia, senza necessariamente volerli fare diventare terapisti: gli altri colleghi, che finora non l’abbiano fatto, riflettano sul valore di tali presenze e si attivino perché, nei centri in cui operano, venga messo in atto quanto la Legge prevede.

ISCRIZIONI AIFI 2005

ISCRIVERSI:

- per aderire all’Associazione nazionale
- per usufruire dei servizi erogati in tutta la regione
- per collaborare al lavoro svolto dall’AIFI
- per ricevere la tessera associativa
- per ricevere le riviste dell’Associazione

Nuovi progetti a Enna

di Roberta Russo

Il tempo scorre... inesorabile?

Fortunatamente non sempre è così.

Arriva, prima o poi, il momento favorevole per proporre alle persone giuste qualcosa di “nuovo”. Appaiono nuove anche quelle proposte che in passato non sono state capite o accettate; in realtà molte cose evolvono: la tecnologia, la scienza, la cultura, ed altro ancora. Tutto ciò, nel piccolo, nel circoscritto, è sollecitato dal desiderio di stimolare la creatività e la produttività. Per far ciò occorrono disponibilità e collaborazione.

Henna, umbilicus siciliae, dovrebbe percorrere altri itinerari, più complessi, più impegnativi, più ricchi di significato, più validi, senza nulla togliere al passato, anzi facendo tesoro di quel bagaglio culturale a volte obsoleto.

Questo è successo a un gruppo di giovani che non hanno voluto fermarsi ai propri ruoli di singoli professionisti, ma che hanno creato un canestro di conoscenze da cui far uscire nuovi servizi, più qualificati, da offrire all’utenza della provincia.

Due progetti sono stati realizzati nella piscina comunale del capoluogo che hanno visto partecipi operatori ed utenti in attività sportive e terapeutiche. Gli operatori, tutte figure professionali diversamente specializzate, hanno reso disponibili le proprie competenze qualificate e certificate, integrando ruoli diversi per scopi comuni.

Il cittadino/utente si è sentito tutelato e seguito da figure esperte.

Il primo progetto a partire è stato il “Corso di nuoto per disabili”, durante il quale si è sviluppato un percorso che partendo dalla valutazione dei limiti di ciascuno ne ha curato la riduzione degli stessi per il raggiungimento di un migliore adattamento al nuovo ambiente acquatico e l’acquisizione di nuove capacità motorie specifiche per l’apprendimento del nuoto. Il secondo progetto realizzato è stato un “Corso di ginnastica antalgica in acqua”, per persone con patologie croniche e progressive di natura reumatica ed ortopedica. In questo caso l’attività svolta ha perseguito lo scopo di ridurre le cause dei limiti motori instaurati e consentire una motricità funzionale dentro e fuori dall’acqua.

Il mio augurio è che queste iniziative servano da trampolino di lancio per nuove collaborazioni, nuovi progetti, che vedano coinvolti sempre più professionisti a lavorare insieme per crescere culturalmente e proporre servizi migliori.

Riabilitare dal coma: intuizioni e collaborazione

di Antonella Liberto*

Riguardo alla necessità di lavorare in equipe con una più salda collaborazione, integrazione e coordinazione degli interventi assistenziali, desidero raccontare qualcosa del vissuto di un paziente ricoverato in terapia intensiva in seguito ad un evento traumatico.

Gli elementi per riflettere derivano, quindi, dalle impressioni di un soggetto che, quando le sue condizioni stavano già migliorando ha richiamato la mia attenzione. Questi, pur considerando soddisfacente la qualità complessiva dell'assistenza, faceva tuttavia degli "appunti" su alcuni aspetti che sicuramente non sono marginali, quali alcune manovre eseguite durante il nursing, le modalità di presa nei trasferimenti e negli spostamenti dal letto alla barella e viceversa, nei cambi di decubito: praticamente tutte le "manovre" fatte sul suo corpo.

Quanto successo mi ha indotto a rivedere il lavoro eseguito dall'equipe multiprofessionale "sui pazienti" sotto un'altra ottica, quella appunto di chi è ricoverato ed è affidato alle cure di chi lavora in ospedale.

È allora importante esaminare tutto ciò che è prioritario per i degenti: si tratta sicuramente di cose estremamente ovvie e che, per questo, ogni tanto è necessario rispolverare alla nostra memoria e a quella di tutti gli altri operatori sanitari.

In primo luogo bisogna prestare maggiore attenzione, delicatezza, cautela e gradualità nelle pratiche assistenziali e terapeutiche, facendoci guidare, come mi ha ricordato il soggetto in questione e, come tutti ben sappiamo, dall'espressione del volto e dai segni non verbali che ci indicano, in assenza della possibilità di parlare, che la persona di cui ci stiamo occupando sta soffrendo.

È ancora fondamentale ascoltare, dare tutto il tempo necessario, aspettare che il paziente possa reagire alle nostre stimolazioni e richieste; individuare, se possibile, il canale comunicativo che può utilizzare.

Non possiamo, inoltre, non tener conto che l'individuo ospedalizzato in fase di risveglio, ha bisogno di rassicurazione, di informazioni sullo stato di salute attuale, sull'evoluzione della malattia, su eventuali trasferimenti in altri reparti o strutture; ancora, non possiamo misconoscere la necessità di sentire la disponibilità e la presenza continua del personale sanitario e dei propri cari.

Una valutazione neuropsicologica precoce, da ripetere periodicamente, è indispensabile per impostare fin dall'inizio un adeguato approccio allo stato psicomotorio effettivo del paziente: tutti noi usiamo rivolgergli domande per capire se è vigile, cosciente, orientato, e per stimolarne il risveglio e la collaborazione, ma sarebbe anche opportuno giovare della guida di un esperto (neuropsicologo) per non correre il rischio di banalizzare le problematiche e tentarne una risoluzione incongrua. Ad esempio, cercare di risolvere le turbe mnemoniche postraumatiche con delle esercitazioni ripetitive di dati o nomi, può solo causare irritazione e confusione, che sicuramente è il contrario di quello che si cerca di ottenere.

Tutto ciò che facciamo sui pazienti deve sempre essere eseguito utilizzando le tecniche più adatte in modo da evitare che al danno primario se ne possano aggiungere ulteriori, dovuti a poca attenzione, noncuranza, sbadattaggine, stanchezza, mal di schiena, burn out etc.; senza dubbio tante volte siamo impossibilitati a metterle in atto per le condizioni lavorative e organizzative non ottimali, perché il personale è esiguo, etc., ma ciò non costituisce in alcun modo una giustificazione.

Vi è quindi il rischio di sminuire e vanificare la qualità del lavoro d'equipe a causa di un intervento terapeutico non corretto, con gravissime ripercussioni a carico dei soggetti affidati alla nostra cura.

Quindi, è fondamentale che il paziente ricoverato in terapia intensiva, che è al centro del processo di cura, riceva fin dall'inizio i più idonei interventi di prevenzione e di stimolazione pianificati, condivisi e verificati dal team assistenziale integrato, al fine di evitare tutte le complicanze legate al coma, al non movimento, alla non funzionalità, alle manovre brusche, al mantenimento di posizioni errate, alla deprivazione sensoriale, ad un ascolto passivo e disattento, etc., che possono compromettere il futuro recupero e, allungare inesorabilmente la degenza. L'obiettivo prioritario in terapia intensiva è quello di ottenere la stabilizzazione e il miglioramento dei parametri e delle funzioni vitali, il risveglio del paziente, in vista del fine ultimo che è il benessere psicofisico complessivo ed il massimo recupero possibile per quell'individuo, con le risorse disponibili, pur nell'ambito delle problematiche esistenti.

Per ottenere ciò non si può prescindere da un miglioramento della collaborazione ed integrazione interprofessionale, che ci porti a trovare nel team ed attraverso il team, con un interscambio multidisciplinare proficuo, le soluzioni più congrue alle problematiche degli individui ricoverati.

Questa è la strada per migliorare la qualità del nostro lavoro e rendere la permanenza dei soggetti ricoverati in terapia intensiva meno carica di sofferenza: bisogna evitare di infliggere ulteriori fastidi, stimoli nocicettivi, danni a persone che versano già in condizioni gravissime e che non farebbero altro che aumentare la tendenza alla chiusura e rendere più difficoltosa la presa di coscienza di sé e la conoscenza dell'ambiente e degli altri, che è l'obiettivo che ci si prefigge.

Attuare ciò significa lavorare in maniera efficace, razionale e rendere meno frequenti i nostri errori sui pazienti, in modo che gli interventi assistenziali e terapeutici dell'equipe possano confluire e tendere non al conseguimento di obiettivi specifici e settoriali, ma all'outcome globale ed, in definitiva, ad un ottimale processo di recupero.

*Fisioterapista ARNAS Ospedale Civico Palermo
U.O. di Neuroriamazione

Terapia manuale: andare al di là della tecnica

di Maria Concetta Girgenti*

In data 27 novembre si è tenuto a Parma il 3° Congresso Nazionale del Gruppo di Terapia Manuale (GTM) AIFI su "Il ragionamento clinico e la valutazione nella terapia manuale dei disturbi muscolo-scheletrici". L'attività del gruppo in questi tre anni si è svolta cercando di promuovere e sviluppare l'approfondimento scientifico includendo anche la pratica professionale, la formazione e la ricerca. La fisioterapia, infatti, non è più, ma veramente non è mai stata, solo l'insieme di massaggio, terapia fisica e chinesiologia più o meno specifica. Lo scopo della fisioterapia, e in particolare della terapia manuale, è il ripristino massimale e senza dolore della funzione del sistema neuro-muscolo-articolare in un equilibrio posturale. Questo è possibile ottenerlo attraverso diverse strategie: la diminuzione del dolore e dello spasmo muscolare, il ripristino dei normali scambi dei liquidi nei tessuti, della flessibilità ed estensibilità dei tessuti molli, la normalizzazione della mobilità e dei rapporti articolari, la correzione della debolezza e del disequilibrio muscolare, il recupero di un adeguato controllo motorio, la stabilizzazione dei segmenti instabili, la riduzione degli stress posturali e occupazionali, la riabilitazione funzionale del paziente, la prevenzione delle recidive, il ripristino nel paziente della sicurezza e della fiducia in sé (IFOMT Educational Standards).

Non è più solo un intervento tecnico, ma un intervento "sulla persona". Non si tratta di applicare un singolo metodo o di una singola procedura che si pone come esclusiva rispetto a tutte le altre: si parla ormai, in diversi settori, di riabilitazione integrata, e il fisioterapista è il professionista che, grazie al ragionamento clinico, adatta la scelta terapeutica di volta in volta alle caratteristiche cliniche e alle priorità del paziente. Soprattutto i colleghi più giovani, prima di indirizzarsi verso tecniche e pratiche di moda, devono sapere che la terapia manuale è una delle competenze all'interno della nostra professione.

I fisioterapisti hanno saputo, negli anni, abbandonare presupposti teorici superati e, poiché non devono difendere nessuna "scuola" specifica, stanno procedendo in tutto il mondo con continue ricerche per validare i nuovi approcci e le nuove intuizioni. La terapia manuale è, quindi,



qualcosa di molto vivo, dinamico, continuamente in evoluzione ed altamente professionalizzante.

Durante lo svolgimento della parte scientifica del congresso si è evidenziato il fatto che siamo in un momento storico, soprattutto in campo sanitario, dove si è alla continua ricerca di interventi diagnostici e terapeutici di maggiore efficacia e con il più alto livello di ricerca scientifica - evidence based medicine - e le relazioni che i colleghi hanno presentato hanno tenuto conto delle procedure diagnostiche terapeutiche e dei percorsi formativi più accreditati dalla comunità scientifica internazionale.

Il riferimento internazionale del GIS GTM è l'IFOMT (International Federation Orthopaedic Manipulative Therapists), sottogruppo ufficiale della WCPT, organismo di cui fanno parte, a pieno titolo (full members), i gruppi di terapia manuale di quei paesi (attualmente 17) che prevedono, nei loro ordinamenti didattico-scientifici, una formazione post-graduate in terapia manuale.

L'Italia è rappresentata dal GTM AIFI, in qualità di "Full Membership" dal marzo 2004, in occasione della Conferenza Internazionale di Cape Town (Sudafrica).

Il Gruppo di Terapia Manuale persegue questi obiettivi:

1. Promuovere e sostenere la formazione post-diploma in terapia manuale che risponda agli standard dell'IFOMT. Un esempio di ciò è stato il corso di "Formazione avanzata in Terapia Manuale", organizzato dall'Università degli Studi di Genova, in collaborazione con la Libera Università di Bruxelles (LUB) e patrocinato dal GIS GTM e dall'AIFI. Tale corso, attualmente in svolgimento presso il campus universitario di Savona, è stato trasformato in Master Universitario di 1° livello a partire dall'a.a. 2003-2004.
2. Associarsi (il GIS GTM AIFI è un gruppo registrato) come Full Member, all'IFOMT.
3. Promuovere attività scientifiche e culturali, riguardanti la terapia manuale, in tutto il paese.
4. Diffondere e favorire tra gli iscritti AIFI, sulla base delle evidenze scientifiche comprovate disponibili (evidence based practice) lo studio, la ricerca e la pratica nel campo della terapia manuale e manipolativa.
5. Rappresentare i fisioterapisti manuali e manipolativi in Italia e a livello internazionale.

Il GIS GTM della regione siciliana vuole essere promotore di un gruppo di lavoro che possa rientrare nei parametri internazionali di formazione e ricerca scientifica.

Per portare avanti tale progetto è importante la collaborazione di tutti coloro che vogliono dare un loro contributo. Invitiamo, quindi, i nostri colleghi a produrre dei lavori, anche delle semplici testimonianze del loro operare quotidiano, per inserirle in un forum che sarà attivato all'interno del sito regionale dell'AIFI.

Auspichiamo, come gruppo, di potere un giorno promuovere un convegno regionale e presentare così i lavori scientifici prodotti dai colleghi fisioterapisti siciliani.

*Fisioterapista responsabile Gruppo di Interesse Specialistico in Terapia Manuale (GIS GTM) Regione Sicilia

Cari Amici e Colleghi,

Vi porgo gli auguri di un anno di pace e serenità per voi e per le Vostre famiglie.

Questo sarà un anno importante per la nostra professione.

Innanzitutto, perchè sarà l'anno in cui si celebreranno i congressi regionale e nazionale dell'AIFI, ma anche perchè, speriamo, può essere quello che nel quale finalmente s'istituirà l'Ordine professionale.

Tante battaglie ci attendono - prima fra tutte l'attivazione della Laurea specialistica anche nelle Università siciliane - e speriamo di essere sempre pronti ad affrontarle uniti, con l'augurio di una crescita ed affermazione della cultura riabilitativa e della professione che, per troppo tempo, soprattutto nella Regione siciliana, è stata poco considerata.

Allora, auguri di un Buon 2005 con l'auspicio di essere sempre più numerosi nel condividere le scelte di una professione in crescita.

Cordialità.

Rosario Fiolo

COMUNICAZIONE RIGUARDANTE IL CORSO INTEGRATIVO PER IL CONSEGUIMENTO DELLA LAUREA IN FISIOTERAPIA

L'AIFI Regione Sicilia ha avuto un incontro con il Presidente del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Palermo, Prof. Giovanni Savettieri, in merito allo stato dei lavori della Commissione per la valutazione dei titoli di studio necessari per la partecipazione al Corso integrativo per il conseguimento della laurea in fisioterapia, previo riconoscimento degli studi sia di diploma universitario che di titolo equipollente.

In tale occasione il Presidente del corso di laurea ci ha comunicato che entro la prima decade di Gennaio 2005 sarà pubblicata la graduatoria degli ammessi al Corso Integrativo.

Inoltre la stessa Commissione sta operando per la ricerca di locali che possono consentire l'effettuazione del Corso in un'unica tornata.



A.I.F.I.
REGIONE SICILIA

Via M.se di Villabianca, 120 - 90143 Palermo - p.iva 04378710828 - c.f. 97077740823

Domanda di iscrizione 2005

Cognome _____

Nome _____ Codice fiscale _____

Comune di nascita _____ Prov. _____

Data di nascita _____

Indirizzo di residenza (Via/Corso/Piazza, ecc...) _____ n° civico _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

Recapiti abitazione: telefono _____ fax _____ E-mail _____

Sede di lavoro: _____

Recapiti lavoro: telefono _____ fax _____ E-mail _____

Titolo di Scuola secondaria superiore

Maturità classica o scientifica Maturità magistrale Maturità tecnica Altro

Iscrizione 2004 Si No N° tessera 2004 Prima iscrizione Rinnovo dopo interruzione

Parte riservata al Fisioterapista

Titolo Professionale

Scuola diretta a fini speciali Scuola regionale Diploma universitario Laurea

Sede di conseguimento _____

Sigla della Provincia della sede formativa _____ Anno conseguimento del Titolo _____

Tipo di impiego

<input type="checkbox"/> Dipendente S.S.N.	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato	_____	[<input type="checkbox"/> Funzioni professionali
	<input type="checkbox"/> a tempo determinato			<input type="checkbox"/> Funzioni di coordinamento
<input type="checkbox"/> Dipendente struttura privata accreditata S.S.N.	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato	_____	[<input type="checkbox"/> Funzioni professionali
	<input type="checkbox"/> a tempo determinato			<input type="checkbox"/> Funzioni di coordinamento
<input type="checkbox"/> Dipendente struttura privata	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato	_____	[<input type="checkbox"/> Funzioni professionali
	<input type="checkbox"/> a tempo determinato			<input type="checkbox"/> Funzioni di coordinamento
<input type="checkbox"/> Libero professionista presso _____			[<input type="checkbox"/> Studio proprio
			[<input type="checkbox"/> Studio associato
<input type="checkbox"/> Disoccupato			[<input type="checkbox"/> Altro

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96, informiamo che i dati personali verranno utilizzati da AIFI per finalità associative. I dati verranno, inoltre, utilizzati da Riabilitalia Editrice e Società Scientifica Italiana F&R per l'invio delle riviste e la pubblicizzazione delle iniziative scientifiche; i dati potranno altresì essere trasmessi ad aziende del settore sanitario e riabilitativo, ivi comprese quelle dell'editoria, purché di comprovata serietà, per l'invio di informazioni commerciali, scientifiche e sondaggi di opinione. In qualunque momento, potrà consultare, far modificare, cancellare i suoi dati o semplicemente opporsi al loro utilizzo. L'utilizzo dei dati è concesso gratuitamente.

Data _____

Firma _____

