

**Università di Pisa - Facoltà di Medicina
e Chirurgia.**

**Tesi di Laurea Specialistica in
Scienze delle Professioni Sanitarie
della Riabilitazione.**

***L'evoluzione della figura
professionale e giuridica del
fisioterapista
dalle origini alla configurazione
attuale.***

Candidata

Dott.ssa Patrizia Abeni

Relatrice

Dott.ssa Rosalba Ciranni

Anno Accademico 2008-2009.

Prefazione:

Sin dagli albori della civiltà uno dei bisogni essenziali dell'essere umano è stato quello di mantenere un alto grado di efficienza ed autonomia motoria e fisica, allo scopo di garantire la propria sopravvivenza.

Questo bisogno, soddisfatto attraverso modalità molto diverse nel corso dei secoli, è sempre stato strettamente legato alla presenza di un esecutore materiale la cui evoluzione e progressiva crescita professionale ha portato alla comparsa di quella figura, altamente specializzata, che oggi chiamiamo fisioterapista e che rappresenta la chiave di volta delle discipline riabilitative.

Dai tatuaggi dell'uomo di Similaun alle metodiche attualmente offerte nei vari settori della scienza della riabilitazione, il percorso è stato lungo, variegato e articolato.

L'intento di questo studio è quello di ripercorrere questo cammino del fisioterapista dai primordi sino all'attuale configurazione scientifica, culturale, sociale e giuridica, in Italia e in altri paesi occidentali.

Introduzione:

Nel mondo civilizzato contemporaneo alla parola “fisioterapista” si associa subito l’immagine di una figura tecnica specializzata di ambito sanitario.

Il fisioterapista lavora in collaborazione con altre figure professionali della sanità, ma è a lui che spettano la diagnosi funzionale, la prognosi e la realizzazione di un percorso terapeutico riabilitativo, adeguato al paziente e alla sua patologia, sino al raggiungimento del miglior risultato ottenibile.

Questo percorso è, ovviamente, diversificato ed altamente specialistico a seconda della patologia in questione e non limitato al solo apparato muscolo-scheletrico.

Gli studi scientifici e l’evidenza clinica mostrano, infatti, il fondamentale apporto della fisioterapia, in ambito pneumologico, nella cura delle problematiche respiratorie. La riabilitazione cardiologica consente a migliaia di pazienti la ripresa di una vita lavorativa e sociale.

La riabilitazione odonto-stomato-gnatica, la riabilitazione posturale e le loro interconnessioni permettono la risoluzione di problematiche che possono ostacolare la vita di relazione; pensiamo, ad esempio a come possono essere invalidanti gli esiti di una intubazione endotracheale prolungata o le sindromi vertiginose.

L'importanza della riabilitazione in ambito neurologico, ortopedico o post-chirurgico è evidente e conosciuta, ma non altrettanto lo è la rieducazione vescicale o intestinale. In ogni aspetto della fisiologia e funzionalità umana la riabilitazione fornisce importanti e spesso fondamentali apporti.

Da questo breve excursus emerge come la figura attuale del fisioterapista richieda una formazione tecnica-specialistica accurata e approfondita e di quanta strada sia stata percorsa, sino ad oggi, dal massaggio terapeutico del mondo antico senza per questo sminuirne il valore.

In questa evoluzione anche i termini che definiscono la figura del fisioterapista e il suo operato sono mutati nel loro significato. La nostra cultura si basa e si rapporta costantemente con concetti e convinzioni di origine classica, così radicati da sembrare naturali.

La cultura occidentale nasce, in effetti, dall'evoluzione della civiltà mediterranea e dagli stretti legami con il mondo medio-orientale e classico.

Il lavoro del fisioterapista può essere visto, alla luce di tali concetti e convinzioni, sia con riferimento agli strumenti propri del suo sapere (metodiche, approcci e strategie riabilitative), sia alla sua visibilità nel mondo extra-professionale (posizione sociale, collocazione e inquadramento professionale e giuridico, autonomia professionale, etc.).

Poiché le parole esprimono concetti che possono evolversi ad una velocità diversa rispetto a quella del fonema d'origine, in questo divenire può accadere che alle antiche connotazioni concettuali se ne sovrappongano di nuove; altre volte permane

il fonema, sganciato dai vecchi significati, a indicare un concetto nuovo; altre volte ancora si rendono necessari neologismi che esprimono il significato di concetti nascenti.

Molti vocaboli del linguaggio scientifico attuale trovano origine nella lingua greca.

I concetti di “fisioterapia” e “riabilitazione”, ad esempio, hanno seguito un’evoluzione sulla quale è interessante soffermarsi.

Il termine “*fisioterapia*” ha la sua origine nei termini “*physis*” e “*therapéia*” cioè natura e qualità naturali e terapia o insieme di cure.

Va rilevato che “*therapéia*” deriva da “*therapeuo*” = che significa servire (i.e., servire le cure), connotazione non casuale, sopravvissuta sino a tempi molto recenti nell’ambito delle terapie riabilitative.

Etimologicamente il fisioterapista è colui che utilizza, nella sua professione, i mezzi fisici e la fisioterapia è un modo di curare che si avvale delle sole energie naturali. Questa concezione della medicina riabilitativa, se rapportata all’applicazione dell’attuale scienza fisioterapica è incompleta e superata, ma fondata dal punto di vista storico.

E’ opportuno ricordare che il *therapon* era nel mondo classico un servitore, quest’origine ha segnato il percorso storico della figura del fisioterapista legandola, in qualche modo, a quella di un semplice esecutore materiale.

Secoli di storia e di evoluzione medica sono stati, quindi, necessari perché venissero acquisiti i connotati di osservazione,

ricerca e sperimentazione che hanno permesso al fisioterapista di evolvere da semplice esecutore materiale al professionista sanitario attuale.

Sono convinta che il ripercorrere la strada che ha generato la figura attuale del fisioterapista possa aiutare a consolidarne il senso di professionalità e d'importanza nel lavoro sanitario e aiuti a collocare meglio la figura nell'ambito socio-sanitario europeo attuale; così come il potere confrontare le diverse evoluzioni della figura professionale operatesi nei vari stati fornisca spunti utili per una ulteriore crescita.

EVOLUZIONE STORICA

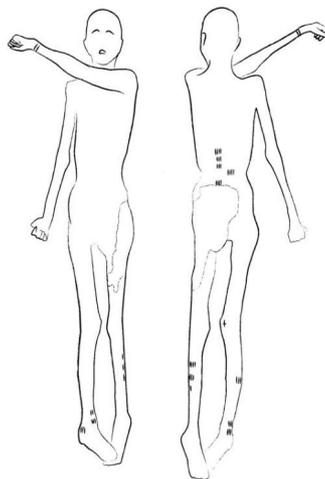
Dalla preistoria al mondo greco-romano.

Le informazioni sui procedimenti terapeutici nel mondo preistorico sono giunte sino a noi attraverso reperti umani mummificati o scheletrizzati, attraverso i poemi della tradizione orale, i graffiti e i dipinti su vasellame.

L'epoca storica, con le sue iscrizioni, papiri e pergamene, ha incrementato e rese più attendibili le fonti a nostra disposizione.

Dalla consultazione di tali fonti si evince un dato fondamentale: i nostri concetti di cura e riabilitazione, intendendo con questo la visione globale del rapporto che l'uomo ha con il suo ambiente e l'importanza del mantenimento di questa inter-relazione continua e non il semplice recupero di una funzione motoria, non sono chiaramente trasponibili nel mondo antico.

Un esempio chiaro ci giunge dalla mummia di Otzi, il cacciatore di Similaun, nelle Alpi Otzalesi, morto 5300 anni fa , probabilmente di setticemia procurata da una freccia infissa nella spalla sinistra.



La mummia di Otzi presenta tatuaggi distribuiti su 14 zone del corpo dove i fenomeni artrosici degenerativi legati all'età e allo stile di vita sono più sintomatici (colonna lombare, articolazione del gomito, del ginocchio e delle caviglie).

I tatuaggi sono estremamente semplici e localizzati su zone del corpo usualmente coperte da abiti, fatto che ha portato ad escludere un ruolo di messaggio sociale di questi segni.

L'esame istologico dei frammenti cutanei interessati dal tatuaggio ha rilevato la presenza, nel tessuto cicatriziale, di particelle carboniose.

A supporto dell'ipotesi curativa va riportato che, sino al secolo scorso, alcune tribù nomadi del Tibet praticavano "tatuaggi terapeutici" nella cura dei dolori articolari praticando piccole incisioni nella pelle e riempiendoli con polvere di carbone vegetale (Capasso L., 2000).

Quasi due millenni più tardi, nella Cina del 2700 a.C., si registra un'attenzione estrema alla cura del corpo e della mente realizzata attraverso il movimento.

Nel libro Kong-Fou (ca. 2698 a.C.) sono riportate norme kinesiterapiche emanate da una casta di sacerdoti, i Tao-Cheu.

Il manoscritto descrive tecniche e applicazioni di massaggio, di mobilizzazione degli arti e di esercizi respiratori il cui scopo era il raggiungimento dell'equilibrio psico-fisico.

Nel XVIII secolo a.C., l'Ayur-Veda, testo sacro dettato da Brahma ai suoi discepoli, raccomanda il massaggio a scopo igienico e di mantenimento della salute del corpo.

In India la dottrina Yoga, riserva una parte delle sue pratiche ad esercizi di respirazione, di statica e di rilassamento.

Le pratiche di controllo fisico e respiratorio, che avrebbero potuto costituire una prima forma embrionale di yoga, furono forse utilizzate in ambito sciamanico. Poco o nulla, purtroppo, si sa della civiltà fiorente ed evoluta che a quel tempo si era sviluppata nella valle dell'Indo (terzo e secondo millennio a. C.) e alla quale si fanno risalire i più antichi reperti archeologici con rappresentazioni collegabili in qualche modo allo yoga.

Nella Civiltà Egizia la medicina è, all'origine, una prerogativa della casta sacerdotale.

L'uomo egiziano antico ha grande considerazione della virtù terapeutica della preghiera e fa affidamento a pratiche magiche

ma, come scrive Jean Starobinski, riferendosi ai reperti archeologici egizi, nella sua "Storia della medicina" : *"...tutto induce a credere che ci fosse in Egitto una categoria di medici distinta da quella dei sacerdoti. Al seguito dei principi e dei notabili si imponeva la presenza di un medico provetto tanto per vigilare sulla salute dei singoli, quanto per mantenere in stato di efficienza una numerosa schiera di subalterni e di schiavi. La stessa cosa accadeva negli eserciti, o nei grandi raggruppamenti di lavoratori impiegati in opere d'irrigazione e di costruzione."* (Starobinski J, 1954).

In Egitto fra il 3000-2500 a. C. l'osservazione clinica è già evoluta.

Imhotep, medico egizio poi deificato, descrive per la prima volta una lesione midollare:

"trauma cervicale, paralizzato ai quattro arti, le cui funzioni escretorie erano caratterizzate da una perdita costante goccia a goccia e la cui muscolatura era scomparsa, tale disturbo non poteva essere trattato".

E', però, nell'ambito dell'uso comune della medicina che coloro che utilizzano le pratiche di massaggio e di ripristino delle funzioni perse o alterate, trovano il loro spazio.

L'ausilio di protesi adeguate sottolinea l'esistenza di una competenza tecnica piuttosto sviluppata. Un esempio valido è l'alluce di legno, databile al III periodo intermedio e ritrovato sui resti di Tabaketenmut, una donna che soffriva di calcificazioni delle arterie e di diabete (Hawass A., 2005).

L'amputazione chirurgica dell'alluce, rivelata da studi paleopatologici, e l'usura del manufatto supportano fortemente il

ruolo di protesi che consentì alla donna di mantenere la capacità deambulatoria.



Altro esempio sono le protesi dentarie, elaborate per favorire il ripristino di adeguate funzioni masticatorie. Come si può vedere nelle foto, sono protesi che testimoniano l'abilità tecnica esecutiva e progettuale degli "operatori" dell'epoca che, oltre alla capacità funzionale, non sottovalutavano la componente estetica .



Sempre in Egitto, nella tomba del medico Akhmahar a Sakkara, è stato scoperto uno dei più antichi dipinti testimoniante l'utilizzo di tecniche di massoterapia riflessogena; nel dipinto è chiaramente visibile una pratica di massaggio al piede e alla mano.

Restando nel bacino del Mediterraneo, nella statuaria bronzistica Sarda (VIII-VII secolo a.C.) si trovano manufatti che rappresentano individui traumatizzati i cui arti superiori, per esempio, vengono sostenuti da steccature. Tali reperti sono stati ritrovati nei "Pozzi Sacri", luoghi adibiti al culto delle divinità nuragiche che sorgevano in prossimità di fonti o corsi d'acqua cui era attribuito un potere curativo. Tali figure ci informano su processi di cura in atto presso quelle popolazioni dell'epoca.

(http://sardinyarelay.it/pozzi_sacri/htm).



(Museo Archeologico Nazionale di Cagliari, orante con la stampella)

Storicamente le medicine Assiro-Babilonese e quella Egizia rappresentano la base della medicina occidentale. Veicolate in Grecia dai fenici, vengono elaborate e organizzate in una medicina *“tecnica e pratica”* (Gomperz T., 1950).

Passando al mondo greco, la lettura dei poemi Omerici, soprattutto dell’Iliade, ci informa sulla buona conoscenza sia dell’anatomia topografica umana sia della traumatologia bellica, spesso curata con esiti favorevoli.



Bronzi di Riace, Museo nazionale di Reggio Calabria.

L’Odissea, invece, ci parla del massaggio come metodica valida per il recupero della salute dei guerrieri (ca. VIII a.C.).

Gli artigiani della cura e della guarigione sono operatori manuali esperti ma non si può parlare di veri e propri *“metodi”*, né di professionisti delle cure. La documentazione storica non riporta figure di questo tipo, né protocolli di cura codificati .

Solo successivamente, con Esiodo (VII sec), la cura del corpo non è più rivolta solo alle ferite ed ai traumi ma si estende alla ricerca di un benessere globale.

Si aggiungono manipolazioni, diete, purghe leggere, esercizi fisici, medicamenti locali e bendaggi. Tutto un vasto prontuario con protocolli riproducibili la cui unica finalità è il benessere fisico-psichico.

Nella Magna Grecia, Icco da Taranto, medico salentino (VI sec. a.C.), afferma che *“la ginnastica deve essere considerata un prezioso strumento della medicina”*. Precursore di una ginnastica razionale, Icco da Taranto indica esercizi adeguati all’età, allo stato di salute, al temperamento e alla conformazione scheletrica del soggetto che li esegue.

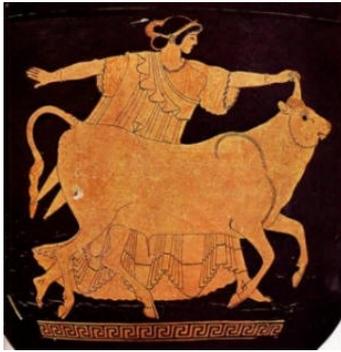
Ippocrate di Coa (460 - 370 a. C.), che nel V sec a. C. usa già il calore a scopo antalgico, propone il trittico *“Calore, massaggio e ginnastica”* che ancora oggi costituisce la base della moderna chinesioterapia. Nello stesso periodo Ippocrate scrive: *“il medico deve avere molteplici esperienze, ma deve conoscere sicuramente l'arte del massaggio. Il massaggio può lenire il dolore di un'articolazione infiammata o trasmettere una sensazione di tonicità e di benessere.”* Nell’aspetto curativo riabilitativo propone, inoltre, le manipolazioni per i piedi torti infantili e il riallineamento della scoliosi mediante l’estensione.

Continuando, tra le figure rappresentative dell’età classica troviamo gli *aleiptes*, inizialmente schiavi che ungono d’olio gli atleti nelle palestre o nei bagni, e che, successivamente, acquisiscono il ruolo di istruttori o direttori degli esercizi di ginnastica.

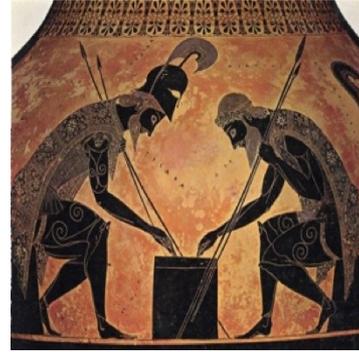
L'uso del massaggio nell'antica Grecia é parte integrante dei metodi applicati per realizzare il benessere del corpo e il miglioramento dell'attività sportiva. Infatti, sia Ippocrate (460-370 a.c.) che Aristotele (384-322 a.c.), nei loro scritti, suggeriscono il massaggio come elemento estremamente utile in molteplici situazioni.

Nelle antiche Atene e Sparta, il ginnasio rappresenta il luogo dove la gioventù si esercita nelle varie attività atletiche e il massaggio é comunemente usato, sia nella fase di preparazione agli esercizi, sia dopo il bagno.

La medicina ippocratica è in gran parte basata sulle esperienze concrete oltre che sul ragionamento. Nell'ambiente sociale ionico, dove si celebra il progresso tecnico, Anassagora afferma che *“l'uomo è il più intelligente degli animali perché possiede le mani”*; questa nuova “postura” mentale, favorita dall'evoluzione economica e commerciale (*techné greca*), conferisce una dignità nuova alle capacità tecniche e manuali in ogni ambito, anche in quello sanitario. L'operatore, colui che si occupa di *“riabilitare”*, non é solo un mero esecutore.



*Scena di
taumachia*



*Scena di
preparazione delle
armi*



*Scena di lancio del
disco.*

Con la conquista romana l'occidente fa sua la tradizione medica greca assimilandone tutte le conoscenze e le caratteristiche. Nell'antica Roma la cura del corpo, dell'igiene ed il mantenimento dell'efficienza fisica sono praticate all'interno dei bagni pubblici e delle terme. Queste attenzioni riservate al corpo, retaggio derivante anche dalla cultura etrusca, raggiungono la massima espressione nella Roma Imperiale. La cura del corpo dolorante e degli arti "offesi" nella loro funzionalità, viene affidata a maestri di ginnastica che presiedono a tutte le attività.

Le pratiche massoterapiche sono ben considerate, tanto da utilizzare talvolta olii costosissimi. Plinio (23 - 79 d.C.) scrive che un olio utilizzato per massoterapia, il balsamo di Giudea, è molto apprezzato dalla clientela femminile e costa 300 denari alla libbra (l'equivalente dello stipendio annuale di un legionario) se comprato sul posto, cioè in Giudea; 600 denari se acquistato a Roma .

Nel mondo romano, intorno al 50 a.C., compare una figura con competenze specifiche, frutto di studi tecnici ed educazione approfondita, chiamata *tractator*, e assimilabile al massaggiatore professionista dei nostri tempi. Tale figura è ben distinta dall'*unctor* che ha una funzione accessoria nelle pratiche sportive atletiche e nei complessi termali.

La documentazione letteraria, in proposito, ci conferma che le due figure e le due professionalità sono nettamente distinte con una netta superiorità, anche a livello sociale, del *tractator*. Sempre fonti letterarie tramandano come le donne siano particolarmente abili in questa professione.

Si tratta di documenti molto importanti poiché da essi emerge l'esistenza, per quelle che possiamo definire le professioni "tecnico-sanitarie" dell'epoca, della codifica di un percorso di studi metodologico.

Esistono testimonianze che riguardano anche l'uso di pratiche manipolative e di riposizionamenti articolari, come si può evincere dalla figura sottostante in cui è rappresentato un intervento di riposizionamento della mandibola.

Immagini da Storia della Medicina (NLM)

Riduzione di una lussazione mandibolare.



La perdita di funzionalità degli arti, successiva alla loro amputazione, viene ovviata dall'applicazione di protesi artigianali come dimostra il ritrovamento di alcuni reperti.

Il loro stato indica una buona funzionalità anche se i materiali sono, talvolta, piuttosto insoliti. E' il caso della protesi di gamba in bronzo ritrovata a Capua, (300 a. C.) che testimonia l'attenzione sociale nei confronti dell'invalidità e, indirettamente poiché non documentata, l'esistenza di personale esperto in questo campo.

Plinio il Giovane, nella sua Storia Naturale, ricorda un cittadino romano amputato della mano destra durante la seconda guerra punica, che possiede una mano artificiale metallica, di questa notizia, però, mancano i particolari di preciso riferimento.

Galeno (129 - 200) nel “*De Motu Muscularum*” scrive dei nervi motori e sensitivi, dei muscoli agonisti ad antagonisti, del tono muscolare e delle diartrosi ed sinartrosi; propone e descrive il trattamento per la scoliosi e per altre alterazioni articolari quali il ginocchio varo e valgo; inoltre nei casi di torcicollo, lombaggini e reumatismi, che fa derivare da colpi di freddo, consiglia l’applicazione locale di calore tramite l’apposizione in loco di pietre riscaldate. Con Galeno, dunque, si inizia a delineare non solo la relazione causa - effetto (freddo - dolore), per certe sintomatologie dolorose dell’apparato muscolo scheletrico, ma anche l’esistenza di una terapia basata sulla somministrazione di calore, peraltro già consigliata da Ippocrate.

Coelius Aurelianus (V sec. D. C.) medico, mette in discussione quanto sino ad allora tramandato nell’ambito post-chirurgico, sulla necessità dell’ immobilizzazione e afferma che: “*la pratica dell’esercizio post-operatorio non agisce negativamente sui processi cicatriziali, al contrario ritempra la forza del paziente, ne accelera il processo di guarigione e ne favorisce l’opportuna cicatrizzazione*”. L’osservazione clinica, la formulazione di un’ipotesi, la relativa sperimentazione e la verifica successiva che si riscontrano nell’opera di *Coelius Aurelianus*, effettuate in ambito riabilitativo, definiscono una posizione scientifica rigorosa che verrà riconquistata solo secoli successivi.

II Mondo Mediorientale:

–

Nell’ambito della medicina riabilitativa, i *medici mussulmani* (dal VII al XV secolo) sviluppano una modalità interventistica che

inizia con la dieta e prosegue con la fisioterapia, intuendo già l'interdipendenza fra il buon funzionamento metabolico, l'attività fisica e le metodiche utili per riconquistare e mantenere l'ottimale funzionalità del fisico.

La loro conoscenza clinica e la loro capacità di osservazione é accurata, come si evince dalla descrizione del dolore sciatico fatta da *Avicenna* (980 - 1037) nel suo *Canone*.

Se dieta e attività fisica mirate non funzionano per il paziente, si passa alla prescrizione di farmaci e, se anche questo non dà i risultati sperati, si fa ricorso alla chirurgia, come ultima *ratio*. La fisioterapia descritta dai medici mussulmani di solito include l'esercizio fisico e la balneazione.

I medici arabi sviluppano un elaborato sistema dietistico, da cui si deduce la consapevolezza di un'alimentazione carente.

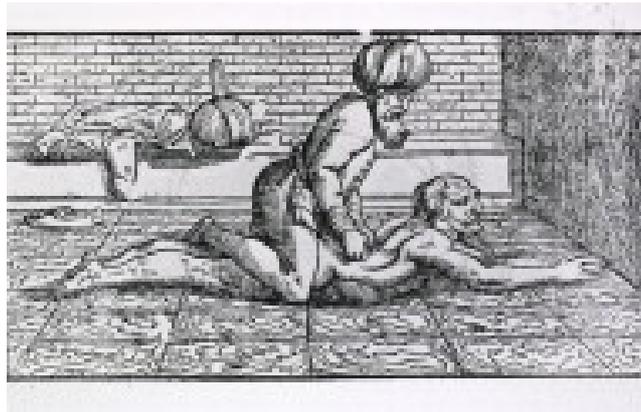
La correzione dell'alimentazione, oltre a costituire un importante elemento di trattamento, testimonia ulteriormente l'intuizione dell'interdipendenza tra metabolismo e funzionalità fisica.

Immagini da Storia della Medicina (NLM)

Avicenna, 980? -1.037, Autore.

La “National Library of Medicine”.

Un uomo massaggia la parte posteriore di un altro uomo che giace sul pavimento.



Il Medioevo.

L'alto medioevo: Nel corso dell'alto medioevo il corpo é poco importante, poiché il primato spetta all'anima.

Di conseguenza anche la sua cura è superflua, in quanto l'obiettivo é la salvezza dell'anima.

Si comprende bene come in questo contesto ogni idea di cura e recupero fisico risulti insignificante e possa essere di ostacolo al raggiungimento dell'elevazione spirituale e della salvezza dell'anima, cui l'uomo dell'alto medioevo tende. In questo

periodo, quindi, si perdono tutte le acquisizioni che l'evoluzione del pensiero medico e le pratiche riabilitative hanno raggiunto, anche il massaggio, come qualsiasi altra forma di palpazione del corpo, è considerato peccaminoso.

Il basso medioevo: Il basso medioevo è caratterizzato, grazie alla medicina monastica e a quella araba, dal recupero dei concetti di salute e di cura del corpo.

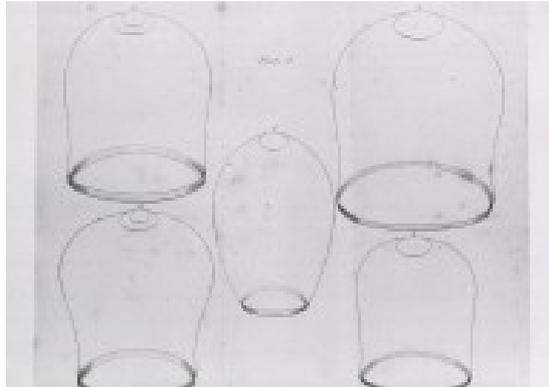
La Scuola Medica di Salerno, in cui confluiscono tutte le conoscenze, è artefice della rinascita delle arti pratiche mediche e di conseguenza dell'importanza della salvaguardia del corpo e della sua funzionalità.

Costantino l'africano teorizza che le cause prime che portano all'infermità sono: l'eccesso di movimento rispetto alle forze disponibili, lo stato anemico, e l'*irritazione*, intendendo con questo termine l'infiammazione cronica di una parte.

Viene recuperato anche il concetto greco di armonia della funzione muscolo-scheletrica. L'aspetto riabilitativo, teso al recupero della funzionalità, è lasciato all'intraprendenza del singolo e all'assistenza parentale.

Per le persone abbienti le cure riabilitative sono competenza del medico e comprendono prescrizioni varie che dipendono dalla preparazione del medico stesso.

L'armamentario per la cura dei dolori muscolari e articolari comprende, oltre ai vari linimenti, anche le coppettazioni a ventosa applicate calde sulle zone dolenti o nelle immediate vicinanze.



Immagini da Storia della Medicina (NLM)

Coppette per la cura di dolori.

Sintomatologie come dolori reumatici, artrosi, ernie discali o simili sono curate con pozioni medicamentose o con l'aiuto di mezzi naturali fisici come lo stare con la schiena contro un forte getto d'acqua. I bagni termali riprendono ad essere praticati e nascono i primi ospedali, dapprima sulle vie di pellegrinaggio verso i luoghi santi, per permettere ai viandanti di recuperare le forze per riprendere il cammino, poi nelle città per curare e assistere gli indigenti.



Spedale di Santa Maria della Scala, Siena, Italia

Scena di vita in un ospedale del medioevo.

Immagini da Storia della Medicina. (NLM)

Nasce un abbozzo di sanità “pubblica” e la figura del medico incomincia a farne parte; si tratta di un medico generico e gli specialisti, come l’equivalente del fisioterapista, non vi figurano ancora.



Immagini da Storia della Medicina (NLM)

Hotel Dieu Saint Jean, Angers, Francia. Interno e chiostro.

L’ esistenza di operatori in questo campo è, comunque, documentata nelle immagini riportate nel “Livre des Faiz Monseigneur Saint-Louis” (XIII secolo) in cui si illustra l’intervento su una forma acuta di periartrite scapolo-omerale in una dama, eseguito tramite movimenti e terapie fisiche mirati.

Sappiamo che, nel periodo tardo-medioevale, le protesi sono costruite dagli artigiani specializzati nella fabbricazione delle armature dei cavalieri e sono parte integrante di queste ultime, in quanto devono restare nascoste nell’armatura stessa.

Sono riservate quindi a persone abbienti ed al solo ambito della guerra o dei tornei.

Le prime protesi di mano risalgono al 1400, sono realizzate in ferro e possiedono dita passivamente mobili e bloccabili nella posizione di presa.

E' l'avvento del Rinascimento a segnare un salto evolutivo in ogni campo.

Fra Umanesimo e Rinascimento.

Con il Rinascimento esplode la curiosità scientifica per l'uomo, per il mondo (Michelet, 1855) e per le sue leggi (Burkhardt, 1860).

In virtù della 'riscoperta e rilettura del pensiero aristotelico, l'osservazione e il metodo scientifico si riappropriano del corpo umano e della malattia' come fenomeni naturali oggetto di studio (Montalcini R. L., 1998).

Il corpo non è più intoccabile e peccaminoso e l'attenzione si sposta verso un benessere del fisico, come mostrano le incisioni di bagni termali curativi.



Strasburgo: incisione di Christian Müller, 1571.

Vari studiosi iniziano ad occuparsi dello studio del movimento umano, ponendo così le basi della moderna ginnastica medica.

Agli studi di anatomia contribuiscono anche gli artisti, sempre più inclini a cercare ispirazione nella natura.

Basti qui ricordare i sublimi studi anatomici di *Leonardo da Vinci* (1452-1519), *Andrea Mantegna* (1431-1506), *Michelangelo Buonarroti* (1475-1564), *Albrecht Dürer* (1471-1528).

Leonardo da Vinci non si limita all'aspetto plastico ma descrive i meccanismi della stazione eretta, dell'alzarsi ed abbassarsi e del cammino.

Uno tra i primi anatomici rinascimentali é *Jacopo Berengario da Carpi* (1470-1550), che scrive i "*Commentaria cum amplissimis additionibus super anatomiam Mundini una cum textu eiusdem in pristinum et verum nitorem redacto*", pubblicati nel 1521.

Le sue tavole anatomiche permettono una visione chiara, sia articolare che muscolare, un preludio alla fisiologia della funzione motoria.

Altro grande anatomico, della stessa epoca, é *Giovanni Battista Canano di Ferrara* (1515 - 1579), che si interessa soprattutto di miologia.

L'età d'oro dell'Anatomia comincia, però, con tutta una serie di maestri e, in particolare, con *Giovanni Filippo Ingrassia* (1510 - 1580), *Andrea Vesalio* (1514 -1564), *Bartolomeo Eustachio* (1500/ 1514 -1574), *Andrea Cesalpino* (1519 -1603), *Gabriele Falloppio* (o Falloppia) (1523-1562), *Arcangelo Piccolomini* (1525-1586), *Giulio Cesare Aranzio* (1530-1589), *Girolamo Fabrici d'Acquapendente* (1537 -1619) e *Costanzo Varolio* (1543-1575).

Gli apporti forniti da questi illustri studiosi fanno rapidamente progredire lo studio del funzionamento del corpo umano, modificando il concetto di *cura, mantenimento in salute e recupero* delle funzioni alterate.

Anche nell'ambito pedagogico s'inizia a comprendere l'importanza dell'attività fisica in uno sviluppo armonico del corpo.

Vittorino da Feltre (1378-1446), è il primo ad unire gli esercizi ginnici all'intelletto.

Nel 1423 fonda la famosa 'Ca' Goiosa', per desiderio del Duca Gian Francesco Gonzaga, nella quale viene messa in discussione la formazione guerresca, seguita sin nel Medioevo, e viene rivalutato l'esercizio fisico come elemento basilare per lo sviluppo e la formazione dei giovani. Nella sua scuola, riservata prima di allora solo ai nobili, Vittorino da Feltre dà spazio anche ai figli dei poveri.

Maffeo Vegio (1407-1458), nel suo libro **'De liberorum educatione'**, parla di ginnastica vista come attività ludica che veicola degli insegnamenti.

Tornando agli studi di medicina: tra i precursori della nuova visione medica troviamo *Girolamo Fabrici d'Acquapendente* (1537 - 1619). Insegna a Padova, succedendo al suo maestro Falloppio. Studia la fonazione e la respirazione, l'apparato gastroenterico, la meccanica dei muscoli, cercando di interpretare l'Anatomia sul piano funzionale.

Vero precursore della ginnastica riabilitativa, il medico forlivese *Gerolamo Mercuriale* (1530-1606), riveste un posto singolare nella storia della medicina e nel panorama culturale del secondo Rinascimento, rappresenta infatti un felice connubio tra passione umanistica e attenzione alla realtà empirica.

Espone, nel suo libro *"De arte gymnastica"*, il ruolo dell'esercizio fisico nel mantenere lo stato di salute, prospettando ed illustrando gli effetti benefici e dannosi degli esercizi e le relative indicazioni e controindicazioni, allestendo un vero e proprio prontuario d'uso.

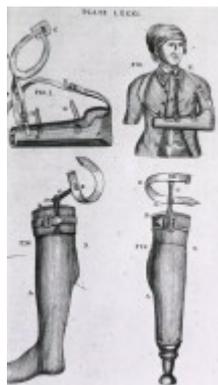
Per quanto riguarda la ripresa funzionale dopo amputazioni, le prime protesi di braccio appaiono verso la fine del XV secolo: alcune hanno il gomito fisso, altre mobile e possiedono dei fori nell'avambraccio per diminuirne il peso, questo particolare presuppone già un'attenta preparazione e uno studio dedicato alla ripresa di una funzionalità adeguata.

Nel 1863, lungo le rive del Reno, viene ritrovata, con il resto dell'armatura, una protesi metallica nota con il nome di *"mano di Alt-Ruppin"* che risale alla fine del XV secolo; il pollice é

indipendente e le altre dita, unite a coppie, sono bloccabili mediante due bottoni posti nel palmo.

Nel 1509 il cavaliere Goetz Von Berlichingen é famoso per la sua mano metallica articolata che si fa costruire da un armaiolo. Si tratta di una mano polifunzionale, in quanto tutte le falangi sono articolate in maniera indipendente e possono essere bloccate in qualunque posizione, garantendo la presa sicura degli oggetti; la possibilità di rilasciare la presa avviene attraverso la pressione su appositi pulsanti di sblocco. Un meccanismo a cremagliera permette la flessione passiva delle dita, mentre l'estensione é azionata da una molla. Il pollice si oppone alle altre tre dita ed é possibile una flessione del carpo. La protesi pesa 1,400 Kg e permette al cavaliere di impugnare la lancia e vibrare colpi potentissimi con la spada.

Protesi di braccio e gamba. Immagini da Storia della Medicina. (NLM).



Con la fine del XVI secolo termina il periodo delle protesi “medioevali” e compare una protesi del tutto diversa, moderna

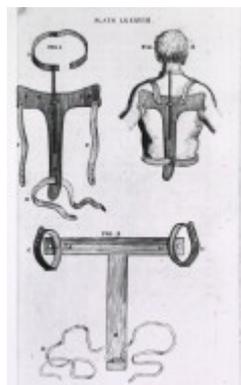
nella sua concezione e realizzazione: é una protesi estetica, fissa, in cuoio bollito, e leggera da permettere la scrittura con penna d'oca. Non é molto dissimile da alcune protesi estetiche in cuoio tuttora in commercio.

L'Età Moderna (1600 - 1800)

È soprattutto dalla fine del 1600 che si gettano le basi per la nascita della figura del fisioterapista, che nel XX sec. troverà la sua massima definizione.

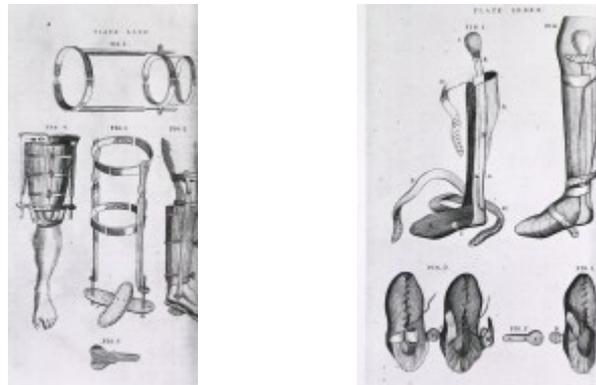
Alfonso Borrelli (1608 - 1679), nel *“De Motu Animalium”*, pone le basi della meccanica articolare originando un proliferare di studi e sperimentazioni.

Bernardo Ramazzini (1633-1714), nella sua opera *“De Morbis Artificum Diatriba”*, analizza le malattie dei lavoratori comprese quelle dovute a posture sbagliate e a movimenti scorretti, sancendone la relazione.



Corsetto per scoliosi. Immagini da Storia della Medicina. NLM)

A cavallo tra il 1700 e il 1800 *Domenico Cotugno* (1736-1822), compie studi approfonditi sulla nevralgia sciatica, mentre *Giambattista Paletta* (1747-1822), s'interessa e approfondisce gli studi sulla lussazione congenita dell'anca.



Immagini da Storia della Medicina. (NLM)
Tutori correttivi di coscia, gamba e piede.

Sempre nello stesso periodo, *Vincenzo Malacarne* pubblica il famoso trattato di "*Traumatologia*"(1794) e *Michele Troya* pubblica l'opera "*De Novarum Ossium*" (1775), entrambe opere fondamentali che contribuiscono allo sviluppo dell'ortopedia e favoriscono la nascita di numerosi centri ginnici attrezzati con macchinari specifici e personale competente e opportunamente istruito.

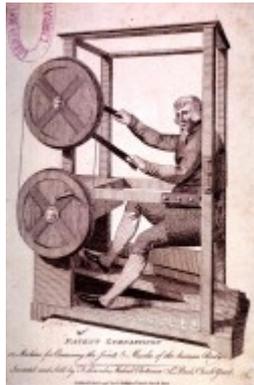


Immagini da Storia della Medicina. (NLM).

La correzione dei vizi di conformazione ossea e di postura, tramite apparecchi e macchine che agiscono sulle deformità dello scheletro e dell'apparato motorio, si definisce *Ortopedia Incruenta* e le prime testimonianze di attività svolte a tale fine si ritrovano in Inghilterra e nei Paesi Bassi nel XVII secolo, in Italia approdano tardivamente, con la fine del 1700.

Nella seconda metà dell'Ottocento l'attività degli Istituti Ortopedici s'indirizza prevalentemente verso la profilassi delle deformità infantili, soprattutto il rachitismo che era assai diffuso, per estendersi poi alla cura di tutte le affezioni dell'apparato motorio.

Ginnastica - Medico Paziente Gymnasticon, o di una macchina per l'esercizio delle articolazioni e dei muscoli del corpo umano. Immagini da Storia della Medicina. (NLM)



In questo periodo la rivoluzione industriale ed economica, s'impone in maniera importante in Gran Bretagna, nel nord della Francia e nell'occidente della Germania emarginando l'Italia, in cui lo sviluppo più lento coinvolge anche l'evoluzione culturale.

Nonostante ciò è proprio da studiosi italiani che arriva il maggior contributo alla conoscenza e all'impiego dell'elettroterapia.

La pratica dell'elettroterapia e degli elettroshock inizia in Europa con la scoperta della bottiglia di Leida (antenata del condensatore), in pieno XVIII secolo.

Gli "*shock folgoranti*", che quest'apparecchio procura, incuriosiscono e stupiscono gli scienziati dell'epoca inducendoli a credere che, attraverso forti scariche elettriche, sia possibile ridare movimento ad arti paralizzati da tempo.

Spesso dolorosa, però, l'elettroterapia é poco convincente sino al XIX secolo.



Istituto Ortopedico Rizzoli, sala di terapia.

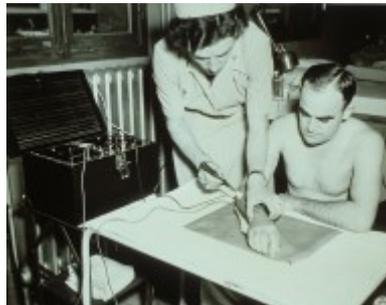
F. Pigati (1747), con una metodica antesignana dell'attuale ionoforesi, tenta di introdurre sostanze medicamentose nelle articolazioni, mediante la corrente elettrica, in alcuni casi di gotta e artrite ; *L. Galvani* (1737 - 1798) dimostra l'esistenza della corrente continua e dichiara che l'elettricità procede attraverso i nervi fino ai muscoli, mentre è ad *A. Volta* (1745-1827) che va il merito della scoperta della coppia elettro-motrice.

Queste nuove conoscenze vengono riprese e approfondite da *C. Matteucci* (1811-1868), *G. Grimelli* (1802 - 1878) che studia l'elettizzazione dei muscoli paralizzati, *A. M. Vassalli* (1761 - 1825), *S. Marianini* (1790-1866) e altri.

Attraverso l'opera di studiosi quali l'abate *J. A. Nollet* (1700-1770), *B. Franklin* (1706-1790), *M. Faraday* (1791-1867), *C. Erb* (1734-1810), *Karl Von Ludwig* (1744-1834) e *Emil Du Bois-Reymond* (1818 - 1896) si enfatizza lo sviluppo dell'elettrofisiologia e della fisica applicata all'ambito sanitario.

Immagine da Storia della Medicina (NLM).

Terapista impegnata in una seduta di elettrostimolazione muscolare.



Fra la fine del 1700 e l'inizio del 1800 si pongono le basi per studi sistematici e protocollati di ginnastica medica e di fisioterapia attraverso le ricerche e gli studi di scienziati quali *J. R. von Mayer* (1814-1878) e *Guillaume Benjamin Armand Duchenne* (1806-1875), che scrive "*Paraplégie Hypertrophique de l'enfance de cause cérébrale*" (sec.ed.) e utilizza per primo la tecnica della stimolazione neuro-muscolare con elettrodi di superficie.

In Inghilterra *Wright* (1828-1917) e *J. Currie* (1800-1870) anticipano l'uso di cure idriche nel trattamento delle febbri. Anche altri studiosi associano l'idroterapia alla cura di patologie diverse, ma senza la sistematicità e i riferimenti chiari del suo utilizzo nella traumatologia e reumatologia, come avviene negli scritti degli antichi.

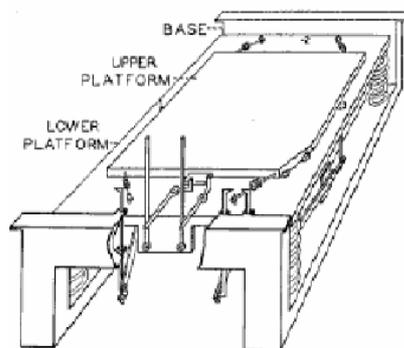
L'idroterapia e le cure termali e balneari hanno avuto, nel tempo,

fortuna mutevole sino ad essere, in periodi particolari, completamente ignorate (vedi alto medioevo). In tempi recenti il loro impiego sta tornando ad avere significato curativo valido e il loro impiego si sta diffondendo nuovamente.

Nel 1741 *Nicolas Andry* di Lione, professore di medicina al college Royal di Parigi conia il termine "ortopedia".

Sempre in Francia, *Clement Tissot* (1750-1826), allievo di J.J.Rousseau, analizza i movimenti degli arti e dichiara che, criterio imprescindibile alla prescrizione di esercizi ortopedici, debba essere la conoscenza dell'anatomia. Famosa la sua frase: "La buona medicina non è l'arte di approntare medicinali quanto l'arte di farne a meno". (Tissot, JC, 1780)

Herbert Elftman effettua i primi studi di baropodometria elaborando una apposita pedana di cui è riportato il progetto nell'illustrazione sottostante.



Emst Heinrich (1795-1878), *Wilhelm Eduard* (1804-1891) e *Eduard Friedrick Wilhelm Weber* (1806-1871) si occupano dello studio sulla funzione dei legamenti, sullo spostamento del centro di gravità durante la deambulazione, sulle leve ossee e sulla variazione di lunghezza dei muscoli durante la contrazione.

Sempre a Parigi *Antoine Lavoisier* inizia gli esperimenti sulla respirazione umana che saranno alla base degli studi di fisiologia

respiratoria e della futura rieducazione respiratoria.



Immagini da Storia della Medicina. (NLM)

Lavoro sperimentale sulla respirazione nel laboratorio di Lavoisier a Parigi.

Agli inizi dell'Ottocento lo svedese *Per Henrik Ling* (1776-1839) elabora il massaggio svedese e ne prospetta l'utilizzo nella correzione di alterazioni posturali del rachide e a Stoccolma, nel 1813, viene istituito il *Royal Central Institute*.

La Scuola include il massaggio nel programma di ginnastica medica.

E' da rimarcare come la *ginnastica svedese* si avvale di movimenti attivi e passivi per trattare condizioni patologiche croniche.

Dopo di allora le tecniche del massaggio svedese si propagano attraverso l'Europa e gli Stati Uniti, dove le manovre del massaggio vengono studiate scientificamente e sistematizzate da *Ling*. Successivamente, *Kel Geen* le codifica e approfondisce le tecniche di massaggio fino ad allora conosciute.

Il massaggio terapeutico scientifico viene introdotto negli Stati Uniti, nel 1850 ca., dai fratelli *George e Charles Taylor*, nello stesso anno *Georgy* conia il termine di Kinesiterapia, per definire la terapia attuata con movimento mirato e precisamente stabilito e organizzato.

Étienne Jules Marey (1830-1904) si dedica agli studi sulle forze muscolari, sul cammino, sull'esercizio fisico per giovani e per soldati ed effettua prove sperimentali in varie situazioni. Famosi sono i suoi studi sui movimenti degli atleti e dei lavoratori e i suoi filmati diventano pietra miliare nella storia della medicina riabilitativa.

Adolf Eugen Fick (1829 -1901) studia i meccanismi di contrazione muscolare ed introduce i termini di contrazione "*isometrica*" ed "*isotonica*".

Tornando alla Massoterapia, viene codificata e riconosciuta socialmente e giuridicamente nel 1894 con la fondazione, in Inghilterra, della *Società di Massaggiatrici Diplomate*.

In Italia, nel 1880, *Francesco Rizzoli* fonda L'Istituto Ortopedico Rizzoli a Bologna; *Pietro Panzeri* nel 1891 istituisce la Società Italiana di Ortopedia.



Istituto Ortopedico Rizzoli: un ragazzo durante un trattamento correttivo con una macchina a pendolo progettata dal professor Alessandro Codivilla (1862-1912), direttore dell'Istituto, per correggere la scoliosi del tratto cervicale (inizi del Novecento).

A Firenze *Ferdinando Carbonai* fonda, nel 1839, la “*Casa per rachitici*” che diventa poi “*Stabilimento Ortopedico Idroterapico*”, mentre *Ernesto Gabrielli* fonda l’Istituto Fisico-Terapico con annessa Officina Meccanica che, durante la Grande Guerra, fornisce apparecchi ortopedici, fisioterapici e ortesi di vario tipo e utilizzo.

I primi Congressi di Fisioterapia si tengono ad Amsterdam nel 1906 e a Roma nel 1907.

A Torino, nel 1898, viene inaugurato l’*Istituto Fisico-Terapico* con una sala di ginnastica medica.

L'Età Contemporanea.

Nel XX sec. si rende necessaria, in ambito sanitario, la nascita di quella figura tecnica competente che oggi individuiamo nella figura del fisioterapista.

Diverse circostanze concorrono a rendere urgente l'istituzione di questa figura professionale sanitaria: le due guerre mondiali producono un cospicuo numero di disabili creando la necessità di un enorme numero di interventi di rieducazione ortopedica; l'industrializzazione amplifica gli infortuni sul lavoro producendo nuovi traumatizzati, l'aumento dei traumatismi stradali e il miglioramento della tecnologia in ambito medico consente la sopravvivenza ad individui altamente danneggiati, inoltre le epidemie di poliomielite lasciano spesso ai sopravvissuti problematiche severe, sia a carico dell'apparato respiratorio che locomotore.

Tale situazione rende indispensabile progredire rapidamente, sia nell'ambito della rieducazione motoria, sia nella messa a punto di nuove tecniche di assistenza respiratoria, e porta alla formazione di professionisti in grado di affrontare, in maniera efficace, tutte le problematiche legate alla perdita o al danneggiamento di funzioni biologiche essenziali alla vita di relazione.

Il XIX secolo porta grosse novità anche dal punto di vista protesico.

L'evoluzione, nella realizzazione di protesi dell'arto superiore, porta all'elaborazione di modelli in cui, fortemente considerata, è la funzione prensile, ma le tecniche utilizzate per la loro

realizzazione sono ancora inadeguate all'ottenimento di un buon risultato.

Giuliano Vanghetti (1861 - 1940) intuisce la possibilità di utilizzare i muscoli residui del moncone di avambraccio, per trasmettere comandi di movimento ad una mano artificiale.

Questo nuovo traguardo rende imperativa, nel fisioterapista, la necessità di conoscere in maniera approfondita l'anatomia e la fisiologia umane, al fine di adeguarsi alle nuove possibilità di recupero d'arto.

L'intuizione di Vanghetti diventa chirurgia pratica grazie a *Ernst Ferdinand Sauerbruch* (1875-1951), che interviene chirurgicamente sui residui muscolari dei monconi, creando dei capi attraverso i quali vengono inseriti dei perni in avorio, collegati poi con i meccanismi della protesi.



Immagini da Storia della Medicina. (NLM)

Due uomini, protesizzati di arto superiore, giocano a scacchi sotto la supervisione di personale riabilitativo.

Con tale tecnica si rende possibile l'apertura della mano sfruttando i muscoli estensori e la chiusura sfruttando i flessori.

Sono queste le prime protesi funzionali, dette a *controllo diretto* (da parte del paziente) o a *canale muscolare*.

Il loro limite, rappresentato dalla rapida riduzione della funzionalità a causa dell'allungamento dei muscoli e di ricorrenti infiammazioni dei canali muscolari, sarà abilmente superato dalle protesi mioelettriche negli anni '60.

Il momento più attivo nella ricerca sulle protesi d'arto è sicuramente legato alla prima guerra mondiale a causa dei numerosi mutilati di arto superiore. E' un momento fondamentale anche per le attività di riabilitazione, infatti lo Stato istituisce "*Sezioni Chirurgiche di Concentramento per i mutilati e storpi di guerra*" e "*Sezioni speciali di cure fisiche e ortopediche*" nei Corpi di Armata di Torino, Genova, Verona, Bologna, Roma, Napoli, Palermo e Firenze.

Tramite l'istituzione di convenzioni apposite anche gli Istituti Civili vengono impiegati nella rieducazione e nell'assistenza agli invalidi, realizzando un importante collegamento fra l'attività statale e quella privata.

Nel 1929, con la legge n. 1416, viene fondato l'INAIL, per fornire prestazioni terapeutiche, medico-chirurgiche, balneo-termali e ortopediche inclusa la prescrizione o il rinnovo di protesi. Per la realizzazione degli interventi, soprattutto fisioterapici e protesici, si avvale di Reparti Ospedalieri e di Istituti Ortopedici, come il Gabrielli di Firenze. Un notevole contributo viene dato dalle *Officine Ortopediche Rizzoli* e dalle loro palestre rieducative.

La seconda guerra mondiale determina un'ulteriore spinta al miglioramento degli ausili protesici, specialmente negli Stati Uniti.

Immagini da Storia della Medicina. (NLM)



Un uomo protesizzato ad entrambi gli arti inferiori si esercita alla discesa delle scale in un centro riabilitativo.



Un gruppo di amputati agli arti inferiori si esercitano al cammino in un apposito centro riabilitativo.

La prima massiccia applicazione delle tecniche di riabilitazione avviene negli Stati Uniti tra il 1930-40, nella cura dei poliomielitici sopravvissuti alla malattia.

In America la poliomielite è considerata, fino all'avvento dei vaccini antipolio, come un vero e proprio flagello sociale che ha prodotto un enorme numero di disabili, recuperati in parte attraverso le tecniche di riabilitazione allora note. L'incremento della ricerca e dell'applicazione in campo riabilitativo inizia nel momento stesso in cui il presidente Roosevelt, nel 1921, contrae la malattia che lo priva quasi completamente dell'uso degli arti

inferiori: nei primi anni successivi all'attacco della polio, riesce a reggersi in piedi solo grazie a tutori di metallo, nascosti nei pantaloni.

La malattia lo sensibilizza al problema e, nel 1927, fonda la *Georgia Warm Springs Foundation*, che ancora oggi rappresenta un importante centro per la riabilitazione fisica.

La località Warm Springs (Georgia) è ricca di acque termali e ben si presta alla cura di patologie che coinvolgono le funzioni motorie, dal momento che la terapia idrica è comunemente ritenuta un'applicazione fondamentale in tali processi di riabilitazione. La riabilitazione del poliomielitico è importante non solo per quanto riguarda gli arti inferiori, che sono notoriamente i più colpiti dalla terribile infezione, ma anche per la mobilità della colonna vertebrale e per la funzionalità respiratoria.



Immagini da Storia della Medicina. (NLM)

Personale addetto alla riabilitazione durante una seduta di ginnastica in acqua di un paziente affetto da esiti di poliomielite.

Nel 1952, durante un Congresso di medicina fisica svoltosi a Londra, vengono comunicati, a questo proposito, dati molto significativi: su 100 poliomielitici la riabilitazione motoria ha

portato nel 40 per cento dei casi ad una completa regressione della paralisi; nel 30 per cento i risultati sono stati buoni e tali, comunque, da permettere un completo recupero sociale; nei casi restanti i risultati sono stati modesti.

L'aumento della durata media della vita e la sopravvivenza alle patologie degenerative, favoriscono la nascita di centri per la "Riabilitazione" del disabile, in sostituzione delle strutture a carattere eminentemente religioso che "ospitavano" le persone con fini assistenzialistici ma non di recupero sociale.

Questi centri si occupano della rieducazione di bambini, sia con esiti poliomielitici che con problematiche neuro-motorie di origine centrale.

La disabilità legata a problemi neurologici, respiratori, a traumi cranici, spine bifide o altre patologie gravemente invalidanti, viene vista in una nuova ottica che vuole realizzare il massimo recupero e reinserimento possibile.

Nasce il bisogno di una figura competente in grado di "riabilitare" l'individuo consentendogli di recuperare le funzioni residue, nella costruzione di una nuova autonomia.

La legge n°1312/21 istituisce i primi provvedimenti che favoriscono l'inserimento del mutilato nel mondo lavorativo o la sua pensionabilità assistita. Evidentemente, il meccanismo di "riconoscenza", verso coloro che hanno combattuto per lo Stato italiano, influisce sull'attenzione sociale.

I primi testi di Medicina Fisica vengono pubblicati a metà degli anni '40.

Nel 1943, *Herman Kabat*, neurofisiologo e medico, studia l'applicazione, in ambito riabilitativo, di tecniche basate sui lavori di neurofisiologia di *Sherrington*.

Kabat, sfruttando i meccanismi neurologici dell'induzione successiva, dell'innervazione e dell'inibizione muscolare reciproca e il processo d'irradiazione, ottiene risposte muscolari altrimenti non evocabili. Individua vari gruppi muscolari, che sono funzionalmente correlati ed attivati in schemi di movimento complessi, su traiettorie motorie diagonali e spirali; soprattutto sviluppa il concetto di riabilitazione, adattata ai bisogni del paziente e applicabile nel trattamento delle paralisi centrali, negli esiti della poliomielite, nelle lesioni midollari e in problematiche complesse di natura ortopedica.

Grazie a questi studi, la riabilitazione passa dai metodi meccanicistici di *Lovett-Legg* e *Merrit*, basati sul movimento selettivo delle articolazioni e dei muscoli, ai metodi neuromotori, con risultati di recupero motorio qualitativamente e quantitativamente mirati ad ottenere una maggiore autonomia funzionale del paziente.

Nel contempo il dott. *Karel Bobath*, neurologo, e la moglie *Berta Bobath*, fisioterapista, elaborano un metodo di rieducazione neuromotoria e lo applicano agli esiti delle paralisi cerebrali.

La loro ipotesi è basata sul fatto che la lesione cerebrale porta alla perdita del controllo corticale demandandolo a livelli più bassi del Sistema Nervoso. L' inibizione dei riflessi primitivi che ne deriva facilita la comparsa di numerosi riflessi patologici che disturbano il movimento finalizzato. La soluzione proposta permette di inibire le attività riflesse anormali attraverso posture inibitorie, facilitando così l'attività posturale e motoria residua, attraverso l'utilizzo delle reazioni di raddrizzamento, di equilibrio e di difesa.

Nell'ambito delle neuro lesioni infantili, *Vaclav Vojta* elabora tecniche alternative consistenti di stimoli che dovrebbero evocare nel Sistema Nervoso del bambino risposte motorie coordinate, come il rotolamento e lo strisciamento riflesso, e che potrebbero poi costituire dei modelli per la motilità spontanea.



Immagini da Storia della Medicina. (NLM)

Due bambini, portatori di tutori per gli arti inferiori, sperimentano la stazione eretta reggendosi con le mani alle parallele.

Quest'approccio ha il merito di porre l'accento sull'essenzialità della diagnosi precoce neonatale e viene utilizzato anche per lesioni periferiche come il trauma ostetrico, mentre viene abbandonato nelle problematiche di spina bifida per il rischio di indurre reflusso vescicale.

Florence Peterson Kendall e il marito dott. *Henry O. Kendall* pubblicano, nel 1949: " *I muscoli: test e funzioni* ", che è ancora oggi un valido punto di riferimento nella didattica e nella clinica, per l'identificazione e perfezionamento delle tecniche di esame dei muscoli e per l'analisi critica della postura e del dolore. Nel 1952 pubblicano il manuale: " *Postura e dolore* ".

Immagini da Storia della Medicina. (NLM)



*Towards -
Centro di
Riabilitazione -
WHO fotografie
di T. Farkas.*



*Artrite reumatoide:
tutori ed esercizi
appositi.*

Il dott. *Guttman*, intorno agli anni 1930-1940, dimostra, nello SPINAL CORD CENTER di Stoke-Mandeville, che è possibile curare e riabilitare le persone colpite da trauma alla colonna vertebrale, con associata lesione del midollo spinale.

Da allora in poi, in quasi tutti i Paesi, nascono Centri per la cura e la riabilitazione delle persone con para e tetraplegia.

Nel 1953 il *Concilio Americano di Riabilitazione* stabilisce una delle prime definizioni della riabilitazione: *“La riabilitazione consiste in un insieme di tecniche la cui applicazione tende a restituire al minorato la sua massima capacità fisica, mentale, sociale e lavorativa.”*

Più recentemente, l'*Associazione Americana per la Vita Indipendente* ha sottolineato il diritto dell'invalido a vivere nell'ambiente che sia per lui il meno restrittivo possibile.

Riprendendo il discorso sull'evoluzione storica: alla fine del IXX sec. vengono scoperte nuove forme di energia come le onde elettromagnetiche, gli ultrasuoni, la luce ultravioletta, il L.A.S.E.R., che ricercatori competenti riescono ad applicare alla medicina.

Il forte impulso dello sviluppo tecnologico-scientifico consente di studiare e produrre artificialmente delle correnti a scopo terapeutico che, in base alla modulazione con cui vengono utilizzate, producono sui tessuti diversi effetti biologici (eccitomotori o analgesici).

Nel campo dell'applicazione di processi riabilitativi, un aspetto non ancora considerato è quello che riguarda la prevenzione, il trattamento e riabilitazione delle lesioni caratteristiche dello sport.

Solo dalla seconda metà del XX sec. secolo il tenore di vita e il livello agonistico cui gli sportivi sono sottoposti diventano tali da richiedere una risposta mirata e altamente specializzata che necessita, comunque, un continuo sforzo evolutivo.



Tecniche posturali: Pilates.

Nel corso della storia, nell'esercizio della disciplina fisioterapica, spesso si è dato risalto al momento pratico-esecutivo rispetto

all'aspetto cosciente, pedagogico, emotivo e psicologico, anche a causa degli influssi culturali propri delle varie epoche.

L'evoluzione degli studi di neurofisiologia e le nuove acquisizioni sulle potenzialità adattive del Sistema Nervoso, struttura dinamica e modificabile, hanno permesso la nascita di una nuova coscienza riabilitativa, modificando anche gli approcci terapeutici.

Il rigido concetto di *Ramon y Cajal* secondo cui: *“le vie nervose sono fisse, finite ed immutabili,...niente può essere rigenerato...”* è stato superato dalla scoperta della *“plasticità neuronale”*.

Il riflesso di questa nuova visione, sulle scienze riabilitative, ha determinato il passaggio dalle tecniche sincroniche (Kabat, Vojta, Bobath) a quelle diacroniche, di cui in Italia il dott. *Carlo Perfetti* è l'esponente principale.

Secondo la nuova visione riabilitativa, la strutturazione degli esercizi e delle condotte terapeutiche, non mira più al recupero di un'attività muscolare più o meno complessa, ma alla ripresa, attraverso l'apprendimento, dei correlati motori specifici di ciascuna delle funzioni alterate.

In quest'ottica, la partecipazione *“cognitiva”* del paziente è indispensabile.



Immagini da Storia della Medicina. (NLM)

I ricercatori contemporanei, che lavorano in ambito riabilitativo, valorizzano gli aspetti pedagogico-relazionali, considerandoli indispensabili per accedere ad una propriocezione e ad una coscienza nell'apprendimento motorio.

Superare la concezione meccanicistica dell'applicazione riabilitativa, ha permesso di ampliare notevolmente il campo lavorativo e di utilizzare i nuovi studi di neurofisiologia (vedi i neuroni specchio e gli studi sulle nuove funzioni del cervelletto) facendo in modo che il gesto terapeutico passi attraverso il livello cognitivo.

La riabilitazione si configura, quindi, come apprendimento, sia cognitivo, sia motorio. Anche gli utilizzatori delle metodiche tecnicistiche che avevano dominato sino agli anni '70 (Kabat, Vojta, Bobath, ecc.), preferiscono definire l'applicazione delle loro metodiche, "approcci", non più metodi, accreditando un orientamento di pensiero utile per affrontare un programma di riabilitazione.

C'è un avvicinamento tra l'approccio di tipo "cognitivo" e quello di tipo "comportamentale".

Si realizza quanto importante sia la visione dell'uomo come "unità di corpo e di mente" che, nella pratica fisioterapica, fa coincidere l'operato della mano con quello della mente in una nuova rivalutazione della "*thecnè*" greca.

La realtà complessa in cui si opera esige che la fisioterapia sia allo stesso tempo tecnica, metodica empirica, teoria ed educazione, senza che tra questi aspetti vi sia contrapposizione.

Un risvolto di questo nuovo modo di vedere le cose, sul piano legale, è forse evidenziabile attraverso l'eliminazione dell'aggettivo "ausiliarie" accanto alla denominazione "professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e riabilitative" (legge 42/99).

LA FIGURA DEL FISIOTERAPISTA OGGI IN
ITALIA

Il profilo professionale e la posizione socio- giuridica

L'attuale figura professionale e giuridica del fisioterapista, in Italia, origina dall'accorpamento nello stesso ruolo di due figure distinte: il terapeuta della riabilitazione e il massaggiatore.

La figura del massaggiatore, ora non più in vigore perché assorbita nella qualifica del fisioterapista, risale al 1918 quando, negli ospedali militari, viene inserito nell'organico il ruolo di massaggiatore, per non perdere, in tempo di pace, l'esperienza accumulata in guerra nel recupero funzionale e nella riabilitazione dei feriti.

Questo passaggio eleva il massaggio ad arte ausiliaria sanitaria. Con il Regio Decreto T.U. n. 2349 del 13-11-1924, vengono istituiti i primi corsi pratici per massaggio, presso la Regia Scuola Professionale, annessa all'Istituto Nazionale per Ciechi Adulti di Firenze.

Nella legge n. 1264 del giugno del 1927, si definisce il profilo professionale del massaggiatore e si riconosce al non vedente, opportunamente formato, il titolo di massaggiatore.

La figura giuridica viene consolidata con una serie di provvedimenti - quali il Regio Decreto n.1334 del 31-5-1928, la circolare del Ministero degli Interni del 5-7-1928 n. 20.400/3, il testo unico delle leggi n. 1265 del 27-7-1934 e il Regio Decreto del 26-2-1941 -.

Circa dieci anni più tardi, la legge n. 376 del 15-6-1950, istituisce presso gli ospedali, ruoli organici per massaggiatori, abilitati presso scuole autorizzate e riservati prevalentemente a non vedenti.

La scuola ufficiale per masso-fisioterapisti non vedenti viene istituita con la legge n.570 del 5-7-1961.

La storia formativa e legislativa della figura del fisioterapista in Italia, nella quale convoglieranno i masso-fisioterapisti a seguito di disposizioni normative, ha seguito un diverso iter.

Nel 1954 si istituisce e si svolge, in Italia, il primo corso per *terapisti della riabilitazione*. Il Corso forma, con lo stesso percorso didattico e con lo stesso titolo di *terapisti della riabilitazione*, tre figure diverse che si differenziano in base al successivo ambito di intervento lavorativo; sono: i fisiokinesiterapisti, i terapeuti occupazionali e i terapeuti del linguaggio.

L' iter di formazione professionale si delinea con i provvedimenti successivi del 1966 e poi del 1969:

“la Scuola per terapeuti della riabilitazione deve accogliere solo allievi in possesso del titolo di scuola media superiore, limitando il numero di iscrizioni in quanto la pratica fa parte integrante ed essenziale della preparazione; vi deve essere quindi un rapporto ottimale tra terapeuti-istruttori e allievi; per lo stesso motivo la scuola deve essere annessa ad un istituto o centro di riabilitazione ove possa essere svolta quotidianamente la preparazione pratica degli allievi. La scuola deve prevedere almeno tre anni di corso, con un primo anno propedeutico comune alle varie branche, un secondo anno di preparazione specifica in un settore (fisiokinesiterapia, terapia occupazionale e

terapia del linguaggio), un terzo anno di tirocinio da effettuarsi presso un istituto o centro qualificato... Le esercitazioni pratiche, che nel primo anno avranno soprattutto carattere informativo nei diversi settori, nel secondo anno avranno carattere formativo e nel terzo anno di lavoro responsabile guidato... La scuola deve anche prevedere corsi periodici di aggiornamento professionale e corsi di specializzazione per terapisti già diplomati.”

La prima fonte normativa, che sancisce la presenza dei terapisti della riabilitazione nell'assistenza pubblica, è la legge Mariotti (n. 132 del 12-2-1968) o legge su Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera; un'importante legge di riforma dove, all'art. 39, viene elencata la tipologia del personale facente parte dell'organico degli enti ospedalieri.

I terapisti della riabilitazione sono inquadrati all'interno del personale tecnico-ausiliario insieme alle ostetriche, agli infermieri professionali, alle assistenti sociali e agli infermieri generici.

Il D.P.R. n. 128 del 27-3-1969 sull' *“Ordinamento interno dei Servizi Ospedalieri”* inserisce i fisioterapisti nei Servizi di Recupero e di Rieducazione Funzionale Ospedalieri.

La *latitanza* delle istituzioni pubbliche prima degli anni '70, espressa nella mancanza di percorsi formativi professionalizzanti e rigorosi per le figure deputate alle professioni sanitarie, porta alla *'fioritura'* di scuole private che rilasciano titoli non corrispondenti, da un punto di vista legale, ai diplomi di stato e, anche per conseguire gli stessi diplomi di stato si frequentano corsi che variano per durata e per criteri di ammissione.

Queste anomalie di percorso rendono necessarie norme che permettano l'equipollenza tra figure con preparazioni didattiche diverse: con il D.P.R. 130/69 si riconoscono equivalenti, per la

figura del fisioterapista ai fini dell'ammissione ai concorsi, diplomi che differiscono enormemente tra di loro. Con la circolare n° 21/70 del Ministro della Sanità, si cerca di regolamentare la situazione creatasi, proponendo agli Ospedali di distinguere i terapisti, in base al corso frequentato, in 3 distinti livelli.

L'esigenza di linee comuni nella didattica, per ottenere figure con una preparazione più uniforme, diventa imprescindibile.

Dal 1970 in poi, l'esigenza di adeguarsi agli orientamenti didattici degli altri paesi europei porta alla formulazione di una proposta di scuola triennale per terapisti della riabilitazione, con un biennio comune fra le diverse figure e la differenziazione dell'ultimo anno, articolato per la qualifica specifica, in uno dei tre campi: fisiokinesiterapia, terapia occupazionale e terapia del linguaggio.

Va ricordato che nello stesso periodo, in Europa, in America e in Canada, le scuole sono già specifiche e distinte per branche di competenza.

Con il D.P.R. 10/72 lo Stato trasferisce alle Regioni funzioni pedagogiche relative alle professioni sanitarie ausiliarie: s'istituiscono scuole triennali che, collegate agli ospedali, permettono agli studenti di conseguire l' *"Attestato di Terapista della Riabilitazione"*; non c'è ancora separazione tra le figure professionali.

Il decreto ministeriale del 10/02/74 non separa la formazione didattica delle tre figure professionali (fisiokinesiterapisti, terapisti occupazionali e logoterapisti) e concepisce la tipologia ambigua del terapeuta unico polivalente, che deve racchiudere, in un'unica figura professionale con gli stessi tre anni di preparazione, le competenze di tutte e tre le professioni.

Con il disegno di legge Falcucci-Degan del 1977 si risponde, finalmente, all'urgenza di dare un ordine alla formazione didattica degli esercenti le professioni sanitarie infermieristiche e tecniche: i percorsi didattici vengono separati e vengono istituite le specifiche scuole formative, non in ambito universitario.

Immagini da Storia della Medicina. (NLM)

Fisioterapista che aiuta un paziente a compiere movimenti davanti ad uno specchio.

Pazienti in una sala di terapia riabilitativa.

Fisioterapista che aiuta un paziente ad aumentare il range di flessione del suo ginocchio con un esercizio di mobilizzazione articolare passiva.



Alla fine degli anni ottanta, in Italia, le associazioni professionali dei terapisti iniziano a chiedere, con insistenza, un corso di laurea in *"Scienze della Riabilitazione"* articolato in tre diversi indirizzi: fisiokinesiterapia, logopedia e ortottica.

L'adesione a questa richiesta professionalizzante rende necessari dei cambiamenti legislativi.

Il vero cambiamento, nella disciplina del percorso formativo dei fisioterapisti, viene determinato solo grazie ai provvedimenti dell'ultimo decennio legislativo.

Tale cambiamento è il risultato di un lungo lavoro di "riforma culturale" sia degli organi decisionali, che dei componenti delle categorie professionali, direttamente o indirettamente interessate dalla materia; infatti la figura del fisioterapista è già attiva e operante nel contesto sanitario dal secolo scorso, ma non ha una definizione che delinea con precisione ambiti e competenze. Il disagio è avvertito soprattutto dai professionisti che non vedono riconosciuto il proprio ruolo.

Nel tentativo di sopperire alla carenza legislativa, vengono fatte diverse proposte di legge, tutte distanti dal riconoscimento della dignità ed autonomia professionale della figura.

Nel 1986 una proposta inerente la figura del terapeuta della riabilitazione o fisiochinesiterapista ne sancisce l'attività:

"..egli è il professionista abilitato all'esercizio della fisiochinesiterapia nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione. Egli pratica la fisiochinesiterapia scegliendone in modo autonomo mezzi e tempi. Guida l'individuo allo sviluppo delle potenzialità psicologiche, funzionali e sociali, effettua, con proprie responsabilità, attività educativa, rieducativa, riabilitativa in soggetti con alterazioni motorie e neuromotorie di qualsiasi origine; utilizza le tecniche della chinesiterapia, della ginnastica medica e del massaggio, gli agenti fisici, le apparecchiature e le protesi, allo scopo di favorire il miglior utilizzo delle potenzialità psicofisiche dell'individuo a perseguire l'autonomia e l'integrazione sociale. Il fisiochinesiterapista effettua la valutazione, il bilancio articolare e neuromuscolare,

l'esame psicomotorio, al fine di impostare il piano di trattamento, curarne l'attivazione e verificarne i risultati. Promuove, inoltre, modificazioni dell'ambiente di vita dell'utente mediante ausili e sussidi idonei; svolge attività promozionale ed educativa nei confronti della persona assistita, dei suoi familiari e della collettività."

Descrizione accurata, che facilita l'utente alla comprensione delle "mansioni" dell'operatore sanitario, ma non ha le caratteristiche del profilo, piuttosto quelle di un elenco, appunto, di mansioni.

Per un'ulteriore e importante passo avanti, nella delineazione di una figura professionale capace ed autonoma, si passa alla legge di riforma universitaria n° 341/90 di cui è artefice il ministro dell'Università Antonio Ruberti: il percorso formativo - educativo acquisisce gli attributi di corso universitario, rilasciando il "*Diploma di Terapista della Riabilitazione*", a seguito di tre anni di preparazione consecutivi ad un diploma di scuola secondaria superiore.

Questa legge apporta due sostanziali novità, nella formazione delle professioni della riabilitazione, e più in generale, delle professioni sanitarie:

- 1) la scelta di convogliare in un unico ambito universitario, una formazione fino ad allora gestita in maniera disomogenea (scuole regionali, scuole private, corsi parauniversitari);
- 2) l'istituzione di percorsi di studio "brevi", con piena dignità di titolo, su modello anglosassone.

Il decreto del 31 marzo del 1992 del MURST mette a punto l'ordinamento didattico e definisce:

- 1) la possibilità di scelta, entro la fine del secondo anno, dell'indirizzo neurologico o di quello ortopedico/medicina fisica e riabilitazione;
- 2) la durata complessiva del corso in 3 anni;
- 3) la distribuzione delle ore di insegnamento, delle attività pratiche, di studio guidate e del tirocinio;
- 4) l'obbligo della conoscenza dell'inglese scientifico e dell'aggiornamento della letteratura scientifica.

Due anni dopo il decreto del ministero della Sanità n.° 741 / 94 promulga il seguente profilo professionale:

(art.1, co.1) "Il fisioterapista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita."

(art. 1, co.2) "in riferimento alla diagnosi ed alla prescrizione del medico, nell'ambito delle proprie competenze, il fisioterapista:

a. elabora anche in equipe multidisciplinare, la definizione del programma di riabilitazione volto all'individuazione e al superamento del bisogno di salute del disabile;

b. pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie cognitive utilizzando terapie fisiche, manuali, massoterapiche e occupazionali;

c. propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;

d. verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale...”.

Definizione che delinea il dominio di competenze, impedisce ingerenze da parte di altri operatori e chiarisce gli ambiti di attività del fisioterapista; sottolinea, inoltre, come il diploma universitario e i titoli equipollenti (artt. 2 e 3) siano lo strumento unico e necessario al fine dell'esercizio della professione, ponendo i primi limiti all'esercizio abusivo della professione.

Il decreto, riguardo agli ambiti di svolgimento della professione, fornisce indicazioni, sia sul tipo di attività (studio, didattica e consulenza professionale oltre alle competenze già menzionate al comma 2), sia sul regime lavorativo (che può essere dipendente o libero-professionale sia in strutture pubbliche che private).

L'emanazione di questo profilo delinea i contenuti normativi di una nuova figura sanitaria, che ha l'obbligo di assumere un comportamento professionale in conformità con l'autonomia riconosciuta e con la responsabilità, anche di carattere penale, che da essa deriva.

Questo quadro elimina le interpretazioni arbitrarie sui contenuti e sulle funzioni e impedisce la riduzione del ruolo degli esercenti a quello di "tecnici" esecutori.

Tale ordinamento é modificato nel 1996 con la promulgazione degli Ordinamenti Didattici dei Diplomi Universitari (tabella XVIII-ter).

La normativa introdotta con l'adozione della tabella XVIII/ter o degli ordinamenti didattici dei diplomi universitari di area medica (con il D.M. 168/96 firmato dai ministri Bindi - Berlinguer), favorisce una cultura nuova fondata sull'integrazione tra

competenze, risorse umane e tecnologiche, di due realtà diverse quali il Servizio Sanitario Nazionale e l'Università.

La creazione dei diplomi universitari origina una nuova figura: il coordinatore degli insegnamenti tecnico-pratici e di tirocinio o "*tutor*", da individuarsi tra i professionisti omologhi al profilo da formare e che diventa il vero e proprio "responsabile" della formazione, con una funzione di supervisione generale della congruenza tra i programmi teorico-clinici e i bisogni formativi dei futuri fisioterapisti.

In questa nuova formulazione didattica, il *tirocinio* è una fondamentale fase formativa e i *tutor di tirocinio* hanno un ruolo insostituibile: in sintesi devono portare gli allievi a *saper fare* e a *saper essere* nella professione.

Viene riproposto il Profilo Professionale, come base fondante delle competenze di ciascuna professione e viene introdotta, nel concetto di attività pratica o di tirocinio, la necessità che lo studente in formazione apprenda ed espleti una serie di atti e di attività indispensabili, anche per il superamento dell'Esame di Stato, abilitante alla professione.

Tra queste attività emergono: la frequenza obbligatoria, la compilazione di cartelle riabilitative, l'effettuazione del trattamento riabilitativo (comprensivo di valutazione, verifica e procedure terapeutiche quali: valutazione funzionale, test muscolari ed articolari, ecc.).

I diplomi universitari, regolamentati dalla tabella 18/ter, dapprima s'integrano e poi si sostituiscono alle preesistenti scuole regionali ospedaliere e universitarie a fini speciali.

Con tali diplomi si garantisce una preparazione teorica e, soprattutto, un addestramento tecnico-pratico destinato ad un numero limitato di studenti selezionati da un test d'ingresso.

Il sapere viene determinato nel momento dell'insegnamento formale, i corsi integrati forniscono un apporto determinante e nella fase di tirocinio le acquisizioni teoriche vengono consolidate dall'applicazione pratica.

Viene eliminata la distinzione in due indirizzi: neurologico e ortopedico.

Il basso numero di ammessi permette un più rapido contatto con la realtà professionale e favorisce la cooperazione e la consapevolezza delle difficoltà e delle soddisfazioni lavorative.

La strada, per passare dai diplomi universitari ai corsi di laurea, è tracciata.

La formazione post base rimane un punto ancora aperto del Profilo Professionale; s'interseca strettamente con la L. 42/99, ed è, esplicitamente, indicata nei settori della psicomotricità e della terapia occupazionale.

Il DM n. 56 del 17.01.1997 e il DM n. 136 del 17.01.1997, istituiscono rispettivamente il profilo professionale del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e quello del terapeuta occupazionale. La questione insoluta e sulla quale permangono perplessità è se tali competenze siano giuridicamente ambito solo di queste professioni o anche del fisioterapista che abbia seguito una idonea formazione post base. Un passo fondamentale verso il processo di identificazione professionale si ottiene con la legge n°. 42/99, che abolisce la definizione di "*professione sanitaria ausiliaria*" prevista dal Regio

Decreto n° 1265/34, sostituendola con quella di *“professione sanitaria”*.

Avere proprie competenze e poterle espletare a pieno diventa una realtà sanitaria per legge oltre che di fatto.

L'importanza di questa legge è fondamentale: la scomparsa del concetto di ausiliarità, va di pari passo, oltre che con l'affermazione dell'autonomia, anche e soprattutto con l'affermazione della responsabilità.

Ciò significa che oltre a *“svolgere con autonomia professionale propria e peculiare di ogni singolo profilo, le attività dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione...”* il professionista ne ha *titolarità*: ovvero che gli atti specifici sono personalizzati, che c'è responsabilità nei confronti della presa in carico del paziente e delle procedure terapeutiche messe in atto e che quindi non è più accettabile agire in maniera generica e anonima.

Questo è probabilmente il passaggio fondamentale della legge, quello che reca insieme i vantaggi e le incombenze derivanti dal riconoscimento di uno status professionale.

Con la riforma 509/99 il sistema universitario italiano è nuovamente rivoluzionato: i concetti di serialità e progressione diventano la base del sistema e della nuova organizzazione dei corsi didattici.

Le tipologie dei titoli rilasciati sono fundamentalmente quattro: la Laurea di I° livello (3 anni), la Laurea specialistica di II° livello (5 o più anni), il Diploma di specializzazione e il Dottorato di ricerca (questi ultimi due non ancora effettivi), cui bisogna aggiungere i Master (almeno 1 anno di formazione), che possono essere effettuati sia dopo il I° che dopo il II° livello di laurea.

Il passaggio dal diploma universitario alla Laurea di I° livello, oltre che decretare la pari “dignità” formativa delle professioni sanitarie, prevede, per la prima volta, oltre che l’accesso al II° livello di Laurea e ai Master, la possibilità dei Dottorati, prima assolutamente preclusa.

Entra nell’uso comune anche l’utilizzazione dei crediti europei ETCS, che consentono di misurare i due livelli formativi, uno di base e uno specialistico (master di approfondimento post I° o post II° livello) riconoscendo le attività già svolte, i crediti già maturati nel caso di un passaggio ad un altro corso di studio, la libera circolazione negli stati membri (per ora solo come futura possibilità), etc.

L’elemento più innovativo non è quindi la formazione di base, che già era triennale e che ai fini lavorativi non prevede alcun concreto vantaggio rispetto al precedente Diploma Universitario, ma nella possibilità, prima inesistente, di accedere, per chi desidera continuare il proprio percorso, al successivo livello formativo verso una Laurea specialistica in ambito riabilitativo.

Con le nuove lauree vengono definiti gli obiettivi formativi da raggiungere, che sono delineati per legge solo in linea generale, data l’ampia autonomia didattica universitaria. Gli studenti devono tuttavia essere in grado di provvedere all’identificazione, individuazione, valutazione, progettazione, pianificazione, esecuzione e verifica del piano di trattamento (anche attraverso l’adozione di strumenti di rilevazione qual è, per esempio, la cartella riabilitativa).

L’emanazione della legge n. 251/00, concernente la: *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione*

ostetrica”, permette di avanzare ulteriormente nella configurazione di una figura professionale autonoma e precisamente delineata: all’art. 2, comma 1, si legge :

“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.”

Questa normativa evidenzia le attività basilari svolte dal fisioterapista, per le quali gli viene riconosciuta piena autonomia e titolarità.

La diagnosi funzionale è definita fondamentale e se ne evidenzia la specificità nel percorso clinico e professionale di competenza del fisioterapista; diventa il presupposto indispensabile per la progettazione di un intervento riabilitativo efficiente ed efficace e permette di stabilire una prognosi funzionale e di determinare i tempi di recupero.

Quindi a differenza della diagnosi di competenza medica, il cui interesse è diretto alla ricerca dell’agente eziopatogenetico che ha causato il particolare disturbo, le *“procedure di valutazione funzionale”* studiano i processi di disorganizzazione e riorganizzazione, conseguenti all’evento lesivo che ha compromesso la funzione motoria, che hanno alterato le *performances* motorie del paziente.

Il fattore causale della menomazione, quindi, non è il fine della ricerca di chi opera in ambito riabilitativo, anche se deve essere necessariamente conosciuto e considerato.

Questa legge si sofferma sull'autonomia e la responsabilità professionale, con i relativi riflessi sul piano legale, sull'organizzazione del lavoro, sul ruolo del fisioterapista all'interno dei servizi e nel rapporto con le altre figure professionali.

Al secondo comma dell'art. 2, della suddetta legge, si sottolinea il ruolo dello Stato e delle Regioni che:

"...promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di una integrazione omogenea con i servizi sanitari e gli ordinamenti degli altri Stati dell'Unione Europea."

Nell'esposizione legislativa vengono previste, per il fisioterapista, funzioni sia didattiche che organizzative (compresa la dirigenza della specifica area professionale) e viene riconosciuto come, tali provvedimenti, contribuiscano a migliorare la qualità del SSN, nella tutela del bene salute.

La legge precisa la necessità di una specifica formazione universitaria per la direzione delle specifiche aree professionali.

Con lo sviluppo di questo processo d'identificazione legislativa si è giunti ad una chiara definizione degli ambiti dei diritti della professione, così come dei doveri e delle responsabilità che discendono dal quadro normativo e legislativo.

Soprattutto dopo tale riforma, si rimarca la necessità di una stretta collaborazione e cogestione degli strumenti e delle risorse, tra le Università e il S.S.N.; con la consapevolezza che la professione del Fisioterapista, (e di tutte quelle dell' area sanitaria) abbia bisogno di formarsi nell'Università per avere una visione globale, non limitata, delle prospettive lavorative e professionali, rivolta alla risoluzione dei problemi del paziente in maniera individuale ed integrata e mantenga una viva attenzione alla ricerca.

Responsabilità civile e penale.

Con la definizione del profilo professionale, indicato nel D.M. 741/94, emerge l'importanza dell'autonomia del fisioterapista.

Nell'etica ed in particolar modo nell'etica medica, la parola "*autonomia*" rimanda al concetto di "*responsabilità*".

Nell'espletamento della professione, il fisioterapista può causare un danno al paziente che ha in trattamento. La speranza che ciò non accada non giustifica la disinformazione del professionista riguardo a cosa implichi, giuridicamente, l'essere responsabili delle proprie azioni. "*Danno*" deriva dal latino "*demere*", significa togliere, quindi privare un individuo di un bene che gli appartiene; comporta una diminuzione temporanea o permanente dell'integrità del paziente, intesa come efficienza psicofisica.

Le ripercussioni giudiziarie di questo evento possono essere penali o civili, oppure, come nella maggior parte dei casi, contemporanee.

L'art. 27 della Costituzione afferma che la responsabilità penale è personale.

Le professioni sanitarie sono chiamate a rispondere a norma dell'art. 43 del Codice Penale, dei reati colposi.

Per reato doloso si intende quello voluto dalla persona che l'ha provocato, mentre i reati colposi si verificano per negligenza, imprudenza e imperizia, o per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline. La negligenza, l'imprudenza e l'imperizia rientrano in quella che è definita "*colpa generica*" e diverse sentenze di merito e di Cassazione sono state pronunciate sul significato di ciascun termine.

L'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline rientra nella "*colpa specifica*".

Questa distinzione serve per graduare il grado della colpa, che influisce poi sulla quantificazione della pena e sul risarcimento a norma del Codice Civile.

L'art. 590 del Codice Penale tratta della "*lesione personale colposa*" e comprende la quasi totalità delle situazioni in cui si può trovare il fisioterapista che, nel corso del suo operato, provoca delle lesioni. Commette tale reato chi cagiona ad altri una lesione personale, da cui derivi una malattia del corpo o nella mente.

Per malattia, la medicina legale e buona parte della giurisprudenza, intendono un processo morboso in atto, a carattere evolutivo, che colpisca la sede delle funzioni fisiche e/o psichiche. Perciò la malattia è caratterizzata dall'anormalità,

dalla disfunzione, dall'evoluitività e ripercussione sulla vita di relazione e il ricorso alle cure.

La lesione colposa viene graduata in base a criteri ben precisi stabiliti dall'art. 583 del Codice Penale:

La lesione è detta "*lieve*" quando ne deriva una malattia o un'incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni, non superiore ai 40 giorni.

La lesione è definita "*grave*" se dura più di 40 giorni o mette in pericolo di morte la persona offesa, o consegua dalla lesione l'indebolimento permanente di un senso o di un organo (una piccola nota: per senso si intendono i cinque sensi classici e solo quelli, mentre, per organo si deve intendere un concetto funzionale, ad esempio una frattura di tibia consolidata in posizione viziata può comportare un indebolimento permanente dell'organo della deambulazione).

La lesione è "*gravissima*" quando cagiona una malattia certamente o probabilmente insanabile: la perdita di un senso, la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà del linguaggio, o la deformazione ovvero lo sfregio permanente del viso.

Quando il Tribunale riconosce, ad un operatore sanitario, la responsabilità di una lesione colposa, vengono innescate tutta una serie di azioni volte principalmente al risarcimento del danneggiato.

Grazie all'art. 185 del C.P. (che obbliga il colpevole al risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale a norma delle leggi civili) l'accertata responsabilità penale del sanitario

facilita l'azione civile del paziente per ottenere il risarcimento, anche se in linea di principio le vie penale e quella civile sono indipendenti l'una dall'altra.

Se il dipendente pubblico viene condannato per colpa grave, può, in base al D.P.R. 761/79, essere chiamato, dall'ente per cui lavora, a restituire quanto l'ente stesso ha dovuto stanziare a copertura della responsabilità contrattuale di fronte al paziente. Inoltre può essere prevista una sospensione temporanea dall'esercizio della professione (che per il dipendente consiste nell'allontanamento dalla struttura in cui lavora, per il tempo stabilito dalla pena) nel caso in cui si specifichi una condanna per violazione dei doveri inerenti alla professione.

Poiché le lesioni personali colpose vengono perseguite solo su querela, il penale influisce sulla determinazione del processo civile: le parti tendono ad accordarsi cercando una soluzione extragiudiziale a livello assicurativo.

Se la querela viene revocata il procedimento penale si estingue. La responsabilità legale può essere di due tipi, con implicazioni molto differenti tra loro.

La prima è "*extracontrattuale*" (art. 2043 C.C.): la condotta umana illecita causa un danno ad un terzo, a prescindere dal rapporto giuridico tra danneggiato e danneggiante. Al paziente danneggiato spetta l'incombenza di dimostrare la colpevolezza della condotta umana, il danno ingiusto e risarcibile e il rapporto causale tra la condotta dell'operatore e la lesione prodotta.

Questo tipo di responsabilità riguarda i dipendenti delle strutture pubbliche, nelle quali è l'organizzazione interna a scegliere l'operatore a cui affidare il paziente, che ha semplicemente scelto la struttura in cui farsi riabilitare.

Il secondo tipo di responsabilità è “*contrattuale*”: il patto viene sancito da un contratto diretto tra fisioterapista e paziente (contratto terapeutico).

Questa responsabilità riguarda il libero professionista, poiché il paziente sceglie il fisioterapista da cui farsi riabilitare, e il fisioterapista s’impegna a riabilitare correttamente il paziente stesso.

Tale contratto può essere violato per inadempienza di rapporto specifico: ad esempio quando si verifica, da parte del fisioterapista, una lesione colposa al paziente o una mancata corretta riabilitazione.

In questo caso la colpa è presunta e il professionista stesso può provare che l’inadempimento o il ritardo non è a lui imputabile.

È fondamentale la consapevolezza che le professioni sanitarie hanno un’obbligazione di mezzi e non di risultati. Ciò dà ad intendere che il fisioterapista deve impegnarsi a ben riabilitare, non a garantire il risultato, anche se la situazione, in realtà, è attualmente più complessa di quanto appena delineato.

Infatti la giurisprudenza, per quanto riguarda le professioni sanitarie, si sta indirizzando verso una responsabilità di tipo mista, contrattuale ed extracontrattuale, definita “*da contatto*”.

In base al progresso scientifico presente anche in ambito medico, la giurisprudenza, per determinate prestazioni, comincia ad avanzare pretese per quanto concerne il risultato terapeutico (ad es. al fisioterapista può essere richiesta una prestazione di risultato per quanto riguarda l’adozione di protesi ed ausili e il loro addestramento all’uso).

Le modifiche normative degli ultimi anni hanno ridefinito i limiti dell'autonomia e della responsabilità professionale: l’intervento,

quando avvenga in collaborazione con la figura medica, deve avvenire in riferimento alla diagnosi e alla prescrizione del medico stesso.

È indispensabile il consenso informato del paziente, al quale dovranno essere illustrate le metodiche possibili e ciò permetterà al paziente la vera libertà di scelta sulla via da seguire. Tale consenso va richiesto sia dal medico che dal fisioterapista, in quanto esecutore materiale e responsabile della prestazione; egli dovrà prospettare al paziente tutte le possibili strategie terapeutiche tenendo conto dei possibili limiti, dei benefici e dei costi, fermo restando che la scelta finale, per legge, spetta al paziente stesso, dopo adeguata informazione.

La prescrizione del medico ha validità giuridica, ma è altrettanto vero che l'acritica applicazione della stessa non solleva il fisioterapista dall'obbligo di effettuare una propria valutazione sulle condizioni del paziente, in relazione al trattamento al quale dovrà sottoporlo.

La responsabilità è quindi insita nella capacità di verifica della metodologia riabilitativa attuata e nel raggiungimento degli obiettivi di recupero funzionale.

Ciò vuol dire che deve essere stilato un piano riabilitativo con obiettivi ben specificati e che questi andranno verificati durante il percorso riabilitativo.

Non esiste contrasto con l'auspicabile valutazione in équipe dal momento che, un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, garantisce completezza degli aspetti valutativi.

Alle considerazioni relative agli aspetti comportamentali da cui possono discendere effetti giuridici, vanno aggiunte considerazioni di carattere etico.

Non esistendo un Ordine dei Fisioterapisti, ma solo un'associazione privata, la professione non è vincolata da un codice deontologico ufficiale a cui attenersi.

L'unico codice deontologico oggi esistente, approvato, è stilato dalla A.I.FI. - l'Associazione Italiana Fisioterapisti - che, in quanto associazione privata, può vincolare solo i propri iscritti al rispetto dello stesso.

Alla luce di quanto sopra esposto, è importante valutare la sentenza della Corte di Cassazione sez. IV n. 859 del 10.04.1998, che ha ritenuto colpevole un fisioterapista, nel processo per danni intentatogli da un paziente, ritenendo che:

"...incombe sul fisioterapista, nell'espletamento della sua attività professionale, un obbligo di accertamento delle condizioni del paziente traumatizzato prima di compiere manovre riabilitative che possono rivelarsi dannose; sicché, in mancanza di idonea documentazione medica (eventualmente non prodotta dal paziente), lo stesso fisioterapista ha il dovere di assumere tutte le informazioni richieste dal trattamento che si accinge a praticare...".

Il fatto riguardava l'esecuzione di una manovra riabilitativa che aveva provocato una frattura all'omero sinistro del paziente. Nel caso in questione il fisioterapista aveva cercato di difendersi adducendo la scusante di essersi limitato ad eseguire le sole manovre prescritte dal medico, il quale era, eventualmente, da ritenersi responsabile di una prescrizione troppo generica.

La Corte però è stata di diverso avviso ed, anzi , sottolineando la necessità di “*accertamento delle condizioni del paziente*”, ha introdotto giuridicamente il concetto di “*valutazione funzionale*”. Con la legge 251/2000, viene definitivamente introdotto l’obbligo del fisioterapista di procedere alla valutazione funzionale.

Essa diventa il primo passo da compiere prima di iniziare qualsiasi trattamento riabilitativo, in quanto la sua omissione può configurare come negligenza e colpa grave.

Tale valutazione, come anche il piano di trattamento e la sua verifica, vanno poi riportati nella cartella fisioterapica che assume un’enorme implicazione giuridica e si interseca strettamente con la responsabilità professionale.

(www.webmed.unibo.it/cdl_fisioterapia/storiafigura.htm).

A tutt’oggi, non esistendo alcun albo professionale, l’unico codice deontologico esistente che coinvolge la figura del fisioterapista italiano, è quello stilato dall’ A.I.F.I. ed applicabile solo agli iscritti all’associazione. (ALLEGATO, pag. 120.)

Ambiti d’intervento e contesti lavorativi.

Il fisioterapista può esercitare la sua professione in regime di dipendenza sia da enti e strutture del Servizio Sanitario Nazionale, sia da strutture private.

Il rapporto di lavoro dipendente viene regolato dalla dinamica contrattuale in tre possibili livelli: il contratto collettivo nazionale, i contratti integrativi aziendali e il contratto tra datore e singolo lavoratore.

Le principali differenze tra comparto privato, cooperative e pubblico impiego risiedono nella possibilità, nell'ambito privato, del riconoscimento di una qualifica superiore, qualora vengano consolidati mansioni e rapporti e nella libertà di costituzione del rapporto di lavoro.

Non essendo vincolati al finanziamento statale, gli enti privati hanno maggiore libertà nella retribuzione dei propri dipendenti.

Nel D.M. n. 741/94 viene menzionata ripetutamente l'autonomia decisionale ed operativa, e, al comma 6 dell'art. 1 dello stesso decreto, si fa chiaro riferimento alla possibilità del fisioterapista di *“svolgere attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale”*, definendo e normando l'esercizio della libera-professione.

Tale regime è espletabile attraverso modalità diverse: al domicilio del paziente; attraverso convenzioni o contratti di consulenza con enti pubblici e privati o con cooperative; in un proprio studio professionale, etc...

L'attività libero professionale, esercitata in un proprio studio professionale, è tutelata da precise norme. Fondamentale la distinzione tra studio professionale e ambulatorio, per il quale è obbligatoriamente richiesta la presenza di un medico.

Secondo quanto previsto dal D.lgs n. 203 /91 :*“ sono ambulatori gli istituti aventi individualità ed organizzazione propria e*

autonoma” che si configurano come struttura con rilevanza pubblica che incide sul territorio.

Per definire attività libero-professionale in regime di *“studio”* è necessaria la presenza di un rapporto diretto tra professionista e paziente nell’esecuzione del trattamento sanitario, senza la mediazione di ausiliari o colleghi. La libera scelta effettuata dall’utente verso il professionista di riferimento, distingue lo studio da altre forme strutturate di esercizio (ambulatorio, centro, ect...) perché sancisce l’individualità della prestazione e l’accezione di studio permane anche se, nel medesimo contesto spaziale, operano più professionisti o dipendenti e collaboratori con funzioni amministrative e logistiche.

Gli studi professionali non hanno necessità di autorizzazione (se non per l’idoneità igienica e abitativa dei locali), né obbligo di presenza medica: tale presenza renderebbe la situazione incompatibile con le dichiarazioni di autonomia riconosciute dal D.M. n.741/94, dalla legge n. 42/99 e dalla legge 251/00.

Il fisioterapista in regime libero professionale ha responsabilità di informare il paziente sulle possibilità di trattamento, sulle modalità di esecuzione dello stesso e sul costo di prestazione. Il consenso informato è la base per la stipula del *“contratto”* col paziente. (legalmente: fase di responsabilità di tipo contrattuale). Nella fase del trattamento, il fisioterapista ha responsabilità di eseguire diligentemente il proprio intervento. Non è richiesto di rispondere del risultato ottenuto, ma della condotta sostenuta nel tentativo di raggiungere tale risultato; è perseguibile solo nel momento in cui viene dimostrato un nesso di causalità tra comportamento negligente e danno lamentato. Tale

responsabilità é estesa anche agli ausiliari e collaboratori del professionista.

Per quanto attiene: *“Raccolta e utilizzo dei dati del paziente”*, si rimanda alla legge n. 675/92 :*“ Tutela della persona e altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”* e al provvedimento del Garante per la privacy n. 2/97 sulle autorizzazioni transitorie al trattamento dei dati personali, data la non stretta pertinenza con l’argomento oggetto di tesi.

Il possesso e l’utilizzo di macchine e apparecchiature elettromedicali presuppone una normativa ulteriore.

Il D.M. n. 741/94 al comma 2 dell’art. 1 recita che *“il fisioterapista pratica autonomamente attività terapeutica.... utilizzando terapie fisiche, manuali...”*.

Con il termine *“terapia fisica”* si fa riferimento all’impiego, a scopo curativo, di agenti naturali (acqua, aria, elettricità, luce, freddo, caldo, etc.).

La legge n. 175/92 fissa un elenco periodicamente aggiornato delle attrezzature di cui possono disporre gli appartenenti alle arti ausiliarie; tale elenco non riguarda i fisioterapisti che, in base alla legge n. 42/99, sono entrati a far parte della categoria delle professioni sanitarie.

Mancando una normativa specifica inerente quest’argomento, al fisioterapista é consentito l’uso di attrezzature tecniche e strumentali, con finalità terapeutica, anche all’ interno di uno studio professionale, mentre non è consentito l’impiego di apparecchiature a scopo diagnostico o di strumenti il cui utilizzo è espressamente vietato da disposizione di legge.

La pubblicità sanitaria è rigorosamente disciplinata dalla legge n. 175/92.

Nella produzione di targhe e iscrizioni va obbligatoriamente richiesta autorizzazione all'autorità territoriale competente, (Sindaco per gli studi, Regione per case di cura private e ambulatori, etc.) affinché sia verificata la corrispondenza tra attività esercitata e pubblicità fatta. In caso d'infrazione il professionista può essere punito, in base alla violazione, con sanzione disciplinare tramite censura o sospensione dell'attività da sei mesi a un anno.

L'EVOLUZIONE E LA POSIZIONE SOCIO-
GIURIDICA
DEL FISIOTERAPISTA IN ALTRI PAESI.

Generalità.

Nei paesi occidentali e di origine anglosassone (i.e., Europa, Nord America, Canada, Australia e Nuova Zelanda) l'evoluzione della figura del fisioterapista ha seguito percorsi diversi da quella italiana.

Ciascuna figura dell'ambito riabilitativo, in questi paesi, ha compiuto un percorso didattico autonomo, con un ruolo delineato e applicazioni lavorative definite all'origine, nelle professionalità distinte del logopedista, dell'ergoterapista o terapeuta occupazionale e del fisioterapista. In tal modo il progredire culturale, giuridico e sociale delle professioni sanitarie, è stato facilitato e semplificato, garantendo anche la dignità professionale.

La tutela legale del titolo professionale ha garantito, inoltre, la qualità del percorso formativo impedendo gli abusi mentre la costituzione degli ordini professionali, con i relativi codici deontologici, ha facilitato la costituzione di organi supervisor, negli ambiti di formazione e ricerca, spesso inseriti direttamente negli organismi statali.

Visualizziamo, paese per paese, i diversi percorsi evolutivi.

Belgio.

Il Belgio è un paese con una popolazione di 10.500.000 e la presenza di 27.000 fisioterapisti che lavorano sul suo territorio, in un rapporto di circa 1/389.

Rispetto alla organizzazione sanitaria italiana, in Belgio, tutti i cittadini sono coperti dalla *“Assurance obligatoire contre la maladie et l’invalidité”* (AMI).

Le alleanze assicurative (AAS) hanno la responsabilità dei programmi di assicurazione sanitaria.

Il cittadino gode di massima libertà di scelta per quanto riguarda le casse malattia, il medico generico, gli specialisti e gli ospedali. Esistono 5 categorie di ospedali: gli statali e i provinciali che sono molto limitati come numero; gli ospedali pubblici amministrati da organizzazioni comunali (CPAS) assai più numerosi; gli ospedali privati senza scopo di lucro e quelli con obiettivi di profitto.

Vi è un ticket ospedaliero dal 41° al 90° giorno, dopo il 90° giorno aumenta per le categorie non protette. Il finanziamento della cassa malattia avviene attraverso il gettito fiscale, l’assistenza viene erogata in forma indiretta ed i cittadini pagano le prestazioni sanitarie , ad esclusione dei ricoveri.

Nel Belgio la formazione didattica in fisioterapia, fino all’anno 2003, ha seguito due diversi percorsi formativi: un corso di studi della durata di 3 anni per il conseguimento di un diploma professionale ed un corso di laurea di 4 anni, diviso in due cicli, per il conseguimento del titolo di Dottore in Fisioterapia.

Modifiche a questo sistema d'istruzione, sono state ripetutamente apportate in tempi successivi.

Dal 2004 la formazione didattica prevede solo corsi di laurea di 4 o 5 anni (4 anni in Vallonia e 5 anni nelle Fiandre), che consentono di accedere alla laurea di 1° livello dopo i primi 3 anni, senza il riconoscimento del titolo di fisioterapista laureato. Si tratta di un diploma che consente l'accesso alla formazione di 2° livello, che consiste nel conseguimento del titolo di Dottore in Fisioterapia.

Presso le sedi universitarie del Belgio di lingua olandese (i.e. le Fiandre) dall'anno accademico 2007/2008 ulteriori modifiche didattiche hanno prodotto un solo tipo di corso di laurea della durata di 5 anni. In Vallonia, parte meridionale e di lingua francese, è tuttora in vigore il corso di laurea della durata di 4 anni, ma le modifiche didattiche che porteranno ad un corso formativo quinquennale, su tutto il territorio belga entro il 2010, sono già in fase di attuazione.

I Fisioterapisti sono coinvolti nella didattica e nei progetti di ricerca nelle università in entrambe le regioni, ma il riconoscimento di specializzazioni post-laurea in fisioterapia, come avviene negli Stati Uniti d'America, non è ancora contemplato.

Il riconoscimento accademico dei diplomi è effettuato da una commissione composta da esperti del settore e che rappresentano la popolazione: due commissari per la Vallonia e due per le Fiandre.

Il numero di Corsi di Fisioterapia in Belgio sono diciotto: sette di lingua olandese e undici di lingua francese, per un totale di 450 studenti ogni anno.

Attualmente, a causa del differente numero di anni di formazione, per la parte Vallone di quattro anni e per la parte fiamminga di cinque anni, il numero totale delle ore di formazione è variabile.

La qualifica, al termine del ciclo di studi, è quella di *Kinesitherapeut*.

Il titolo e l'attività professionale sono protetti dallo Stato con un vincolo simile a quello inglese, che rende l'esercizio abusivo della professione un reato penalmente perseguibile.

Le regole di condotta professionale sono determinate direttamente dallo Stato attraverso la legislazione nazionale.

Il Belgio richiede una registrazione ufficiale dei fisioterapisti praticanti sul suo territorio, effettuata dal Ministero della Pubblica Salute che è l'autorità nazionale responsabile.

L'ordine professionale ed il codice etico dei fisioterapisti sono stati istituiti per legge.

Non vi è alcun limite al numero di fisioterapisti che possono praticare sul territorio belga, mentre esiste un limite nazionale per il numero dei fisioterapisti accreditati ad ottenere i rimborsi della sicurezza sociale per le prestazioni effettuate; senza restrizioni, invece, sono i servizi effettuati nel privato.

L'iter di iscrizione al registro, per ottenere i rimborsi della sicurezza sociale, è sottoposto ad una procedura di selezione dal 2005 ed equivale, grossomodo, alla procedura di accreditamento italiana.

Al momento, è in atto una *querelle* che riguarda le quote di rimborso e le modalità di accesso ad esse dal momento che l'assegnamento di tali quote per spese di fisioterapia risultano, di

fatto, in contraddizione con il diritto di libera circolazione dei cittadini UE.

Da vari incontri fra le maestranze e i richiedenti le quote è emerso che la maggioranza dei fisioterapisti rimpiange il periodo precedente l'avvento delle quote.

E' probabile che il banco di ammissione alle quote di partecipazione sarà nuovamente elemento di discussione anche nel 2010.

Francia.

Lo stato attuale della Gestione del Sistema Sanitario Francese è il seguente: tutti i cittadini sono coperti da assicurazione attraverso 4 regimi:

- 1) regime generale (80% della popolazione),
- 2) regime speciale (finanziato dal Ministero della sanità),
- 3) regime agricolo,
- 4) regime autonomo.

Il fulcro dell'assistenza è la *Cassa Nazionale Assistenza Malattia* (CNAMTS) che è titolare di un fondo sanitario nazionale alimentato attraverso il gettito fiscale.

I contributi sono diversi a seconda dei diversi regimi assicurativi.

Il CNAMTS controlla la situazione finanziaria delle casse malattie locali che sono 129, vi sono poi 16 casse malattie regionali che intervengono sui problemi relativi al territorio.

La rete ospedaliera si compone di ospedali pubblici e di ospedali privati. L'assistenza ambulatoriale è rimborsata in forma indiretta mentre quella ospedaliera è erogata in forma diretta.

Tornando alla professione del fisioterapista, questa ha avuto in Francia un *iter* abbastanza lungo, tuttora in corso.

Nel 1900 alcuni medici fondarono, in Francia, la *Società di Fisioterapia*; pochi anni dopo, alcuni massaggiatori e infermieri addetti alla "*riabilitazione*" diedero vita alla fondazione dell'*Unione del massaggio sanitario*.

Sin dalle origini la riabilitazione è contesa tra medici e personale sanitario, ma la Francia, di fatto, non ha una cattedra di Fisioterapia all'Università di Medicina, a differenza dei suoi vicini, Italia e Germania.

Questa situazione è all'origine del conflitto tra l'interesse medico nei confronti degli aspetti tecnici riabilitativi, e il tentativo, da parte del personale riabilitativo sanitario, di mantenerli come prerogativa di capacità tecniche e professionali proprie che i medici non possono controllare.

La guerra del 1914-1918 vide la crescita eccezionale di personale tecnico, ancora sotto controllo medico, ma con una condivisione di conoscenze, a fronte di una domanda elevatissima d'interventi riabilitativi. I medici militari riabilitatori, venivano addestrati, per necessità contingenti, in soli dieci giorni e i tecnici studenti in "*fisioterapia*" in soli tre giorni.

I trattamenti proposti - il massaggio, la mobilitazione congiunta e l'elettroterapia- a causa della mancanza di personale, venivano praticati su venti pazienti contemporaneamente.

Ciononostante i risultati ottenuti furono molto buoni soddisfacendo un doppio obiettivo: i soldati al fronte erano in grado di recuperare più velocemente e lo Stato evitava il pagamento delle pensioni militari realizzando risparmi significativi.

Dopo le cure riabilitative l'80% dei militari colpiti era guarito, il tasso di disabilità era sceso al 30% e i casi riformati al 7%.

Dopo la guerra, nel 1922, in seguito all'istituzione del diploma di infermiere-terapista e grazie ai risultati professionali ottenuti nel periodo bellico, lo status giuridico sull'autonomia del fisioterapista viene riconosciuto e vengono riconosciute ufficialmente tre scuole di massaggio.

Altre seguiranno molto rapidamente.

Il potere medico, deplora la propria perdita del controllo sulle pratiche riabilitative, nonostante l'obbligo, da parte del personale tecnico, di possedere un'abilitazione professionale per operare in ospedale.

Il 13 agosto 1942 nasce il primo corso di laurea in Medicina Fisica e Riabilitativa con la creazione di duplici professionalità: da un lato i fisioterapisti e dall'altra i fisiatri.

I medici fisiatri riprendono il controllo delle pratiche riabilitative, pur non eseguendole direttamente e non riscontrandone quindi gli effetti pratici.

In questo quadro anche gli insegnanti di educazione fisica non restano insensibili alla ginnastica dei fisioterapisti non laureati.

Tali cambiamenti coinvolgono, quindi, anche gli insegnanti di educazione fisica. Nel 1938 la *Società degli Insegnanti di Cultura Fisica Medica* di Francia cambia il suo nome in *Società Francese di Riabilitazione Fisica*; totalmente al di là del controllo dei medici che sostengono che il massaggiatore è al tempo stesso insegnante di educazione fisica.

Sottoposto al potere della prescrizione medica, il gruppo professionale dei fisioterapisti perde forza.

Dalla contestazione di un disegno di legge che prevedeva la regolamentazione e l'unificazione della professione di infermiere specializzato Masso-Fisioterapista e Podologo, si realizza l'unificazione della figura del massoterapista con quella del chinesiterapista (ginnastica medica).

Dalla fusione di due sindacati di categoria e dalla loro battaglia perseguita in tal senso, nasce la professione del fisioterapista con legge dedicata del 30 aprile 1946.

Questa nuova professione è il risultato dei cambiamenti evolutivi di precedenti professionalità (massaggiatori, fisioterapisti, istruttori di ginnastica medica). L'emanazione da parte del governo di disposizioni specifiche, consente ai non laureati o diplomati di scuole private, l'accesso alla nuova professione, creata con un iter scolastico comprensivo di un tirocinio professionalizzante della durata di 3 anni.

Le professioni confluite nella nuova figura professionale del fisioterapista, (gli istruttori di ginnastica medica, i fisioterapisti e i massaggiatori) sono state la risposta a una politica centrata sulla famiglia e sulle condizioni per migliorare la salute dei suoi singoli membri, effettuata, durante la Seconda guerra mondiale, dal governo di Vichy.

La creazione del diploma di stato di *"Fisioterapista"*, dirime e chiarifica una situazione ambigua di condivisione di competenze e di attribuzioni che, arricchito della pratica della ginnastica medica "presa in prestito" dagli insegnanti di educazione fisica, diventa *"Diploma di Masso-Fisioterapia"*.

Rispetto all'Italia che, con la legge 42/99 sull'eliminazione del termine *ausiliaria* accanto a *professione sanitaria*, acquisisce titolarità piena della professione e con la legge 251/2000

acquisisce la competenza della diagnosi funzionale inerente la professione, la qualifica di fisioterapista in Francia deve ancora consolidarsi in un'autonomia professionale.

La formazione didattica della figura professionale non è mai stata, e non è tuttora, di ambito universitario ma demandata ad Istituti appositi regolamentati da legislazione nazionale.

La formazione professionale può essere effettuata anche privatamente, a costi elevati. Il riconoscimento è garantito.

La formazione in fisioterapia, attualmente in vigore in Francia, è della durata di 3 anni.

La frequenza è obbligatoria.

L'accesso alla formazione professionale in Masso-Fisioterapia è conseguente al superamento di un test d'ingresso.

Sia l'accesso, sia il percorso didattico-formativo in terapia fisica e riabilitazione, sono disciplinati con decreto ministeriale.

I termini della selezione all'accesso differiscono a seconda dei vari regimi degli Istituti. Possono variare da tre prove scelte nel programma di base di biologia, di fisica e di chimica scolastica ad una valutazione effettuata dopo un primo anno di studio nella facoltà di medicina, in cui si siano stati seguiti corsi inseriti nel programma di preparazione per fisioterapista.

Gli istituti di formazione in masso-fisio-terapista in Francia (IFMK) sono 35 e formano ogni anno 1.500 giovani professionisti, con diversa personalità giuridica a seconda della collocazione lavorativa, nel privato o nel pubblico.

Ogni istituto è organizzato da un direttore tecnico (fisioterapista inserito nel *quadro per la salute*), assistito da quadri di masso-chinesiterapisti appartenenti ai *formatori di salute*.

La frequenza dell'istituto di formazione è a tempo pieno, diviso in parti uguali tra la pratica professionale e la didattica.

Dopo tre anni di studio, di convalide di controllo professionale e di valutazioni continue, il candidato può presentarsi all'esame abilitante di Stato che consiste in due prove di pratica clinica (che prevedono la presenza di un paziente) e una prova teorica.

La fornitura del diploma da parte dell'Ente DRASS (Dipartimento regionale Sanità e degli Affari Sociali), che è l'organo ufficiale deputato, permette la pratica professionale.

Il rapporto tra l'attuale regime di formazione francese e l'Università Europea provoca continuamente dibattiti, in particolare sulla questione della creazione di un quarto anno di studio, nei corsi francesi, e del suo eventuale grado di equivalenza ad un Master universitario annuale.

L'accesso allo studio, nei corsi francesi, avviene dopo un esame di ammissione o dopo la frequenza PCEM1 (1 ° anno di Medicina). Il programma del test d'accesso si divide in S 1 e S Terminal (quest'ultimo molto più difficile, prevede un anno di preparazione) con le materie: Biologia (prova della durata di h 1:30), Fisica (durata della prova : h. 1h00) e chimica (prova di 30 min).

Superato l'esame d'ammissione gli studi vengono divisi in 2 cicli o fasi.

La seconda fase è costruita sul modello educativo di formazione in alternanza: Istituto / Ospedale.

Il primo ciclo o fase prevede:

- * 1 ° anno: acquisizione di teorici e pratici fondamentali ;
- * 2 ° anno: terapia fisica applicata a varie malattie;
- * 3 anno: centrato sul paziente nella sua complessità e globalità.

Le materie d'insegnamento sono: Morfologia-anatomia, cinesiologia e biomeccanica del sistema muscolo-scheletrico, Cardiologia, Ergonomia - prevenzione sanitaria, Legislazione, Tecnologia Masso - fisioterapica, L'attività fisica e lo sport, Geriatria - Medicina - Chirurgia, Neurologia, Patologia "Generale", Pediatria, Pneumologia, Psico-sociologia, Fisiologia Umana, Reumatologia, Sport, Traumatologia.

L'impostazione didattica è simile a quella che regolava i corsi italiani prima della riforma universitaria.

I Fisioterapisti francesi possono aggiornarsi professionalmente, senza averne obbligo legale, mentre in Italia tutte le professioni sanitarie sono vincolate, per legge, al conseguimento di un adeguato numero di ECM annuali.

Oltre al mantenimento delle conoscenze o all'acquisizione di nuove competenze, i corsi d'aggiornamento consentono, ai fisioterapisti francesi, l'accesso a livelli di competenza giuridica, economica e sociale di progressione carriera, conseguibili per titoli e non per concorsi.

La fisioterapia in Francia sta trovando campo di applicazione nei settori dell'istruzione e della prevenzione, in aggiunta ai tradizionali campi curativi o palliativi dei settori sanitari, sociali, sportivi e di "benessere".

La formazione didattica e la supervisione professionale vengono effettuate da professionisti, appartenenti allo stesso profilo professionale, che siano stati formati all'Istituto Superiore definito: *"Quadro della salute"*.

L'accesso a questa ulteriore formazione prevede il possesso di un curriculum lavorativo di almeno quattro anni di pratica professionale a tempo pieno.

Solo i fisioterapisti appartenenti ai quadri della salute possono accedere a ruoli dirigenziali o di amministratori di cure, tramite presentazione di curriculum e titoli, nel settore di appartenenza della sanità.

Il decreto n° 96-879 emanato nell'ottobre 1996 ha definito il contesto giuridico della pratica professionale in Francia, l'ambito di competenza e il profilo professionale del fisioterapista. (Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, NOR: TASP9623057D):

"Art. 1 - La disciplina di Masso-fisioterapia consiste di atti effettuati manualmente o strumentali, in particolare per la riabilitazione, che mira a prevenire il deterioramento delle capacità funzionali, contribuendo al loro mantenimento e, se alterato, a ripristinarlo o completarlo. Sono adattati all'evoluzione della scienza e della tecnologia."

"Art. 2. - Nello svolgimento delle sue attività, il fisioterapista tiene conto delle caratteristiche psicologiche, della personalità sociale, economica e culturale di ogni singolo paziente, in tutte le fasi della vita. Come parte della prescrizione, viene stabilita una diagnosi di Fisioterapia e il fisioterapista sceglie le azioni e le tecniche che sembrano più appropriate."

Questo articolo è completato dal decreto del 22 febbraio 2000:

"... In riferimento all'articolo 4 del decreto del gennaio 6, 1962 (prescrizione qualitativa e quantitativa di atti medici che possono essere effettuate da fisioterapisti) le parole Qualità e quantità sono state rimosse ..." Il fisioterapista è colui che progetta la cura del paziente. Non solo un esecutore tecnico materiale, ma titolare di decisioni professionali nei confronti del paziente"

In un contenzioso con un paziente é direttamente responsabile delle azioni compiute.

La figura del medico prescrittore e la diagnosi medica permangono base di partenza per ogni cura fisioterapica.

Nel decreto datato 27 giugno 2000, si legge all' Art. 1: L'articolo 2 del decreto 8 ottobre 1996, di cui sopra, è modificato come segue: 1 - viene aggiunta alla fine del primo comma la seguente frase:

"Il fisioterapista comunica al medico le informazioni in suo possesso che possono essere utili per l'istituzione di diagnosi medica o di adeguamento del trattamento in base alla salute della persona e della sua evoluzione".

2 - Il secondo comma è sostituito da due punti successivi: *"Come parte della prescrizione, si stabilisce un bilancio globale della situazione del paziente che include la diagnosi fisioterapica, gli obiettivi di assistenza sanitaria da raggiungere e la scelta di strumenti e tecniche che sembrano più appropriati al fisioterapista."* *"Questo progetto viene inviato al medico prescrittore e, dopo l'ultima seduta, viene integrato da un elenco che mostra l'evoluzione dei trattamenti di fisioterapia, sempre rivolto al medico prescrittore."*

Il fisioterapista svolge le sue opere a seguito di una prescrizione medica, nel contesto di questo requisito, esso stabilisce una diagnosi di fisioterapia che seleziona le azioni e le tecniche più adatte alle condizioni del paziente (età, caratteristiche psicologiche e sociali, possibilità fisiche...).

Durante il trattamento, si esegue il progetto riabilitativo proposto adattandovi le tecniche e le attrezzature.

In caso di emergenza e in assenza di un medico, il fisioterapista è autorizzato a eseguire le azioni di soccorso necessarie alla conservazione della salute del paziente.

Il Fisioterapista può supervisionare o preparare i bilanci delle preparazioni atletiche per gli sportivi o effettuare ricerca e progettazione ergonomica (gesti e posture durante il lavoro) e svolgere attività di prevenzione della salute (consulenza, ginnastica, norme posturali e igieniche e di manutenzione preventiva del buon funzionamento osteo-muscolare).

Per l'attuazione del trattamento prescritto dal medico, il fisioterapista è autorizzato ad utilizzare tecniche come il massaggio:

"Art. 3. - Si intende qualsiasi massaggio esterno, eseguito sui tessuti per scopi terapeutici e non, manualmente o attraverso dispositivi diversi quali i dispositivi di elettroterapia, con o senza l'utilizzo di prodotti aggiuntivi, che producano una mobilitazione o stimolazione metodica, meccanica o riflessa di questi tessuti."

In Francia l'80% dei fisioterapisti pratica attività libero-professionale autonoma o in combinazione con altri professionisti.

La professione privata è praticata prevalentemente da fisioterapisti di sesso maschile, con un'età media di quaranta anni; la componente femminile è prevalentemente inserita nel settore della sanità pubblica. Una bassa percentuale di professionisti è impegnata in centri di riabilitazione medica o di ospedali privati.

I sindacati e gli enti professionali liberi sono numerosi: SNMKR, FFMKR, Target Physio, CNKS dipendenti, Hanks e FNEK.

Gli studenti sono rappresentati dagli organismi professionali di regolamentazione statale: Ministero della Salute, Dipartimento

regionale Sanità e degli Affari Sociali (DRASS), Previdenza Sociale, Ministero del pubblico Impiego.

Il Consiglio nazionale dell'Ordine dei fisioterapisti è un'emanazione di questi organismi rappresentativi, nonché dei consigli dipartimentali e regionali che hanno la delega dell'amministrazione della giustizia territoriale in materia riguardante la professione del fisioterapista.

L'utilità di questo Ordine, da sondaggi effettuati, non è apprezzato all'interno della professione, soprattutto a causa di contributi vincolanti e costosi all'autorizzazione della pratica professionale.

Per questi compiti di regolamentazione sono in corso proposte di maggiore autonomia professionale, con elaborazione di Codice Etico e Deontologico e con revisione della figura e della formazione del fisioterapista (informazioni organi sindacali di categoria - anno 2009).

Una situazione particolare, inerente il riconoscimento dei titoli e delle qualifiche professionali, si è creata tra il Canada Francese e la Francia. Gli stretti rapporti, la libera circolazione di personale e la differenza di formazione professionale hanno determinato incongruenze legislative con la necessità di revisione concordata in materia.

Il 10 maggio 2009, nell'ambito del riconoscimento dei titoli di Fisioterapia, si è registrato un passo avanti: il Quebec e la Francia hanno adottato la politica dei piccoli passi.

Si legge, infatti: Quebec -IMPEGNO PER ENTRARE IN UN ACCORDO PER IL RICONOSCIMENTO RECIPROCO DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI tra l'ordine del professionista TERAPIA FISICA DEL QUEBEC E IL CONSIGLIO NAZIONALE DEL

COLLEGIO DEI Fisioterapisti di FRANCIA E IL MINISTRO DELLA SALUTE E SPORT PER LA FRANCIA. Visto l'accordo tra la Francia e Québec sul reciproco riconoscimento delle qualifiche professionali (di seguito denominato "Accordo") datato 17 Ottobre 2008; Che tale accordo prevede una procedura comune per facilitare e accelerare il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali delle persone che esercitano una professione regolamentata o il commercio in Francia e in Quebec; sollecita di facilitare il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali delle persone che esercitano la professione di fisioterapia in Quebec e fisioterapista in Francia, le autorità competenti del Quebec e francesi stanno attualmente conducendo un'analisi comparativa delle qualifiche professionali nei territori della Francia e del Quebec, secondo la procedura comune per il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali, di cui all'allegato I dell'accordo; considerando i risultati iniziali delle analisi comparativa delle qualifiche professionali delle persone che esercitano la professione di fisioterapia in Québec e in Francia, e della richiesta dei fisioterapisti dei territori della Francia e del Québec; di conseguenza, le autorità competenti dichiarano quanto segue: Le autorità francesi in Quebec dichiarano la loro intenzione di concludere un accordo di riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali secondo la procedura comune, di cui relaziona l'accordo, prima del 31 dicembre 2010. In fede di che, le autorità hanno firmato l'impegno a concludere un accordo di riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali dei fisioterapisti in Quebec.

Spagna.

Lo stato attuale della gestione del Sistema Sanitario (*SOE*) è il seguente: tutta la popolazione è coperta da assicurazione, pubblica o privata.

A livello pubblico esistono 3 fondi che coprono il 95% della popolazione.

L'*Insalud*, che è l'Istituto Nazionale Sanità, all'interno del *SOE*, assicura l'83% della popolazione.

Esistono 265 compagnie assicuratrici private.

I benefici sono molto ampi ma vengono esclusi i servizi di igiene mentale, quelli odontoiatrici e le protesi.

Dal 1980 esiste una uguaglianza tariffaria per tutti gli ospedali che appartengono a tre gruppi principali:

- a) Ospedali di proprietà del servizio,
- b) Ospedali in regime di convenzione,
- c) Ospedali privati, non convenzionati, che non godono di finanziamento.

L'assistenza farmaceutica prevede una partecipazione diversa a seconda dell'ente prescelto.

Gli assistiti *Insalud* pagano il 10% dei farmaci esclusi dal prontuario.

Il pagamento dei medici di medicina generale e specialisti (tra cui i fisioterapisti) avviene a quota capitale, fissata annualmente ed approvata in relazione alle variazioni del costo della vita.

Dopo questa premessa e tornando all'argomento della tesi: la Fisioterapia nasce ufficialmente in Spagna con il decreto legge del 26 giugno 1957:

“ Per istituire la specialità di Fisioterapia, di Assistente Tecnico alla Salute e di Nurse Practitioner; con due anni di formazione e dipendente dalla facoltà di Medicina” (BOE 23/08/1957).

Con questa emanazione viene strutturata la formazione dei fisioterapisti, e di tutti coloro che svolgono funzioni di fisioterapista con il titolo di ATS o di Nurse Practitioner.

Attraverso soluzioni di mediazione e compromesso, viene data l'opportunità di acquisire il titolo di *Specialista in Fisioterapia* al personale tecnico formato nei settori sopra citati.

Questa soluzione si rivela inadatta ed insufficiente, perché il programma di studi per la formazione in terapia fisica non è adeguato agli standard europei e non lo è neppure per la qualifica di ATS.

Il basso livello professionalizzante si riflette nella pratica (solo il 70% del risultato atteso, a termine formazione, delle capacità tecniche professionali).

Il curriculum previsto per ottenere la qualifica di Fisioterapista, nello stesso periodo in Europa, prevede almeno tre anni di formazione, con un carico di lavoro di ca. 2.500 ore e la tendenza generale é aumentare il monte ore formativo portandolo a 3.000 ore.

La scuola, creata dal decreto legge del 26 giugno 1957, che prevede due anni di frequenza con un contenuto di sole 800 ore di carico-lavoro, si rivela fortemente inadeguata.

Il regio decreto 2.965/80 del 12 dicembre 1980: *"Sull'integrazione negli studi universitari della Scuola di*

Fisioterapia”, adeguata, alla maggioranza dei corsi europei, il percorso didattico della fisioterapia universitaria spagnola (BOE 19/01/1981).

Con la legge del 1 ° giugno 1982, il Ministero dell'Istruzione e della Scienza stabilisce: “...*le linee guida per sviluppare il curriculum e i piani studio dell'Università per i corsi di Fisioterapia.*” (BOE 4/06/1982), riorganizzando sostanzialmente la formazione.

Il Corso di studi in fisioterapia viene modificato da due anni di ATS ad una specialità universitaria di tre anni, adeguata al grado di *Diploma in Fisioterapia* europeo.

Il carico di lavoro viene portato a 3.600 ore, omologandolo a quello contenuto nel curriculum della CEE.

Dal 1982 al 1986, periodo in cui viene rilasciato il primo lotto di Diplomi in Fisioterapia, si assiste ad un momento di arresto nell'evoluzione della professione; a causa di difficoltà gestionali, l'espletamento dei corsi di fisioterapia avviene presso servizi di Health Sciences, in attesa che le università spagnole, in fase di riorganizzazione, siano in grado di contenerli e espletarli.

Nel 1986, presso la Scuola Universitaria di Fisioterapia a Valencia, si ottengono le prime lauree di professionisti; dieci anni dopo, nel 1996, i corsi di laurea per i nuovi Diplomi in Fisioterapia sono già 18 in tutta la Spagna.

Nel biennio 1997-1998 vengono istituiti sei nuovi corsi; il numero dei Diploma di Laurea in Fisioterapia aumenta a 10.036.

Attualmente, in Spagna, sono presenti ventiquattro Collegi di Fisioterapia, dei quali solo diciotto inseriti nelle università pubbliche, con una media di 50-60 posti ogni collegio. I rimanenti sei hanno la seguente collocazione: quattro all'interno di

università private; due collocati in università private ma associate ad università pubbliche. Il numero medio di posti per Fisioterapia, nei Collegi privati, è di 140-250 studenti ca.

Con questa crescita rapida, in 12 anni, il numero di fisioterapisti è aumentato del 136%.

Questa rapida evoluzione, aggiunta alla stagnazione dell'offerta di lavoro negli ultimi anni, riguardante l'assunzione di fisioterapisti nei Public Health System, ha portato alla disoccupazione nella professione.

L' esercizio libero professionale, in Spagna, è l'area dove la maggioranza dei fisioterapisti esercita ed eserciterà nei prossimi anni.

Attualmente, nei siti web d'informazione per i corsi di laurea in fisioterapia, è visualizzabile una scala di valutazione-apprezzamento del livello d'istruzione erogato, espressa da una graduatoria da tre ad una stella.

L'unico corso con tre stelle di valutazione è inserito nella facoltà di medicina di Madrid e presenta una durata di quattro anni.

Esaminando i programmi didattici spagnoli emerge un elemento interessante: l'insegnamento della materia "*Sanità pubblica e legge*", equivalente del nostro *Diritto Sanitario*, viene definito un tema fondamentale e viene insegnato nel 1° Semestre, del 1° anno, del Diploma in Fisioterapia: si compone di sette crediti.

Nei programmi didattici italiani l'insegnamento della parte giuridica, con le varie branche del Diritto, è inserita nell'ambito della Specialistica, quindi nel II° livello di formazione.

L' A.E.F. (Associazione Fisioterapisti Espana) ha stilato il codice deontologico dei fisioterapisti spagnoli.

Come il deontologico italiano, è applicabile ai solo iscritti all'associazione ed è privo del forte valore legislativo e di tutela che hanno quelli emessi da enti statali, a tutela e vincolo di ordini professionali, come, ad esempio, quello inglese.

Alcune norme individuate del codice A.E.F. :

** L'esercizio della pratica fisioterapica non sarà limitato da motivi di nazionalità, razza, sesso, religione, colore, situazione politica o sociale, e deve condividere, insieme con altri cittadini o membri delle varie professioni, la responsabilità di rispondere ai bisogni in materia di sanità pubblica, è libera la possibilità di lavorare anche con altri stati e di avere iniziative in merito alla ricerca di salute dei propri pazienti-clienti.*

** Il dottore in fisioterapia deve esercitare la sua professione in conformità con la legislazione vigente, ammettendo la sua responsabilità professionale, ha l'obbligo di effettuare le cure fisioterapiche con il più alto calibro. E' tenuto ad un comportamento etico che gli permetta di conseguire il massimo grado possibile di recupero bio-psico-fisico dei pazienti / clienti o di raggiungere gli obiettivi di prevenzione e di mantenimento della salute.*

** L'operatore deve cooperare in buona fede, non solo con i suoi colleghi professionisti, ma anche con i membri di altre professioni coinvolte nel processo di salute.*

** Le informazioni riservate acquisite nella pratica professionale del fisioterapista sono vincolate dalla legge se non per i professionisti coinvolti nella loro cura e definiti a termine di legge.*

* *Il fisioterapista non può permettere che il suo nome figuri in annunci di prodotti commerciali o in qualsivoglia altra forma di pubblicità commerciale.*

I primi elementi di attenzione che si evidenziano, a questa lettura, sono:

- a) non emergono misure di tutela per abuso di professione o per situazioni di conflitto con altre figure.
- b) non si evidenziano organismi di difesa giuridica, né ci sono accenni in merito.
- c) non vengono delineati campi di competenza esclusiva.

Inghilterra.

Gli enti responsabili dell'organizzazione del Servizio Sanitario britannico sono due:

- 1) il *National Health Service (NHS)* che è responsabile degli investimenti relativi alla parte corrente e
- 2) il *Department Health and Social Service (DHSS)* che è responsabile del conto capitale.

Vi sono 14 *Regional Health Authority (RHA)* che elaborano i piani sanitari regionali e si dividono in 192 *District Health Authority (DHA)*.

I Distretti operano attraverso quattro organismi:

- 1) *District Management Team* che ha compiti di coordinamento dei servizi sanitari amministrativi o di

programmazione. I piani elaborati devono essere sottoposti all'approvazione dell'*RHA*;

2) *District Medical Committee* che rappresenta medici (ospedalieri, ambulatoriali esterni, tirocinanti) e popolazione assistita;

3) *Health Care Planning Team* che rappresenta gli amministratori locali;

4) *Community Health Council* che riunisce i rappresentanti delle confederazioni sindacali e dei sindacati dei dipendenti del *NHS* e deve controllare l'efficienza dei servizi.

Nell'aprile 1991 vi è stata una ristrutturazione del *NHS*. Sono state decentrate le gestioni amministrative ospedaliere, stimolando una competizione pubblico - privato. Parte dei poteri gestionali è passata dalle regioni ai distretti e da questi agli ospedali.

Tutte le strutture del *NHS* sono sottoposte alla supervisione di una commissione di controllo.

Gli ospedali, ad iniziare dai maggiori, possono optare per l'autogestione.

Il *NHS* è finanziato: per l'85% dal gettito fiscale; per il 12% dai contributi previdenziali; per il 3% dai tickets.

Dopo questa introduzione, tornando all'argomento inerente questa tesi: la moderna fisioterapia nasce e si sviluppa, nel Regno Unito, a partire dalla fine del XIX secolo.

Nel 1894, quattro giovani infermiere: *Lucy Marianne Robinson, Rosalind Paget, Elizabeth Anne Manley e*

Margaret Dora Palmer, istituiscono la *Società di Massaggiatrici Professioniste*.

L'intento è proteggere la loro professione ed evitare il discredito dei mezzi d'informazione, a causa di varie storie allarmanti inerenti infermiere giovani che offrono massaggi come eufemismo per altri servizi ad un pubblico di persone senza scrupoli.

Nel 1900, la Società acquisisce lo status giuridico pubblico di una organizzazione professionale e diviene la *Società Incorporated di Massaggiatrici Professioniste*.

Nel 1920, alla Società è concessa una *Royal Charter*.

Per fusioni di enti professionali diventa *l'Istituto di Massaggi e Ginnastica Correttiva*.

Come *Chartered Society* cresce di importanza.

Sono istituiti sue diramazioni e enti locali in tutto il paese e nel 1944 la Società adotta il suo nome attuale, il *Chartered Society of Physiotherapy (CSP)*.

Essendo i più rappresentativi nel settore di lavoro, diventano riferimento giuridico ed etico ufficiale.

Nel 1968 e nel 1970, rispettivamente le Facoltà dove dovranno essere istituiti i corsi di Laurea in Fisioterapia ed i fisioterapisti *Association LTD*, stabiliscono accordi con il *CSP*.

Nel 1976, la Società è certificata come *Sindacato Indipendente*; viene istituito il primo corso di laurea in fisioterapia.

Nel 1977 il *Dipartimento di Salute*, (memorandum HC - 77-33), sancisce l'autonomia professionale dei fisioterapisti.

Nel 1978 si consente ai fisioterapisti di trattare i pazienti senza previa consultazione medica e questa possibilità diventa legge negli statuti della Società.

Nel 1985-1986 la *Società di Ginnastica Correttiva e di Terapie Ricreative* si fonde con il *CSP*.

Nel 1986 gli studenti di fisioterapia sono ammessi alla *CSP* in qualità di membri, perché possano essere coinvolti nello sviluppo della Società.

Nel 1992 la laurea in fisioterapia diventa requisito inderogabile ed indispensabile all'esercizio della professione.

Nello stesso anno, la *CSP* è affiliata al *Trade Union Congress*.

Nel 1994, tramite l'azione della *CSP*, i fisioterapisti possono diventare professori di fisioterapia associati.

La *Chartered Society of Physiotherapy*, tutt'ora operante, è universalmente riconosciuta e all'oggi conta quasi 50.000 soci che organizzano servizi di fisioterapia, seguono gli studenti e gli assistenti nel Regno Unito.

Allo stato attuale, in Inghilterra, la pratica della fisioterapia è regolata nel suo percorso didattico e per il ruolo giuridico e sociale dalla *Health Professions Council (HPC)*.

La formazione è universitaria, gli anni di formazione nel Regno Unito sono tre, quattro con un anno di master di specializzazione.

Della formazione si occupano 35 università.

Nel Regno Unito la maggior parte dei fisioterapisti lavorano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Il titolo di “*physiotherapist*” è stato protetto dalla legge nel 2005, bloccando l’esercizio abusivo della professione.

Nell’ambito della fisioterapia inglese, chiunque eserciti o si rivolga ad un fisioterapista privo della registrazione necessaria con l'*HPC*, commette reato.

Questa garanzia per il fisioterapista, impone l’obbligo di registrazione, definisce e protegge una qualifica riconosciuta ed obbliga gli iscritti ad attenersi al codice di condotta etica.

La maggior parte dei fisioterapisti sono iscritti nell’apposito archivio statale ufficiale o sono membri della *Chartered Society of Physiotherapy (CSP)*, con gli stessi requisiti di tutela professionale e legale e gli stessi obblighi. La qualifica di distinzione è rappresentata da *MCSP* o *FCSP* dopo il loro nome. Tutti i fisioterapisti praticanti nell’ambito del *NHS* (sistema sanitario nazionale inglese) sono registrati.

Avendo necessità di una prestazione riabilitativa i cittadini inglesi sono tenuti a verificare che le persone alle quali si rivolgono, per prestazioni professionali riabilitative, siano negli archivi della *Chartered* o siano iscritte presso l'*HPC*.

Un appuntamento per prestazione riabilitativa attraverso il Sistema Sanitario Pubblico (*NHS*), richiede il rinvio dal medico di famiglia.

Data la durata dei tempi di attesa, che possono essere molto lunghi, molte persone optano per l’ambito privato.

Negli ultimi anni la pratica della libera professione, nell’ambito delle prestazioni riabilitative in Inghilterra, è in rapida espansione.

Olanda.

L'intera popolazione olandese è assistita, per quanto attiene necessità sanitarie, attraverso sistemi sanitari pubblici o privati.

Il sistema sanitario pubblico si fonda sulla solidarietà, si paga cioè sulla base del reddito e non in funzione dei rischi sanitari personali.

I tre servizi assicurativi pubblici offrono le stesse prestazioni, che sono: cure generiche, specialistiche, ospedaliere (fino ad un anno di degenza), farmaci e protesi.

La forma di erogazione è diretta, con una piccola quota di partecipazione del paziente.

Tornando alla figura del fisioterapista, nei Paesi Bassi si evidenzia una situazione particolare: nell'ambito riabilitativo il fisioterapista e il terapeuta manuale sono due figure professionali distinte.

In Belgio, come in Italia e in Spagna, pur essendo presenti entrambe le figure, non sono ufficialmente riconosciute separatamente.

Un terapeuta manuale, in Olanda, è un fisioterapista che, dopo la formazione base in fisioterapista, ha seguito un ulteriore percorso di studi.

In Olanda sono presenti cinque scuole di formazione in terapia manuale accreditate, a cui si può accedere dopo la laurea in fisioterapia (della durata di 4 anni):

- * Training Manual Therapy Foundation ;
- * Maitland Concept Foundation;
- * Department of Orthopedic Manual Therapy;
- * Fondazione Utrecht School of Manual Therapy;
- * Laurea specialistica Studio di Terapia Manuale Vrije Universiteit Brussel (GSS.)

L'origine della terapia manuale ha radici antiche nei Paesi Bassi, le prime figure di cui si ritrova traccia sono guaritori tradizionali, spesso definiti come ciarlatani.

Tra di loro qualcuno iniziò a praticare manipolazioni sui propri pazienti con successo e trasmise le capacità pratiche alla famiglia, iniziando una tradizione (fonte: ing. Bone Ethers).

I Terapisti manuali sono attivi nei Paesi Bassi dal 1600 circa.

Alcuni di loro erano, probabilmente, zingari o altri nomadi che utilizzavano tecniche provenienti dalla lontana India.

La letteratura del XIX° secolo rimanda poco materiale inerente la fisioterapia, tranne che era praticata da medici.

Tra i dati che ci sono stati trasmessi viene citato J.G.Mezger, olandese del 1850, insegnante di ginnastica che più tardi diventò medico, che fu particolarmente abile nelle manipolazioni ossee delle caviglie.

La sua attenzione si era concentrata sugli effetti del trattamento manipolativo nei problemi artrosici e ci ha lasciato documentazioni scritte in merito.

La ginnastica svedese di PH Ling, verso la fine del 1700, (1776-1839) trova terreno fertile nei Paesi Bassi, dove si diffonde velocemente.

Dalla formazione pedagogica della scuola istituita da Ling vengono tratti i primi fondamenti per l'esercizio fisico di ambito riabilitativo - sanitario.

Nel 1854 si hanno notizie di un professore di ginnastica attivo nel trattamento delle malattie.

Nel 1865 si ha la prima stesura legislativa di regolazione delle cure medico - riabilitative, che consente l'accesso alle pratiche fisioterapiche anche a personale non medico.

J. H. Reijds e E. Minkman istituiscono nel 1889 un gruppo di interesse: la "*Società per la pratica della fisioterapia nei Paesi Bassi*".

Il riconoscimento statale ufficiale dei terapisti manuali è del 1895: vengono coinvolti ufficialmente nelle tecniche di fisioterapia tramite decreto statale.

Nel 1908 viene riconosciuta la competenza dei praticanti le terapie manuali, che hanno effettuato appositi studi e adeguata pratica: le loro attività paramediche e i loro meriti vengono pubblicati nella Gazzetta olandese di Medicina.

Inizia una partnership con i medici, e diviene evidente che una conoscenza combinata tra terapia manuale e medicina è indispensabile.

Vengono proposti prima un esame di “*abilitazione*” e poi viene sostenuta la proposta di formazione universitaria.

Nel 1942 viene proposta una bozza legislativa ufficiale e nel 1947 si propongono esami complementari per l’accesso alla pratica di questa attività.

Solo nel 1965 viene discussa e istituita la legge in cui tutta la terapia fisica (terapia di esercizio fisico, terapia manuale, fisioterapia e tecnica di massaggio) è ufficializzata e acquisisce dignità propria.

Al termine di un seminario a Gran Canaria nel 1973, *Kaltenborn, Brodin, Cyriax, Stoddard e Frisch* (tutti famosi terapisti manuali) fondano un’organizzazione di terapia manuale: *l’International Federation of Orthopaedic Manual Therapy* (IFOMT) che diventa, in seguito, un sottogruppo della *Confederazione Mondiale per la Terapia Fisica* (WCPT).

La prima nazione a riconoscere ufficialmente l’IFOMT e ad includere nei propri aggiornamenti i suoi insegnamenti sono i Paesi Bassi, dopo questo passo l’Organizzazione viene accettata ufficialmente e riconosciuta legalmente.

F. J. Philips dopo una esperienza personale con un chiropratico, fonda la *Fondazione Manuale di Medicina*.

Insieme ad altri medici, fisioterapisti e docenti ospiti internazionali (tra cui medici come *Kaltenborn*, ma anche terapeuti manuali), *F. J. Philips* riesce a fare inserire ufficialmente la medicina manuale nelle scuole olandesi.

La *Fondazione Manuale di Medicina* diventa nel 1986 *Fondazione Training Manual Therapy*, generazioni di studenti vengono formati al suo interno.

La gestione delle lezioni passa dagli insegnanti internazionali agli insegnanti olandesi, con la progressione nella formazione di questi ultimi.

C'è molta enfasi nell'insegnamento della neurofisiologia e della fisioterapia.

Il livello della *FTMT* non è considerato in linea con le regole del *IFOMT*.

Per questo motivo Kaltenborn decide di insegnare presso l'*Ex Accademia di Medicina Ortopedica*.

Con questo passaggio, la terapia ortopedica manuale acquisisce un peso internazionale.

L'*Ex Accademia di Medicina Ortopedica* diventa il *Dipartimento di Ortopedia Terapia Manuale (NAOMT)*.

I laureati in Fisioterapia vogliono lo stesso riconoscimento professionale dei terapeuti precedentemente addestrati alla terapia manuale nei Paesi Bassi: si concentrano, così, sui corsi olandesi dell'*Orthopedic Manual Therapy Association (NAOMT)*.

Inizia una collaborazione stretta con l'*Associazione olandese per la Terapia Manuale (NVMT)* che è un'associazione composta di laureati *PONE* e della *Scuola di Utrecht Manual Therapy* (diretta dal terapeuta manuale *Van der Bijl*).

Le scuole vengono unificate.

Attualmente vi è un registro di qualità, a tutela dei professionisti, amministrato dalla *Royal Society of Physiotherapy*.

Si tratta di un doppio controllo dopo una formazione adeguata. I Terapisti Registrati sono registrati IFOMT.

Per l'aspetto di formazione e professione in fisioterapia: nel 1994 la formazione è di tipo universitario ma l'autonomia professionale è vincolata alla prescrizione e alla diagnosi medica.

Nel 1995 si inizia parla di diagnosi in fisioterapia basata sull'*ICIDH* (ora *ICF*), ma rimane valida come riferimento, nella pratica clinica, la diagnosi medica.

Con la legge *BIG* del 1997, identificativa delle varie figure professionali, la competenza professionale diventa specificatamente riabilitativa.

La legge *BIG* definisce che obiettivo del fisioterapista è quello di:

"esaminare il paziente in presenza di un ostacolo o una minaccia alla sua funzione motoria e il grado di presenza di questa problematica".

Viene introdotta la metodologia di trattamento che comprende un percorso riabilitativo con diagnosi funzionale, progetto riabilitativo, programmazione di percorso e strumenti, obiettivi e verifiche dei risultati raggiunti.

Nel 1998, vengono elaborati i protocolli di trattamento.

L'attività libero-professionale in Olanda è possibile solo se il ruolo professionale è stato registrato nel Registro Civile *BIG* (Professioni Individuali - Health Care).

La registrazione è subordinata a rigorosi requisiti normativi tra i quali, imprescindibile , è il Diploma di laurea in Fisioterapia.

Il titolo è giuridicamente tutelato.

La formazione in fisioterapista richiede un iter speciale necessario per ottenere *HAVO* o *VWO*, che sono titoli di formazione superiore che si ottengono frequentando una Scuola Superiore per la Salute (equivalente del corso di laurea in fisioterapia) presso una sede universitaria.

La formazione dura 4 anni.

Tutti i laureati che hanno conseguito le qualifiche del caso, possono essere inclusi nel Registro di sistema *RIBIZ*, una divisione del *BRIC*, Agenzia del Ministero della Salute, Benessere e dello Sport.

Il titolo professionale è, come già detto, legalmente protetto e la sua registrazione presso la KNGF costituisce licenza per praticare la fisioterapia nei Paesi Bassi e nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea.

La *Royal Dutch Society* (KNGF) è l'equivalente di un Ordine Professionale e la sua politica consiste nell'impegnarsi attivamente per aumentare ulteriormente la qualità della fisioterapia.

Si occupa di condotta - etica, linee guida per il trattamento, aspetti legali (denunce) e ricerca scientifica.

La formazione è fortemente incoraggiata: al fisioterapista sono richieste 40 ore annue minime di aggiornamento professionale.

Quelli che soddisfano tutti i requisiti richiesti nel esercizio della professione, nella condotta etica, nella formazione ecc. possono essere inclusi nel Registro Centrale della Qualità (tutela ulteriore a certificazione di un livello qualitativo ottimale).

I Paesi Bassi hanno più di 12.500 fisioterapisti praticanti nelle cure primarie e 6.000 fisioterapisti nelle istituzioni (Ospedali, cliniche, ecc.).

Nel registro di qualità sono registrati 12.000 fisioterapisti e 4500 praticanti tra i fisioterapisti operanti nel campo materno - infantile, in quello sportivo, nell'ambito della fisioterapia classica, come terapisti manuali o fisioterapisti geriatrici.

I fisioterapisti · registrati nel repertorio della qualità hanno l'obbligo, ogni anno, di trascorrere almeno 40 ore nella progressione del loro sviluppo professionale.

Finora la KNGF (*Royal Dutch Society*) ha sviluppato 30 linee guida "*basate sulle evidenze*" inerenti vari disturbi motori, respiratori, ecc.

Altre linee guida sono in fase di sviluppo, a segnalare la forte impronta nell'ambito dello sviluppo e della ricerca, dei fisioterapisti olandesi.

In Olanda è diventata operativa dal gennaio 2005 la registrazione elettronica UZI di tutto il personale sanitario e di ogni atto sanitario espletato.

Canada.

La storia della figura del fisioterapista in Canada segue quella dell'espansione dei suoi servizi sanitari.

Dopo il 1914, l'occupazione lavorativa, soprattutto femminile, si dirige verso nuovi settori, come quello del massaggio terapeutico.

In tutto il Canada (francese e inglese), nel 1918, i fisioterapisti certificati sono 250.

Dal 1920 al 1930, l'accesso del pubblico alle cure è consentito ed incoraggiato per i lavoratori bisognosi o feriti; il ritorno alla prosperità a partire dal 1939 vede una maggiore penetrazione dell'assicurazione sanitaria privata nella classe media e un incremento della domanda di assistenza.

La disciplina fisioterapica, i cui membri aspirano allo status professionale, emerge in primo luogo al di fuori delle mura ospedaliere ma, dal 1940, la rapida evoluzione delle conoscenze sanitarie e l'imposizione di un salario promuovono la specializzazione accelerata e differenziata del lavoro sanitario.

La porta del mondo ospedaliero si apre a nuovi gruppi professionali: i "paramedici".

Se gli ospedali dopo il 1940, devono contare sui servizi del nuovo corpo di lavoro è perché la loro clientela è cresciuta molto rapidamente.

Gli ospedali stessi, la cui costruzione è guidata dal governo nazionale di Igiene federale dopo il 1948, sono aumentati di numero in Quebec: da 79 nel 1932 a 122 nel 1955 e a 187 nel 1970.

Nel 1954 la Scuola di riabilitazione presso l'Università di Montreal offre un diploma della durata di tre anni per *Specialista in Fisioterapia*. L'esperienza dell'università di

Montreal serve da programma-modello di Scuola della Riabilitazione, per l'Università di Laval che inaugura i suoi corsi nel 1965.

Infine, nel 1961, l'adesione del Quebec al programma federale di assicurazione per gli ospedali, facilita l'accesso agli ospedali privati, fornendo una copertura pubblica di una parte dei costi delle cure previste, questo favorisce un aumento dell'offerta lavorativa per tecnici sanitari, anche di ambito riabilitativo.

La crescita professionale della figura del fisioterapista canadese va di pari passo con l'aumento dell'offerta lavorativa: nel 1965, l'esercizio fisico rappresenta il 47% degli atti di terapia fisica poste in atto, il 20% riguarda l'uso di dispositivi di termoterapia o idroterapia, e solo il 6% il massaggio.

Per l'OTRC (centro riabilitativo canadese), la parte riservata all'esercizio riabilitativo è ancora maggiore: rappresenta l'88% delle azioni intraprese contro circa il 10% per l'uso di attrezzature, per la idro ed elettroterapia e per una quota minima di massaggi.



Physical Therapy Department

La formazione didattica del fisioterapista è, sin dagli esordi, in tutto il Canada, di ambito universitario.

La sua figura come operatore sanitario professionale ha sostanzialmente seguito un'evoluzione divisibile in tre periodi: il primo dal 1940 al 1970, dove vengono integrati tra i professionisti del settore sanitario, per richiesta medica ospedaliera di varie specialistiche.

La fase iniziale, infatti, vede la richiesta medica limitare il potere d'iniziativa delle figure tecniche e richiederne l'azione terapeutica solo in quanto ausiliari, mantenendo la piena autorità sul paziente.

Nel 1965 gli istituti scolastici, sulla base delle raccomandazioni della commissione principale statale, in rapporto con l'evoluzione sanitaria che sta vivendo cambiamenti significativi, attua una riforma didattica dei piani di studio in ambito paramedico con la trasformazione dell'istruzione universitaria e l'istituzione di nuovi corsi e specializzazioni.

Oltre a sostituire il classico college, vengono uniformati i programmi tecnici già sparsi tra le diverse agenzie e ne vengono creati di nuovi, aumentando notevolmente la quantità e la qualità della formazione: la laurea rimane triennale, ma si aggiungono corsi post-laurea.

La fisioterapia canadese vive la sua seconda fase di crescita e espansione.

Fisioterapista impegnata nella rieducazione alla stazione eretta
e al
cammino di una bambina con esiti di poliomielite.
Immagini da Storia della Medicina (NLM).



Dal 1970 al 1985 l'evoluzione scientifica e tecnica in ambito di salute genera la necessità di suddivisioni d'intervento, delineando una posizione d'intervento autonomo per i tecnici rispetto alla figura del medico,

anche se ancora con aree di ambiguità sulla competenza nell'intervento stesso.

Dal 1985, terza fase dello sviluppo professionale, le professioni tecniche canadesi definiscono il loro status di autonomia professionale con l'adozione della diagnosi professionale, questa evoluzione è inserita nell'ambito di una promozione della salute richiesta dal sistema sanitario pubblico.

La diagnosi professionale ed il suo utilizzo permette la successiva evoluzione ad un contesto di posizione di ricerca, abbinato ad una suddivisione di settori di competenza specifica nelle varie aree riabilitative.

La capacità di formulare una diagnosi professionale consente un percorso autonomo di lavoro.

Questo facilita l'emergere di nuove categorie professionali nella comunità scientifica e il loro riconoscimento nell'ambito clinico specialistico (vedi il fisioterapista respiratorio); la stessa diagnosi può avere prognosi differenziate a seconda degli interventi messi in atto.

Infine l'intervento dello Stato, imponendo per il sistema sanitario una differenziazione di cure per ottenere prestazioni più efficaci ed efficienti, sancisce i ruoli e le competenze.

I paramedici, gli operatori sanitari non medici, hanno trasformato il mondo della sanità canadese.

Negli ultimi decenni, i primi piccoli gruppi sparsi, introdotti negli ospedali dopo la guerra, per servire l'evolversi delle competenze mediche, sono stati in grado di sviluppare

personalità uniche attraverso la conquista e l'invenzione di nuovi ruoli di salute.

Terapisti occupazionali, psicologi, audiologi, fisioterapisti forniscono cure sempre più differenziate e di utilità specifica ai bisogni degli individui.

L'aumento numerico di questi gruppi negli ultimi decenni è stato notevole.

In Quebec, il numero totale delle occupazioni è cresciuto da poche decine d'individui a 1.950-4.700 nel 1975 e a più di 26 000 tecnici nel 2005, in seno alle istituzioni pubbliche. Solo per la categoria dei fisioterapisti c'è stato un incremento da qualche centinaio di praticanti nel 1961 a quasi 16 000 nel 2000; passando da un rapporto di uno per 25 infermieri professionali, all'uno per due attuale, raggiungendo la parità con il numero di medici.

Nel solo decennio 1990-2000, il non-caregivers e la cura non strettamente medica è cresciuta del 43%, anche se il numero di medici e infermieri sono rimasti pressoché stazionari.

Dal 1975 al 2005, il bilancio del governo dedicato a professioni sanitarie, è cresciuto non meno del 719%, il secondo più alto tasso di crescita della rete pubblica in questo periodo.

Stati Uniti d'America.

La comparsa ufficiale della fisioterapia come professione in America, si ha nel 1914.

I primi professionisti americani sono dipendenti del *Walter Reed College Hospital* di Portland, nell'Oregon.

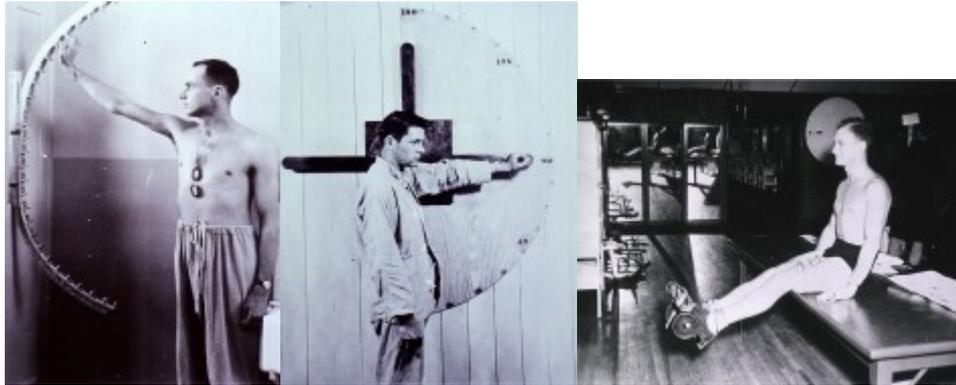
La loro denominazione non è quella di fisioterapista ma, a causa di un'impropria traduzione, quella di "assistente di ricostruzione". Si tratta di infermiere e assistenti sanitarie, la cui professionalità è basata sulla competenza in educazione fisica, e la cui presenza si è rivelata molto importante nei processi di recupero motorio di numerosi veterani della prima guerra mondiale.

L'attività di ricerca nell'ambito della riabilitazione accompagna tutta la storia moderna della fisioterapia americana, fin dagli esordi.

Una delle prime ricerche in ambito riabilitativo, è stata pubblicata molto precocemente rispetto ad altri paesi, nel 1921.

L'attività di ricerca fisioterapica continua a tutt'oggi, dividendosi in una miriade di specialità diverse (pneumologia, neurologia, cardiologia, ecc.).

Sempre nel 1921, Mary McMillan, fisioterapista, fonda il *Physical Therapy Association*.



Immagini da Storia della Medicina. (NLM)

Quest'associazione diventa, in seguito, l'*American Physical Therapy Association: APTA*; forse l'organizzazione più influente nella storia americana della fisioterapia.

Nel 1924 viene inaugurata, per volere del presidente *Franklin Delano Roosevelt*, la *Georgia Warm Springs Foundation*, il cui compito è quello di fronteggiare la crescente richiesta di interventi riabilitativi legata all'aumento dell'incidenza delle epidemie di poliomelite.

In questo periodo una figura di notevole rilevanza è *Elizabeth Kenny* (1880 -1952) meglio conosciuta come *Sister Kenny*, australiana d'origine e pioniera della terapia riabilitativa fisica, soprattutto nei poliomielitici, presso la *Mayo Clinic* di Rochester, nel Minnesota.

Le epidemie di poliomelite segnano un punto di svolta nella storia della fisioterapia americana e mondiale incentivando lo sviluppo della riabilitazione neuromotoria e respiratoria.

Negli anni '50, le tecniche manipolative e la chiropratica fanno la loro comparsa nella storia della fisioterapia americana, dopo aver avuto una grande diffusione in Gran Bretagna.

Dopo il 1950 la storia della fisioterapia americana si trasferisce dagli ospedali, dove è nata e si è sviluppata, in altre sedi di servizio.

I fisioterapisti americani iniziano a lavorare in cliniche, effettuano pratiche private, lavorano in case di cura e scuole.

La specialità di fisioterapia ortopedica nasce in questo periodo.

Nel 1950 viene creata la *Federazione Internazionale di Ortopedia, Terapia Manuale e Terapia Fisica*, che contribuisce molto ai cambiamenti nella professione e ne influenza le scelte evolutive.

Altro personaggio di spicco è il fisioterapista *Mariano Rocabado* che con le sue tecniche innovative di terapia manuale, originata in Olanda, ha un impatto profondo sull'evoluzione della disciplina stessa in America.

Freddy Kaltenborn, proveniente dalla Norvegia, influenza l'evoluzione della pratica fisioterapica della costa orientale degli Stati Uniti, mentre *Geoffrey Maitland*, australiano, cambia la concezione della formazione didattica e pratica, nella storia della fisioterapia, con il suo approccio mirato ad un'iniziale valutazione globale da approfondire sino allo specifico del problema.

Nel corso del 1980 l'evoluzione della storia della fisioterapia americana si orienta verso l'utilizzo delle scoperte tecnologiche.

Nuove procedure nascono con l'utilizzo dei computer, degli ultrasuoni, di particolari stimolazioni elettriche e di altri dispositivi.

Dal 1990 l'interesse generale si sposta nuovamente verso la terapia manuale: *Freddy Kaltenborn* guida la nuova corrente di lavoro.

Molto diversa da quella italiana è la formazione professionale, come diverse sono le regole per poter accedere al mondo del lavoro e i criteri per rimanervi.

I corsi per acquisire la qualifica di fisioterapista prevedono il superamento di un test d'ingresso molto selettivo.

Gli studenti interessati sono tenuti ad esibire, nel proprio curriculum, votazioni elevate sia al liceo, sia all'università, soprattutto nei corsi di scienze.

Prima di concedere l'ammissione, molti programmi di formazione professionale, richiedono esperienza come volontario in un reparto di terapia fisica di un ospedale o di una clinica.

Nell'America del nord uno studente che decide di intraprendere la carriera del fisioterapista deve preventivamente impegnarsi in un corso di scienza connesso, come ad esempio di biologia, chimica o fisica (i corsi richiesti sono semestrali o annuali).

Solo successivamente può richiedere l'accesso ad un corso di laurea specializzato in terapia fisica che prevede la frequenza dei corsi di chinesiologia, biomeccanica, neuroanatomia, crescita umana e sviluppo, fisiopatologia, tecniche di esame muscolo-articolare e procedure terapeutiche.

Gli studenti, oltre alle aule e ai laboratori, possono usufruire dell'aiuto di esperti fisioterapisti, i cosiddetti "*tutors*", che permettono loro la pratica sorvegliata.

A seguito della formazione di base in fisioterapia, per raggiungere la qualifica di medico specialista in una branca fisioterapica è necessario effettuare ulteriori studi.

Gli individui in possesso della laurea quadriennale in altro campo, che vogliono diventare fisioterapisti, devono iscriversi ad un

master o ad un dottorato per fisioterapista proposto dal programma educativo.

Negli Stati Uniti, i fisioterapisti esperti, possono chiedere di sostenere un esame ed ottenere la certificazione di specialità in una delle sette sub-aree di specializzazione: *cardiovascolare e polmonare, elettrofisiologica, riabilitazione geriatrica, riabilitazione neurologica, riabilitazione ortopedica, riabilitazione pediatrica, terapia fisica e dello sport.*

Tutte qualifiche riconosciute e normate per legge, negli Stati Uniti.

In tutti gli Stati dell'Unione, ai fisioterapisti che vogliono praticare la professione, viene richiesto il superamento di un esame abilitante, dopo la laurea.

L'esame di abilitazione richiede, come presupposto, di avere effettuato un periodo di tirocinio stabilito presso un terapeuta che svolge un programma accreditato.

Secondo l'*American Physical Therapy Association*, nel 1999, sono stati accreditati 189 programmi post-laurea in fisioterapia.

I programmi accreditati esprimono il punteggio in gradi: per ottenere il Bachelor (qualifica di base) occorrono 24 gradi, per il grado di master ne sono richiesti 15 e per i diplomi di dottorato otto.

Tutti i programmi didattici, per essere espletati, devono avere l'accREDITAMENTO statale.

Dal 2002, tutti i programmi di Terapia Fisica di base, per ottenere l'accREDITAMENTO, devono offrire anche il livello di master e di dottorato, in conformità con le direttive della Commissione per l'accREDITAMENTO nella formazione in Terapia Fisica.

Ai fisioterapisti è richiesta una buona capacità relazionale interpersonale, al fine di educare correttamente i pazienti sui trattamenti di terapia fisica, e una buona capacità di relazionarsi umanamente, nonchè una predisposizione ad aiutare i pazienti. Tratti analoghi, sono necessari anche per interagire con le famiglie dei pazienti.

I fisioterapisti che prevedono di continuare lo sviluppo professionale possono partecipare a corsi di formazione continua e workshop.

Un certo numero di Stati richiedono formazione continua per mantenere la licenza professionale e poter esercitare.

Secondo il *Bureau of Labor Statistics*, la crescita di posti di lavoro in Fisioterapia dovrebbe essere superiore alla media nel corso dei prossimi anni a causa del numero crescente di persone anziane.

Il salario medio di un Fisioterapista è di circa 66.000 \$ annui.

Ogni professionista ha un'assicurazione personale sanitaria ed una assicurazione privata per danni a terzi, eventualmente prodotti nell'esercizio della professione; inoltre ogni fisioterapista professionista ha l'obbligo di iscrizione all'APTA, equivalente di un nostro Ordine Professionale.

Australia e Nuova Zelanda.

Come per molti aspetti della professione, la formazione didattica del fisioterapista varia notevolmente in tutto il mondo.

Come regola generale, gli studi di fisioterapia comprendono un iter minimo di quattro anni di istruzione terziaria.

In Australia, un corso di laurea di fisioterapia è tipicamente svolto nel corso di un periodo di quattro anni, con i primi insegnamenti di natura prevalentemente teorica e con l'attenzione sempre più orientata alla clinica nelle ultime fasi d'istruzione.

La specializzazione post-laurea in fisioterapia è possibile in alcune Università; di solito vengono richiesti altri due anni di studio a seguito del completamento di un corso connesso (es. Riabilitazione, fisiologia o scienze fisiche).

In Nuova Zelanda, attualmente ci sono due scuole di fisioterapia: offrono entrambe corsi di laurea della durata di quattro anni.

Molti giovani fisioterapisti, in Nuova Zelanda, lavorano nel sistema privato di assistenza sanitaria come fisioterapisti muscolo-scheletrici.

Il loro curriculum evidenzia come imperante sia la necessità di preparare i laureati alla pratica autonoma.

Gli studenti seguono un programma educativo simile in Australia, con l'accento sulla biomeccanica, la chinesioterapia e l'esercizio terapeutico.

Anche in Nuova Zelanda i corsi post-laurea, comportano ulteriori due anni di apprendimento specifici.

In merito al riconoscimento professionale, la legge di definizione del profilo del fisioterapista nello Stato del Western Australia, richiede che tutti i fisioterapisti che praticano devono essere registrati presso la Commissione di registrazione del Western Australia, la laurea è il requisito di base.

I corsi di laurea sono accreditati dal *Consiglio Australiano di Fisioterapia Autorità di regolazione* e sono riconosciuti dalla

Commissione di registrazione del Western Australia dei Fisioterapisti e dall'*Australian Physiotherapy Association*.

Secondo i termini del riconoscimento reciproco stabilito tra Australia e Nuova Zelanda, l'archivio della registrazione del titolo professionale, in tutti gli Stati australiani, è disponibile e consultabile; in Nuova Zelanda, per la consultazione, si chiama *Trans Tasman - riconoscimento*.

I Fisioterapisti australiani e neo-zelandesi lavorano sia come membri di team di assistenza sanitaria ospedaliera, sia come liberi professionisti in propri studi privati.

Altri settori di attività professionale sono: scuole, case, comunità, industria, case di cura, case di salute (lungodegenze), il settore dell'istruzione e quello della gestione manageriale professionale.

Allo stato attuale non esistono problemi d'occupazione in Australia e in Nuova Zelanda; le disponibilità di lavoro per i fisioterapisti sono numerose.

L'*Australian Physiotherapy Association* ha un sito consultabile, in proposito, per maggiori dettagli.

E' richiesta un'assicurazione privata per danni contro terzi, eventualmente procurati nell'esercizio della professione.

RIFLESSIONI E CONCLUSIONI.

Riflessioni e Conclusioni.

Ricostruire il percorso storico-giuridico della professione del fisioterapista attraverso i secoli - dall'antichità al panorama attuale - è stato, un lavoro piacevole e, in alcuni momenti, persino divertente.

Alla fine di questo percorso di ricerca bibliografica, lettura ed elaborazione, è stato possibile focalizzare l'attenzione su quanto sia importante "avere radici".

Approfondire la conoscenza di questo percorso professionale, delinearne e evidenziarne le caratteristiche attraverso i mutamenti storici, politici ed economici (non solo in Italia ma anche in altri paesi occidentali) consente di elaborare una maggiore consapevolezza e una maggior senso di dignità del proprio ruolo professionale. Riuscire ad enucleare alcune riflessioni e considerazioni sulle possibilità di evoluzione futura della figura del fisioterapista in Italia, è stata una logica conseguenza.

L'elemento più importante che emerge da questo studio è come la lunga strada percorsa fino ad ora richieda un ulteriore impegno, da parte di ogni professionista coinvolto, affinché la professione del fisioterapista italiano possa essere, a tutti gli effetti, equiparata a quella dei colleghi di altri paesi occidentali.

Il percorso legislativo, maturato nel tempo, è stato oculato ed efficiente ma alcune carenze, tuttora presenti, emergono dal paragone con quello di altre nazioni.

Un punto fondamentale, su cui focalizzare le energie, è senz'altro la creazione di un Albo o Ordine Professionale in grado di tutelare la professione dall'esercizio improprio e abusivo come avviene, ad esempio, in Inghilterra. Sarebbe auspicabile, inoltre, che tale organo avesse le caratteristiche di quello olandese il quale, oltre a garantire un'efficace tutela giuridica e professionale, si espande fino a regolamentare il problema della ricerca e della crescita del professionista, favorendole.

L'unificazione dell'Europa ha creato le premesse per la realizzazione di un comune futuro professionale.

Infatti, si stanno elaborando le normative legali che consentiranno la libera circolazione, nei paesi della Comunità Europea, delle varie figure professionali.

Questo processo riguarda anche la figura del fisioterapista.

Al momento, la direttiva: *"POSIZIONE COMUNE (CE) N. 10/2005 definita dal Consiglio il 21 dicembre 2004 in vista dell'adozione della direttiva 2005/.../CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del..., relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (Testo rilevante ai fini del SEE) (2005/C 58 E/01)"*, che regola la possibilità di lavorare in Europa con pieno riconoscimento del titolo e senza la necessità di effettuare integrazioni, interessa alcune categorie ma non quella del fisioterapista italiano.

Sono abilitati alla libera circolazione nella comunità Europea, con riconoscimento del titolo di studio, gli infermieri professionali e le ostetriche italiani, i fisioterapisti belgi, olandesi e inglesi ma non quelli italiani, il cui titolo non è ancora riconosciuto e necessita, per esserlo, di importanti integrazioni.

L'ostacolo alla realizzazione della libera circolazione in Europa del fisioterapista italiano è rappresentato dall'assenza di una formazione professionale tale da rendere questa figura effettivamente autonoma. Un esempio di questa mancanza di autonomia è l'assenza, nel corso di studi, di un adeguato insegnamento di radiologia che permetta al fisioterapista di fare personalmente una valutazione radiologica e visualizzare autonomamente le eventuali problematiche di trattamento; si sente la mancanza, anche, di una formazione che consenta l'accesso alle banche dati della sanità, in modo da facilitare un costante aggiornamento in tempo reale.

Queste carenze vengono colmate dall'impegno personale dei singoli fisioterapisti che si dedicano ad ulteriori studi professionalizzanti nel privato, dovrebbero, invece, essere integrate nel percorso didattico formativo di base per non dequalificare la formazione e la preparazione di tutta una categoria e non abbassare il livello qualitativo sanitario.

La figura del fisioterapista italiano è stata riconosciuta professionalmente autonoma e, come tale, pienamente responsabile del proprio operato ma, questo, in via solo teorica.

Affinché questa autonomia si trasformi in un atto concreto sarebbe importante che gli stessi fisioterapisti si adoperassero per creare progetti didattici, effettuare funzioni di tutoraggio verso i nuovi allievi, verificare la corrispondenza tra nozionismo e didattica reale, stabilire adeguati contesti di tirocinio.

Infatti, solo attraverso la trasmissione diretta, l'esperienza formativa professionalizzante può essere effettuata al massimo delle sue potenzialità.

L'autonomia professionale, inoltre, comporta anche responsabilità penale e civile; gli strumenti formativi tutelano una professionalità non esponendola agli inutili rischi generati dall'ignoranza (si pensi alla sentenza della Corte di Cassazione sez. IV n.859 del 10.4.1998).

Altro elemento degno di attenzione è la creazione di dottorati di ricerca per l'ambito fisioterapico e la possibilità di specializzazioni universitarie, con percorso e titolo riconosciuto nei vari ambiti riabilitativi, come negli Stati Uniti. Affinché queste situazioni cambino è necessario un salto culturale importante in assenza del quale, il fisioterapista italiano rischia di rimanere un mero esecutore di competenze apprese in maniera incompleta.

Altra differenza emersa, nel corso di questo *escursus* fra il mondo del lavoro italiano e quello degli altri paesi occidentali, è la modalità di assunzione nel pubblico impiego, cioè nella sanità pubblica.

L'Italia è l'unico paese, oltre alla Spagna, in cui l'assunzione di personale addetto alla riabilitazione si realizza a seguito di concorso pubblico; negli altri paesi avviene per colloquio diretto con il dirigente sanitario o attraverso la selezione per titoli; inutile sottolineare come, la modalità applicata in Italia, restringa notevolmente l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche e rallenti il ricambio fisiologico del personale per raggiunti limiti di età.

Sono solo piccoli spunti di riflessione ma potrebbero indicare, ed essere punto di partenza, di un nuovo percorso operativo.

ALLEGATO

Il codice deontologico dei fisioterapisti (A.I.F.I.)

- TESTO RIVISTO DAL TRIBUNALE PER I DIRITTI DEL MALATO
- APPROVATO DAL DIRETTIVO NAZIONALE A.I.T.R. IL 23 OTTOBRE 1998
- APPROVATO DAL CONGRESSO NAZIONALE A.I.T.R. IL 25 OTTOBRE 1998

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I - DEONTOLOGIA PROFESSIONALE E CAMPO D' INTERVENTO

TITOLO II

COMPITI E DOVERI DEL FT (TdR)

CAPO I - DIGNITA' PROFESSIONALE

CAPO II - SEGRETO PROFESSIONALE

CAPO III - CONDOTTA PROFESSIONALE

CAPO IV - AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PERMANENTE

CAPO V - ONORARIO PROFESSIONALE

TITOLO III

RAPPORTI CON GLI UTENTI

CAPO I - OBBLIGHI DEL FT (TdR)

CAPO II - INFORMAZIONE DEL PAZIENTE

CAPO III - DECLINO DEL MANDATO

TITOLO IV

RAPPORTI CON I COLLEGHI

CAPO I - RAPPORTI E CONTROVERSIE

CAPO II - GIUDIZI SUI COLLEGHI

CAPO III - SCORRETTEZZE DA PARTE DEI COLLEGHI

TITOLO V

RAPPORTI CON I TERZI

CAPO I - COLLABORAZIONE PROFESSIONALE

CAPO II - PUBBLICITA'

CAPO III - ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE

TITOLO VI

RAPPORTI CON IL SSN E CON ENTI PUBBLICI

CAPO I - OSSERVANZA DEL CODICE DEONTOLOGICO

TITOLO VII

SANZIONI E PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I - DEONTOLOGIA PROFESSIONALE E CAMPO D'INTERVENTO

ART. 1 - La deontologia professionale è l'insieme dei principi etici che impegnano gli iscritti al rispetto delle norme generali e specifiche di comportamento professionale. L'inosservanza dei precetti deontologici nuoce non solo al prestigio professionale dell'iscritto e all'utente, ma soprattutto alla buona immagine di tutti gli esercenti la professione.

ART. 2 - Le disposizioni del presente codice si applicano a tutti i Ft (TdR) siano essi liberi professionisti o dipendenti di enti pubblici e privati.

TITOLO II

COMPITI E DOVERI DEL FT (TdR)

CAPO I - DIGNITA' PROFESSIONALE

ART. 3 - Il Ft (TdR) esercita la propria professione con la finalità esclusiva del rispetto delle persone umane, indipendentemente da valutazioni circa la nazionalità, la razza, le idee politiche, le condizioni sociali, il sesso e le preferenze sessuali, nel pieno rispetto della personalità, identità culturale e credo religioso dei pazienti e dei colleghi.

ART. 4 - Il Ft (TdR) svolge la propria professione nel rispetto dell'ordinamento giuridico vigente, attenendosi rigorosamente ai principi contenuti nel presente Codice Deontologico.

ART. 5 - Anche al di fuori dell'esercizio professionale, il Ft (TdR) è tenuto sempre ad osservare un comportamento che sia moralmente ed eticamente irreprensibile.

CAPO II - SEGRETO PROFESSIONALE

ART. 6 - Il Ft (TdR) è tenuto a mantenere il segreto su tutto ciò che gli viene confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve inoltre mantenere la massima riservatezza sulle prestazioni professionali effettuate o programmate. È ammessa la rivelazione solo ai responsabili della cura della persona assistita, salvo specifica richiesta o autorizzazione dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti, preventivamente informati sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa.

ART. 7 - Il Ft (TdR) è tenuto alla tutela della riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante la persona assistita, anche se affidata a codici o sistemi informatici. Nella trasmissione di documenti relativi al paziente, il Ft (TdR) deve garantirne la massima riservatezza.

ART. 8 - Il Ft (TdR) non deve diffondere notizie che possano consentire l'identificazione della persona assistita cui si riferiscono.

ART. 9 - Al Ft (TdR) è consentito riferire, in modo tale da rispettare l'anonimato della persona assistita, il caso sotto il profilo clinico - terapeutico, quando la sua descrizione sia utile per finalità scientifiche, didattiche o di approfondimento culturale o professionale.

Nella realizzazione di pubblicazioni scientifiche, aventi per oggetto osservazioni relative ai singoli pazienti, il Ft (TdR) deve far sì che questi non siano identificabili.

CAPO III - CONDOTTA PROFESSIONALE

ART. 10 - Al Ft (TdR) compete la valutazione della persona assistita attraverso l'anamnesi ed un esame clinico funzionale.

ART. 11 - Il Ft (TdR) elabora e definisce autonomamente o in collaborazione con altre figure sanitarie il programma terapeutico-riabilitativo.

Il Ft (TdR) elabora il programma terapeutico - riabilitativo in base alla valutazione effettuata. Informa la persona assistita sugli interventi terapeutici più opportuni e sugli eventuali effetti collaterali. Espone gli obiettivi del trattamento, stabilendo tempi, modalità e verifica dell'intervento. Si rende disponibile a collaborare con i sanitari di fiducia del paziente.

2. - Il Ft (TdR) elabora il programma terapeutico - riabilitativo in riferimento alla diagnosi ed alla prescrizione medica. Qualora risultino valutazioni discordanti, cambiamenti del quadro clinico e/o risposte non coerenti durante il trattamento, il Ft (TdR) è tenuto ad informare il medico curante, collaborando a fornire elementi utili sia per un eventuale approfondimento diagnostico,

che per la definizione di un più appropriato programma terapeutico.

ART. 12 - Il Ft (TdR) pratica autonomamente attività terapeutica, verificando la rispondenza delle metodologie attuate agli obiettivi di recupero funzionale programmati.

ART. 13 - Il Ft (TdR) considera la prevenzione quale ambito primario d'intervento.

ART. 14 - Il Ft (TdR) svolge attività di consulenza.

ART. 15 - Il Ft (TdR) ha la responsabilità diretta delle procedure diagnostiche e terapeutiche che applica.

ART. 16 - Il Ft (TdR) deve rispettare i limiti e le responsabilità del proprio ambito professionale, ed astenersi dall'affrontare la soluzione dei casi per i quali non si ritenga sufficientemente competente.

ART. 17 - Il Ft (TdR) non deve diffondere notizie sanitarie atte a suscitare illusioni, speranze o infondati timori.

ART. 18 - L'esercizio professionale deve essere animato da rigore metodologico e rispondere alle continue acquisizioni scientifiche inerenti il campo di competenza.

Il Ft (TdR) ha il dovere di utilizzare metodologie e tecnologie la cui efficacia e sicurezza siano state scientificamente validate da Società Scientifiche. La scelta di pratiche non convenzionali deve avvenire nel rispetto del decoro e della dignità della professione ed esclusivamente sotto diretta ed esclusiva responsabilità personale, previo consenso informato, scritto, firmato e datato del paziente, e fermo restando che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre la persona assistita a specifici trattamenti di comprovata efficacia.

Il Ft (TdR), qualora giunga all'elaborazione di una propria procedura terapeutica, ha il dovere di divulgarne e diffonderne i contenuti ed i risultati attraverso la pubblicazione su riviste scientifiche e/o professionali.

CAPO IV - AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

ART. 19 - Il Ft (TdR) deve mantenere in ogni momento il più alto standard di conoscenze e di competenze, impegnandosi nell'ambito di una formazione permanente ad adeguare il proprio sapere al progresso della ricerca scientifica e professionale.

CAPO V - ONORARIO PROFESSIONALE

ART. 20 - Il Ft (TdR) ha il dovere di farsi remunerare per le prestazioni svolte, in misura adeguata all'importanza dell'opera professionale nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Associazione o dall'Ordine Professionale, attraverso il tariffario. Il Ft (TdR), in particolari circostanze, può prestare gratuitamente la sua opera, purchè tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o illecito accaparramento di clientela.

ART. 21 - L'onorario del Ft (TdR) deve essere conosciuto dal paziente prima dell'inizio della cura.

TITOLO III

RAPPORTI CON GLI UTENTI

CAPO I - OBBLIGHI DEL FT (TdR)

ART. 22 - Il Ft (TdR) deve condurre con competenza e capacità ogni trattamento finalizzato a ripristinare, migliorare o mantenere la salute del paziente, dedicando a questo scopo tutto il tempo necessario.

CAPO II - INFORMAZIONE DEL PAZIENTE

ART. 23 - La persona assistita, o colui che esercita la legale rappresentanza sullo stesso, deve essere debitamente informato su tutti gli aspetti riguardanti la terapia consigliata prima di iniziare le cure. In questo modo egli avrà l'opportunità di accettare o rifiutare la proposta terapeutica.

CAPO III - DECLINO DEL MANDATO

ART. 24 - Quando, per ragioni professionali o personali, il Ft (TdR) declina o sospende temporaneamente il mandato precedentemente assunto, deve preoccuparsi di fornire tutte le indicazioni necessarie per il proseguimento della terapia, anche contattando chi fosse a lui subentrato. Parimenti, è dovere del Ft (TdR) subentrante informarsi presso il collega che abbia declinato o sospeso il mandato circa le terapie in precedenza adottate.

ART. 25 - Ove il Ft (TdR) constati di non godere della fiducia da parte del paziente o dei suoi legali rappresentanti può, con adeguato preavviso, rinunciare a proseguire il trattamento. Egli dovrà comunque garantire il proseguimento della terapia fino alla sostituzione da parte di un altro collega.

TITOLO IV

RAPPORTI CON I COLLEGHI

ART. 26 - I rapporti tra Ft (TdR) devono essere basati sul reciproco rispetto. Ogni contrasto di opinioni deve essere affrontato secondo le regole di civiltà e di correttezza.

Ove richiesta, l'Associazione o l'Ordine Professionale deve intervenire nelle persone dei Dirigenti o dei Consiglieri, per concorrere a dirimere le controversie, nonchè fornire concreto appoggio all'iscritto che fosse ingiustamente incolpato.

ART. 27 - Il Ft (TdR) non deve esprimere giudizi o critiche sull'operato di altri colleghi in presenza di utenti o comunque di estranei e al di fuori degli organismi associativi

ART. 28 - Il Ft (TdR) che constati gravi casi di scorrettezza professionale nel comportamento di altri colleghi, deve darne comunicazione all'Associazione o all'Ordine Professionale, la quale interverrà secondo i modi previsti dal Titolo VII.

TITOLO V

RAPPORTI CON I TERZI

CAPO I - COLLABORAZIONE PROFESSIONALE

ART. 29 - Il Ft (TdR) esercita la propria attività professionale rispettando le altre professioni sanitarie e collaborando con le stesse. Il Ft (TdR) non può, in nessun modo, prestare qualsiasi forma di collaborazione con chi eserciti abusivamente la professione.

CAPO II - PUBBLICITA'

ART. 30 - Al Ft (TdR) è consentita la pubblicità professionale nelle modalità e nei termini stabiliti dalla Legge e dall'Associazione o dall'Ordine Professionale.

ART. 31 - Al Ft (TdR) non è consentita la pubblicizzazione di prodotti o altro che leda il decoro professionale.

CAPO III - ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE

ART. 32 - Il Ft (TdR), ove riscontri l'esercizio della professione da parte di figure non abilitate, ha il dovere di denunciare ogni abuso all'Associazione o all'Ordine Professionale.

TITOLO VI

RAPPORTI CON IL S.S.N. E CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI

CAPO I - OSSERVANZA DEL CODICE DEONTOLOGICO

ART. 33 - Qualora tra il Ft (TdR) che operi in regime di dipendenza o altro regime collaborativo con le strutture del S.S.N. e con Enti Pubblici e Privati, e le medesime strutture, insorgessero contrasti in ordine alla gestione del caso specifico a lui affidato, il Ft (TdR) è tenuto a richiedere l'intervento dell'Associazione o dell'Ordine Professionale nell'interesse del paziente e della propria sfera di autonomia professionale.

TITOLO VII

SANZIONI E PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

ART. 34 - Il Ft (TdR) che violasse le norme del presente Codice Deontologico è sottoposto a procedimento disciplinare secondo le modalità previste dal vigente Statuto. - A.I.T.R. (Associazione Italiana Terapisti della Riabilitazione).

Ringraziamenti.

Al termine di questo lavoro sento il bisogno di rivolgere un caloroso ringraziamento ad una serie di persone, grazie alle quali questo lavoro ha potuto essere svolto e portato a termine.

Prima di tutto al dott. Aldo Di Legge, informatico, senza il cui prezioso aiuto nella lotta ai virus informatici e ai guasti tecnici, durante la ricerca in rete del materiale utile alla stesura, sarei ancora impantanata; un ringraziamento particolare al dott. Maurizio Vaglini, del centro documentazione bibliografica dell'A.O.P, per gli utilissimi consigli ed il materiale cartaceo procuratomi; un pensiero affettuoso a mia figlia Alessandra per l'aiuto pratico nella gestione del materiale informatico e la paziente dolcezza verso un'incompetente in materia.

Un ringraziamento a mio marito per la pazienza e tranquillità mantenuta durante tutto questo lavoro e, infine, un sentito ringraziamento alla mia relatrice dott.ssa Rosalba Ciranni, per avermi fatto, appunto, da relatrice.

BIBLIOGRAFIA.

Bibliografia.

- Starobinski Jean, *Storia della medicina*, trad. it. di Anna Dianati, Mursia, milano 1954.
- Hawass Ahi, *I tesori dell'Antico Egitto*, Italia 2005.
- Gomperz Theodor, *Pensatori Greci*, trad. it. di Luigi Bandini, Sansoni ed. Firenze, 1950.
- Cosmacini Giorgio, *L'arte lunga*, ed. Laterza, 1997.
- Galeno, *De Motu Muscularum*, 129 - 200 a. C.
- "Livre des Faiz Monseigneur Saint-Louis", XIII secolo -Bibliothèque Nationale, Paris.
- Lefebvre G., *La storiografia moderna*, 1971, ed. it. 1973.
- Michelet Jules, *La Bible de l'humanité*, 1864
- Burckhardt Jacob, "*La civiltà del rinascimento in Italia*", 1860.
- AA.VV. *Fisioterapia 100 anni*. supplemento di fisioterapia, il volume numero 80, 1994 (copia di riferimento disponibile nel CSP Degli obblighi giuridici UK).
- Leonardo da Vinci, *Raccolta di scritti e disegni anatomici*, Raccolta Reale Windsor, Inghilterra.
- Barclay, J., *In buone mani: Storia della Chartered Society of Physiotherapy 1894-1994*. Oxford: Butterworth Heinemann. 1994

- Young Patricia, *Una breve storia della Chartered Society of Physiotherapy*, Fisioterapia ed., 1969.
- Berengario da Carpi Jacopo, "*Commentaria cum amplissimis additionibus super anatomiam Mundini una cum textu eiusdem in pristinum et verum nitorem redacto*", 1521.
- Vegio Maffeo, '**De liberorum educatione**', 1440.
- Mercuriale Girolamo, *De arte gymnastica*, edizione veneziana, 1587.
- Borrelli Alfonso, "*De Motu Animalium*", 1680.
- Ramazzini Bernardo, "*De Morbis Artificum Diatriba*", 1700.
- Ceruti, M., *Il vincolo e la possibilità*. Feltrinelli, quinta edizione, 2000.
- Berthoz, A., *Il senso del movimento*, Milano: Mc Graw-Hill Libri Italia srl, 1998.
- Muller-Veronese, E., *Neuroriabilitazione: approccio e guida al trattamento delle patologie neuromotorie*. Muller Eds, 2003.
- Pedon, A., *Metodologia per le scienze del comportamento*. Bologna: Il Mulino eds., 1995.
- Schmidt. R., Wrisberg. C. *Apprendimento motorio e prestazione*. Società Stampa Sportiva Roma, 2000.
- **Elftman H.**, *Biomechanics of muscle*, J. Bone Joint Surg. 48A : 363, 1966
- Regione europea Sito web: www.physio-europe.org.

- De Korvin G, Delarque A., *Physical and rehabilitation medicine section and board of the European union of medical specialists. Community context; history of European medical organizations; actions under way.*, Ann Phys Rehabil Med. 2009 Sep-Oct;52(7-8):594-607. Epub 2009 Aug 14. [Article in English, French]
- Lèmieux V. e Altri , *Il sistema sanitario in Quebec*, Quebec, PUL, 2003, p.239-241.
- Denis Goulet, *Storia della Facoltà di Medicina e Chirurgia*, Università di Montreal, 1843-1993.
- Dussault Gilles, "Il personale sanitario in Quebec," J. Dufresne et al. (a cura di), *Trattato di Antropologia Medica*, 1985,
- Hudon Francois, *Storia della Scuola di riabilitazione presso l'Università di Montreal, 1954-2004*, Montreal, Facoltà di Medicina dell'Università di Montreal, 2004.
- Remondière Remi, "*Una nascita in comune: l'emergere di fisioterapia in Francia e l'impianto di fisioterapia in Quebec*", Canada Bulletin Storia della Medicina / Canadian Medical Bollettino di Storia, 15 (1998): 153-187.
- Twohig Peter, "*Istruzione, competenza, esperienza e la realizzazione dei lavoratori Hospital in Canada, 1920-1960*", Canadensis Scientia, 29, 2 (2006): 131-153.
- Kuhn V. Thomas, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Paris, Flammarion, 1983.
- Physio-Québec, 7, 3 (settembre 1982): 35-36.

- Inhalo-Scope, 2, 4 (ottobre 1984): 25, 5, 1 (gennaio 1986): 11. Archivi dell'Ordine professionale terapisti respiratori in Quebec, file "Congresso, abstracts congressi da 1982, 1993,
- Remondiere Rémi, *L'istituzione della fisioterapia in Francia (1840-1946)*.
- Freidson E., *La professione medica*, Paris: Payot, 1984.
- Gubler M. A., *Il ruolo della terapia secondo la scienza*, Paris: Masson, 1876.
- Leonard J., "The Healers", *Medici, pazienti e la società nel diciannovesimo secolo in Francia*, Paris: Sciences en situation, 1992.
- Laisnè N., *L'applicazione della ginnastica nella cura di alcune malattie*, Paris: Leclerc, 1865.
- Guilbert, "Relazione a nome della commissione per la Famiglia, della popolazione e la sanità pubblica", allegato n. 870, 2a sessione di Aprile 4, 1946.
- Cololian M., "La guerra di meccanoterapia con mezzi di fortuna", Archivio di Medicina e Farmacia militari LXIV. (1915).
- www.physioboard.org.nz.
- World Federation of Medical Education, *Linee guida per l'Accreditamento di Basic Medical Education 2005*.
- AUT University, New Zealand, david.nicholls@aut.ac.nz.
- Benmakhlouf Ali, *Averroès*. Paris : les Belles lettres, 2000.

- Jolivet, Jean. Rashed, Roshdi, *Études sur Avicenne*. Paris : les Belles lettres, 1984.
- Jacquart Françoise, Micheau Danielle, *La Médecine arabe et l'Occident médiéval* . Paris : Maisonneuve et Larose, 1990.
- Bertolini Carlo, *Storia ed Evoluzione della Medicina Riabilitativa in Italia*, Medicina Fisica e Riabilitazione, Università Cattolica del S.Cuore - Roma.
- Balsamo Orazio, *“Diagnosi funzionale in fisioterapia: passato, presente e futuro”*, Riabilitazione Oggi Anno XXII, n° 7 settembre 2005.
- Rose S.J., *Physical Therapy diagnosis: role and function*, Phys Ther Vol.69, n° 7, 1989.
- Casonato Oscar, *Dall'autonomia alla diagnosi funzionale e differenziale del fisioterapista*, Riabilitazione Oggi Anno XVIII, n° 9; novembre 2001.
- Durrell S., *Expanding the scope of physiotherapy: clinical physiotherapy specialists in consultants' clinics*, Manual Therapy 1996.
- Tesi di Laurea in Fisioterapia di Mingozzi Consuelo - relatore F.t. Manigrasso Vincenzo, *“Il Fisioterapista da arte ausiliaria a professione sanitaria: una ricerca sull'analisi e sulla valutazione del ruolo”*. Università di Bologna.
- A.I.T.R. (Associazione Italiana Terapisti della Riabilitazione), *Codice deontologico*, 2008.
- Schmidt Ulla, *"Dopo la riforma è pre-riforma"* - in un'intervista con il Augsburger Allgemeine Zeitung (11.08.2009).
- [www. Europa.eu](http://www.Europa.eu).

- Monforte Marco, Tesi di Laurea in Scienze Motorie: *Attività fisica adattata per il paziente oncologico alla ricerca di un concetto integrato: "Inserimento dello specialista in scienze motorie in ambito sanitario"*, Università di Cassino, aa. 2006-2007.
- www.fysiotherapie.nl.
- Tissot, Joseph-Clement, *Medicinal and Surgical Gymnastics or Essay on the usefulness of Movement, or different Exercises of the body, and of rest, in the treatment of Diseases*, Paris, Bastian, 1780.
- Hillon Martinez R, Rebollo Roland J, Meroño Gallut A. J., *Approccio alla storia fisioterapia da fonti documentarie spagnole*, Cuest Fisioter 2008.
- Fortes Garcia e Lopez Liria R, Rodriguez CR Martin, Mesa Ruiz AM., *La presenza del fisioterapista in palestre sportive in provincia di Almeria.*, Cuest Fisioter 2008.
- Lomas Vega R., *Riproducibilità di una misura: come analizzare i dati?* Cuest Fisioter, 2008.
- Alcantara S, MA Hernandez, Ortega E, del Valle M. *Fondamenti di fisioterapia*. Madrid: Síntesis, 1995.
- Talavera A, Almazan G. *Fisioterapia: Healthcare in buone mani*. Madrid. Alcalá Istituto di Scienza e Salute Specialità. 2000.
- Viani Giuseppe, Tiberio Antonio, *Manuale di legislazione sanitaria*, Franco Angeli ed., 2002.
- Lippi Donatella, *storia della medicina*, CLUEB, Bologna, 2002.
- Bianchini Claudia, Antognoli Fiorella, Sanna Battistina, *La storia e la formazione del fisioterapista*, Università di Pisa, 2006-2007.
- Penso Giuseppe, *La medicina medioevale*, Ciba-Geigy ed. 1991.
- Leca Ange Pierre, *Storia Illustrata della reumatologia*, Editiemme, 1989.

- Ullmann, Manfred, *La médecine islamique*, Paris: Presses universitaires de France, 1995.
- Capasso L.L., La Verghetta M. and D'Anastasio R., 2000, L'Homme du Similaun: une synthèse Anthropologique et palethnologique. *L'Anthropologie* (Paris), 103 (3): 447-470.

Indice:

Prefazione.....	pg. 2
Introduzione.....	pg. 3
Evoluzione Storica.....	pg. 6
1. Dalla Preistoria al Mondo Greco-Romano.....	pg. 7
2. Il Mondo Mediorientale.....	pg.18
3. Il Medioevo (l'alto e il basso medioevo).....	pg.19
4. Fra Umanesimo e Rinascimento.....	pg.23
5. L'Età Moderna (1600-1800).....	pg.27
6. L'Età Contemporanea.....	pg.36
La Figura del fisioterapista oggi in Italia.....	pg. 47
1. Il profilo professionale e la posizione socio-giuridica.....	pg.48
2. Responsabilità civile e penale.....	pg.61
3. Ambiti d'intervento e contesti lavorativi.....	pg.68
L'Evoluzione e la posizione socio- giuridica del fisioterapista in altri Paesi	pg.71
1. Generalità.....	pg.72
2. Belgio.....	pg.72
3. Francia.....	pg.75

4.	Spagna.....	pg.86
5.	Inghilterra.....	pg.90
6.	Olanda.....	pg.95
7.	Canada.....	pg.101
8.	Stati Uniti d'America.....	pg.107
9.	Australia e Nuova Zelanda.....	pg. 112
	Riflessioni e conclusioni.....	pg.115
	Allegato.....	pg.119
1.	Codice deontologico A.I.F.I.....	pg.120
	Ringraziamenti.....	pg. 131
	Bibliografia.....	pg.132
	Indice.....	pg.140