

723**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index**Istituto di
PAVIABazzini G.,
Panigazzi M.,
Boveri N.,
Capodaglio E.M.In: *Giornale Italiano
di Medicina del Lavoro
ed Ergonomia*; 2007;
29; 1: 47-51.**NUOVI SVILUPPI IN TERAPIA OCCUPAZIONALE ED ERGONOMIA.**

In questo lavoro verranno presentati gli sforzi e quindi i risultati raggiunti nell'ambito della Terapia Occupazionale per accreditarlo a pieno titolo un ruolo scientifico in quanto in un passato anche recente la T.O. per il suo approccio globale all'individuo e per i suoi metodi di intervento, veniva spesso assimilata più a discipline di tipo umanistico o comportamentale o addirittura a forme di intrattenimento dei pazienti.

724**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index**Istituto di
PAVIACapodaglio P.,
Capodaglio E.M.,
Facioli M.,
Saibene F.In: *European Journal
of Applied Physiology*;
2007; 100; 5: 535-542.**LONG-TERM STRENGTH TRAINING FOR COMMUNITY-DWELLING PEOPLE OVER 75: IMPACT ON MUSCLE FUNCTION, FUNCTIONAL ABILITY AND LIFE STYLE.**

The objective was to determine the impact of a 1-year mixed strength-training programme on muscle function, functional ability, physical activity and life style. Twice-a-week hospital-based exercise classes and a once-a-week home session were conducted. Nineteen healthy community-dwelling training (T) men (76.6 ± 3.1 years), 19 women (77.5 ± 4.0 years) and 20 matched controls (C) participated in this study. Training was given with a two multi-gym machines for the lower limbs (Sitting calf and Leg press, TECHNOGYM, Italy) at 60% of the repetition maximum (1 RM) and at home it was with elastic bands. The following were the measurements made: muscle function-maximum isometric strength of the knee extensors (KE) and ankle plantar flexors (PF) measured with a Cybex Norm dynamometer, leg extensor power (LEP) with the Nottingham Power Rig; functional abilities-functional reach, chair rise, bed rise, 6-min walking test, stair climbing, get up and go, one-leg standing; physical activity-aerobic activities over 3 MET intensity (AA3), intensity classes; life-style-mean daily energy expenditure (MDEE). Significant gains in muscle function and functional abilities in both training females and males were observed, but females improved significantly more than males. Males (T + C) showed higher AA3 times than females (T + C) ($P = 0.02$), with females significantly more involved in light-intensity activities. We observed a 60% increase ($t = 2.45$) in AA3 time in T, but no increase in C. Trained males increased Class 2 physical activity time by 146% ($t = 2.82$) and trained females by 16% ($t = 2.23$). MDEE increased by 10% ($t = 2.62$) in trained males. Our long-term mixed programme can improve muscle function and functional abilities in elderly females and functional abilities in males. It can positively affect the amount of habitual physical activity and the life-style of males and females over 75.

725**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index**Istituto di
PAVIACapodaglio P.,
Sartorio F.,
Colombo R.,
Franchignoni F.In: *Giornale Italiano
di Medicina del Lavoro
ed Ergonomia*; 2007;
29; 4: 942-948.**I CICLOERGOMETRI IN MEDICINA RIABILITATIVA: CARATTERISTICHE TECNICHE E CRITERI DI SELEZIONE.**

Lo scopo di quest'articolo è di fornire una succinta revisione della fisiologia e biomeccanica dell'esercizio al cicloergometro, una discussione critica delle caratteristiche tecniche per il corretto utilizzo di cicloergometri in ambito riabilitativo e delle linee guida per la selezione di cicloergometri appropriati alle diverse patologie in riabilitazione.

726**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index***Istituto di
PAVIA**Saade A.**In: Giornale Italiano
di Medicina del Lavoro
ed Ergonomia; 2007;
29; 1: 52-55.***PRACTICABLE EXAMPLES OF OCCUPATIONAL THERAPY.**

La Terapia Occupazionale è una disciplina riabilitativa che ha come principale obiettivo il raggiungimento della massima autonomia possibile e la più completa integrazione sociale, familiare e lavorativa della persona disabile.

Durante la degenza riabilitativa post-acuta nella disabilità motoria conseguente a lesione midollare od a cerebrolesione la T.O. propone una serie di interventi che mirano la progressiva acquisizione del massimo livello di autonomia intesa come indipendenza compatibile con le capacità motorie residue della persona disabile.

727**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index***Istituto di
VERUNO**Alciato P.,
Russo F.,
Maglio R.,
Capodaglio E.M.,
Bazzini G.**In: Giornale Italiano
di Medicina del Lavoro
ed Ergonomia; 2007;
29; 4: 938-941.***LAVORAZIONE INDUSTRIALE DELLA MAGLIA: PATOLOGIE SECONDARIE DALL'IMPIEGO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI (JEWMSDS) E LORO EVOLUZIONE IN RELAZIONE ALLA MANSIONE LAVORATIVA.**

Negli anni 2003/2005 sono stati visitati 1248 dipendenti degli Stabilimenti di Borgosesia e Vallemosso della Zegna Baruffa - Lane Borgosesia S.p.A. e sono stati selezionati nei reparti a rischio 102 casi di patologia di sovraccarico biomeccanico degli arti superiori. Successivamente dall'aprile 2005 al maggio 2006 si è seguita l'evoluzione clinica dei dipendenti arruolati e si è constatato che nel 54% dei casi la sintomatologia clinica si è risolta con il riposo funzionale e con una corretta terapia. La diagnosi, la cura e il cambio mansione sono quindi in grado di risolvere un numero significativo di casi.

728**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index***Istituto di
VERUNO**Franchignoni F.,
Ferriero G.,
Giordano A.,
Guglielmi V.,
Picco D.**In: Europa
Medicophysica;
2007 Dec.; 43 (4):
451-61.***RASCH PSYCHOMETRIC VALIDATION OF THE IMPACT ON PARTICIPATION AND AUTONOMY QUESTIONNAIRE IN PEOPLE WITH PARKINSON'S DISEASE.**

The aim of this study was to assess the psychometric properties of the Impact on Participation and Autonomy (IPA) questionnaire in its two scales: IPA-I perceived limitation in participation and autonomy; IPA II perceived problems in participation.

729**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index**Istituto di
VERUNOFranchignoni F.,
Giordano A.,
Ferriero G.,
Muñoz S.,
Orlandini D.,
Amoresano A.In: *Prosthetics and
Orthotics International*;
2007; 31; 4: 394-404.**RASCH ANALYSIS OF THE LOCOMOTOR CAPABILITIES INDEX-5 IN PEOPLE WITH LOWER LIMB AMPUTATION.**

The aim of this study was to perform a Rasch analysis on the 5-level ordinal scale version of the Locomotor Capabilities Index (LCI-5), in order to investigate rating scale quality and conduct reliability and validity assessments. A questionnaire was mailed to 144 subjects who had undergone lower limb amputation (LLA) in the previous five years and completed a rehabilitation and prosthetic training programme. A total of 123 persons (85%) responded to the questionnaire, a self-report assessment of prosthetic capability and performance which included the LCI-5, the Mobility Section of the Prosthesis Evaluation Questionnaire (PEQ-MS) and other variables associated to prosthetic wear and use. Following Rasch analysis and expert review, the LCI-5 response categories level 1 (yes, if someone helps me) and 2 (yes, if someone is near me) were combined into a single category and 4 items were deleted (due to misfitting). The remaining 10 items fitted the Rasch model (LCI10-4) and demonstrated good reliability (person separation reliability = 0.94, item separation reliability = 0.98) and internal construct validity. Moreover, the good correlation with the PEQ-MS ($r(s) = 0.77$) and with prosthetic wear and use ($r(s)$ range 0.34-0.51) supported the convergent validity of the scale. In conclusion, Rasch analysis provided the rationale for improving the measurement qualities of the LCI-5, refining its rating scale (through category diagnostics), identifying those items most useful for measuring the intended construct (as per the indexes of unidimensionality and internal construct validity) and showing that one can place high confidence in the consistency of both the person-ability and item-difficulty estimates obtained (reliability).

730**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index**Istituto di
VERUNOFranchignoni F.,
Giordano A.,
Ferriero G.,
Orlandini D.,
Amoresano A.,
Perucca L.In: *Journal of
Rehabilitation Medicine*;
2007; 39; 2: 138-144.**MEASURING MOBILITY IN PEOPLE WITH LOWER LIMB AMPUTATION: RASCH ANALYSIS OF THE MOBILITY SECTION OF THE PROSTHESIS EVALUATION QUESTIONNAIRE.**

Objective: To assess the psychometric properties of the Mobility Section of the Prosthesis Evaluation Questionnaire (PEQ-MS).

Design: A postal survey, including self-report assessment of prosthetic capability and performance with the PEQ-MS and the Locomotor Capabilities Index, and of other variables associated with prosthetic wear and use. The PEQ-MS data underwent Rasch analysis for rating scale diagnostics and a reliability and validity study.

Patients: A total of 123 subjects (mean age 54 years) who had undergone lower limb amputation in the previous 5 years and who had completed rehabilitation and a prosthetic training programme. According to Rasch analysis and expert review, some response categories of the PEQ-MS (13 items, 11-level numeric rating scale) were collapsed and one item was deleted. The remaining 12 items fitted to the Rasch model and created a revised scale with a 5-level response format, the PEQ-MS12/5. The PEQ-MS12/5 demonstrated good reliability (person-separation reliability = 0.95, item-separation reliability = 0.98) and internal construct validity. Moreover, the correlation with the Locomotor Capabilities Index ($r_s = 0.78$) and with prosthetic wear and use (r_s range 0.41-0.59) supported the convergent validity of the PEQ-MS12/5. In conclusion the new PEQ-MS12/5 presents good psychometric characteristics for measuring mobility in people with lower limb amputations. These preliminary results provide an already applicable instrument and a solid basis for further validation studies.

731**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index**Istituto di
VERUNOGallagher P.,
Horgan O.,
Franchignoni F.,
Giordano A.,
MacLachlan M.In: *American Journal
of Physical Medicine
& Rehabilitation*; 2007;
86; 3: 205-215.**BODY IMAGE IN PEOPLE WITH LOWER-LIMB AMPUTATION: A RASCH ANALYSIS OF THE AMPUTEE BODY IMAGE SCALE.**

The aim of this study was to examine the psychometric properties of the Amputee Body Image Scale (ABIS) through Rasch analysis, investigating the quality of its rating categories and its reliability and validity. The ABIS (20 items; ratings of 1-5) and Trinity Amputation Prosthesis Experience Scales (TAPES) were administered by post and completed by 145 people with a lower-limb amputation and currently wearing a prosthesis. According to Rasch analysis and expert review, some response categories were collapsed and six items were deleted. The remaining 14 items created a revised ABIS (ABIS-R) rated with a three-level rating scale. ABIS-R fitted the unidimensional construct that the scale was intended to measure and demonstrated good reliability (Cronbach's alpha and person separation reliability = 0.87), targeting, and internal construct validity. Moreover, the correlations with the nine TAPES subscales (in particular, $r = -0.54$ with the general adjustment, $r = -0.43$ with the social activity restriction, and $r = -0.40$ with social adjustment) supported the convergent validity of ABIS-R. In conclusion the 14-item ABIS-R demonstrates good psychometric characteristics for measuring body image disturbances in people with lower-limb amputation. These preliminary results suggest the general adequacy of the new instrument and provide a good foundation on which further validation and psychometric studies of the ABIS-R can be conducted.

732**Rivista recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index**Istituto di
VERUNOTesiò L.,
Franchignoni F.In: *Journal of Rehabilitation
Medicine*; 2007; 39;
8: 662-663.**DON'T TOUCH THE PHYSICAL IN "PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE".**

Does "physical and rehabilitation medicine" (PRM) still require the adjective physical? This word irritates many physiatrists, as it seems to recall a naïve enthusiasm for the most varied and sometimes fanciful forms of treatment based on physical agents (electricity, traction, heat, etc.) in the early days of the discipline. A wider concept of physical medicine as a specialty focused on health-related interactions between the person and the world followed the growth of the so-called biopsychosocial model of medicine. The "physical medicine and rehabilitation medicine" definition has two advantages. First, it defines one specialty and not any specialty related to biomedicine or social interaction when applied to disabled persons. Secondly, it remains bound to terms with an established tradition. Calling for "pure" rehabilitation as the wide domain of any intervention directly or indirectly promoting social integration would risk blurring the boundaries between medical and non-medical competences and responsibilities. We conclude, therefore, that the double denomination of our specialty "physical and rehabilitation medicine" is the best one to embrace both its conceptual structure and its deep and wide content, spanning biology to behavioural sciences.

733**Comunicazione scientifica recensita su Index Medicus e/o Science Citation Index**Istituto di
PAVIA

Saade A.

In: *Giornale Italiano
di Medicina del Lavoro
ed Ergonomia*; 2007;
1; 29: 52-55.**ESEMPI APPLICATIVI DI TERAPIA OCCUPAZIONALE.**

La Terapia Occupazionale (TO) è una disciplina riabilitativa che ha come principale obiettivo il raggiungimento della massima autonomia possibile e la più completa integrazione sociale, familiare e lavorativa della persona disabile (riabilitazione nelle mielolesioni).

Durante la degenza riabilitativa post-acuta, nella disabilità motoria conseguente a lesione midollare od a cerebrolesione, la TO propone una serie di interventi che mirano alla progressiva acquisizione del massimo livello di autonomia, intesa come indipendenza, compatibile con le capacità motorie residue della persona disabile.

Il lavoro illustra il programma rieducativo specifico di terapia occupazionale per i pazienti con grave disabilità motoria ed in particolare con lesione midollare. Sono stati presentati come esempio i casi di due soggetti (1 tetraplegico ed 1 paraplegico) ricoverati recentemente presso l'Istituto scientifico, nei quali il programma ergoterapico ha portato al recupero della propria autonomia, seppur mediante l'utilizzo della carrozzina.

734**Rivista non recensita**Istituto di
MONTESCANO

Bazzini G.

In: *Italian Journal of
Rehabilitation Medicine*;
2006; 20: 147-149.**ASPETTI DI BIOMECCANICA ED ERGONOMIA NEL TRATTAMENTO DELL'OSTEOPOROSI.**

Ogni progetto riabilitativo nel soggetto deve essere supportato da criteri di scientificità, se non proprio di "evidence based-medicine", dev'essere adeguato ed appropriato in "qualità e quantità" e dev'essere mirato e personalizzato. Nel soggetto con osteoporosi il soddisfacimento del primo punto ma soprattutto del secondo pongono problemi piuttosto importanti, poiché nonostante la mole di lavori sull'argomento attività fisica ed osteoporosi una parola definitiva deve ancora essere scritta.

Innanzitutto sarà utile premettere come il contenuto minerale osseo sia direttamente proporzionale alla resistenza che questo fornirà di fronte ad una forza esterna. Noi troveremo un andamento analogo se cerchiamo di correlare su un grafico l'attività motoria svolta da un soggetto e le proprietà biologiche e strutturali dei tessuti: esse sono direttamente proporzionali per tutta un'ampia gamma e quantità di attività motorie, diventando eccellenti allorché si pratica anche attività sportiva. Per quanto riguarda il rapporto attività-osteoporosi il punto critico è la difficoltà nel determinare il livello minimo di attività motoria necessaria ma sufficiente a conservare un adeguato contenuto minerale, e quindi a conservare nell'osso, ma non solo, una buona efficienza e resistenza agli stress.



► 734

Rivista non recensita

Storicamente si è tentato di conoscere il carico biomeccanico sopportato dalle varie strutture anatomiche già dagli anni '50, mediante esperimenti in cui non si trovò di meglio che inserire aghi collegati a manometri nei dischi intervertebrali durante varie attività motorie; i risultati potevano forse risultare corretti ma fortunatamente non risulta che tali ricercatori ebbero seguaci. Si dovette tuttavia arrivare fino agli anni '80 e '90 affinché si potesse disporre, con l'aiuto della bioingegneria, di tecnologie in grado di determinare risultati affidabili in modo non invasivo e cruento. Mediante sistemi stereofotogrammetrici e modellistiche computerizzate sono stati realizzati studi, anche piuttosto complessi, che hanno portato a conoscere il valore del carico biomeccanico sopportato in particolare dalle strutture articolari ed ossee durante attività motorie di vario tipo.

Applicando quindi questi studi di biomeccanica alla nostra pratica clinica riabilitativa quotidiana portiamo qualche esempio: una comune caduta a terra durante cammino a velocità normale può generare facilmente forze dell'ordine di circa 350 Kg; una forza di questa entità è sufficiente a provocare fratture in buona parte di casistiche di soggetti con osteoporosi.

Emerge quindi la necessità, peraltro già esperienza di tutti i clinici, di contribuire il più possibile, mediante terapie farmacologiche, motorie ed eventualmente fisiche, al mantenimento del miglior contenuto calcico nell'osso del soggetto, soprattutto oltre una certa decade ed in particolare nel sesso femminile.

È possibile affermare oggi che, soprattutto nei soggetti costretti a letto, resta fondamentale il carico ponderale, quindi la statica e/o il cammino (se possibile con ausili e/o assistenza), mentre molto meno utili sembrano altri metodi, quali per esempio letti basculanti, compressioni localizzate, cyclette.

Quasi tutti i lavori scientifici riportano correlazioni significative, con proporzionalità diretta, fra indicatori di attività fisica, quali la forza, la massa muscolare, il VO_2 , e la massa ossea; pertanto è verosimile che una sufficiente attività aerobica sia altrettanto utile nella prevenzione dell'osteoporosi.

Resta il quesito più importante da cui siamo partiti, ossia la quantità minima sufficiente di attività per conservare una massa ossea adeguata; allo stato attuale è possibile rispondere che:

- il cammino è utile ma solo ad alte dosi;
- fare le scale è sicuramente utile;
- il ballo può essere utile se svolto regolarmente;
- probabilmente è meno utile andare in bicicletta;
- è molto importante anche l'attività svolta con gli arti superiori, proprio in quanto arti non sottoposti al carico fisiologico costituito dalla stazione eretta.

Possiamo quindi di concludere che le risultanze attuali ci confermano che non tutto è riconducibile esclusivamente al carico meccanico, ma che anche l'esercizio aerobico, condotto con continuità ed a lungo termine, sembra garantire uno stimolo significativo per l'osso, soprattutto nei soggetti più anziani.

735

Rivista non recensitaIstituto di
VERUNO

Ferriero G.

In: *Italian Journal of
Rehabilitation Medicine*
- MR; 2006; 20; 209-213.

ERGONOMIA E MODIFICHE AMBIENTALI NEL PAZIENTE CON OSTEOPOROSI.

L'osteoporosi è una patologia che diventa gravemente invalidante in particolare quando al dolore si associano le conseguenze di una frattura ossea. Le fratture possono essere generate da sovraccarichi non tollerati dalla struttura ossea compromessa o da cadute a terra. Le linee guida per la diagnosi, prevenzione e terapia dell'osteoporosi prevedono, tra gli interventi non farmacologici, anche l'educazione del paziente sui rischi domestici di caduta. La maggior parte degli accorgimenti utili per condurre una vita migliore e più sicura si rivolgono alla casa, essendo lo spazio nel quale si trascorre la maggior parte della giornata e le cui modifiche dipendono solo da chi ci abita. Per ridurre il rischio di cadute accidentali è necessario assicurare una buona illuminazione in tutti i locali e negli spazi privati o condominiali che si trovano all'esterno. Gli interruttori devono essere posti in punti e ad altezze facilmente accessibili. L'intensità e la sede delle fonti di luce devono evitare riverberi e zone d'ombra. A terra non devono essere lasciati oggetti che potrebbero far inciampare e i tappeti dovrebbero essere aboliti. Quando per affaticabilità o paura di cadere si ha la necessità di un sostegno è utile pensare ad un ausilio. In camera da letto i consigli ergonomici prevedono una pausa di qualche secondo seduti sul bordo del letto prima di alzarsi in piedi, il rialzare il letto di qualche centimetro, l'uso di abbigliamento con cerniere o elastici e uso di mocassini o scarpe con chiusura a velcro, chiuse sul retro, con tacco in gomma e suola antisdrucciolo. In bagno è fondamentale installare sui muri dei maniglioni e, sempre per evitare cadute accidentali, per l'igiene completa del corpo è consigliabile dotare la doccia o la vasca da bagno di un tappetino antiscivolo ed eventualmente di un piccolo seggiolino in plastica.

Per facilitare l'uso del WC si può applicare un alzawater, eventualmente dotato di braccioli, utili per aiutarsi con le braccia nel passaggio alla stazione eretta. In cucina è importante la disposizione dei mobili e degli elettrodomestici, che dovrebbero essere collocati in modo da permettere di compiere pochi spostamenti e di eseguirli con sicurezza. È perciò importante che gli utensili siano facilmente raggiungibili senza arrampicarsi o sporgersi. Infine si consiglia di avere cura anche degli spazi esterni che siano tenuti puliti e adeguatamente riparati in caso di irregolarità delle scale e dei camminamenti.

736**Rivista non recensita**Istituto di
VERUNOFerriero G.,
Guglielmi V.In: *Riabilitazione Oggi*;
2007; 24; 6: 14-16.**TECNICHE DI IMAGING NELLO STUDIO DEI TESSUTI MOLLI DELLA SPALLA.**

La cura dei disturbi funzionali e dolorosi della spalla non può prescindere dalla valutazione con le immagini. La presenza o meno di versamenti articolari, bursali o peritenonici, di lesioni tenocapsulari o di eventi maggiori a carico delle ossa (fratture, tumori) è fondamentale per prendere in cura il paziente. Esistono tecniche di imaging per lo studio dei tessuti molli estremamente diverse tra loro, ciascuna con indicazioni, costi e rischi propri della tecnica stessa. Nessuna indagine è di per sé risolutiva per far diagnosi, ma la scelta della più appropriata accelera il processo terapeutico. Le linee guida internazionali suggeriscono l'iter diagnostico sulla base del sospetto clinico iniziale e delle eventuali soluzioni che si prevede di intraprendere. Il radiologo deve conoscere il sospetto clinico e se possibile l'anamnesi relativa al disturbo così da emettere il referto più mirato possibile. Le caratteristiche del disturbo, funzionale o algico, e la descrizione di come è avvenuto il trauma indirizzano l'attenzione del radiologo sulle sedi a maggiore rischio di lesione, in particolar modo in ambito traumatologico. Le tecniche di imaging più specifiche per lo studio delle lesioni dei tessuti molli sono l'ecografia, la radiografia convenzionale, la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica. La scelta dell'indagine più adeguata deve essere mirata alla malattia che si vuole evidenziare, ma deve anche rispettare la salute del malato, riducendo al minimo i rischi di eventuali danni, dovuti alla tecnica stessa. Infine, non vanno sottovalutati i costi sociali, legati alla spesa sanitaria, e i tempi d'attesa o la difficoltà a reperire nel territorio il servizio radiologico in grado di fornire l'indagine.

737**Rivista non recensita**Istituto di
VERUNOFerriero G.,
Guglielmi V.In: *Riabilitazione Oggi*;
2007; 24; 6: 22-25.**TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE PATOLOGIE DEI TESSUTI MOLLI DELLA SPALLA.**

Le patologie della spalla, insieme al mal di schiena e alla cervicgia, sono i disturbi muscolo-scheletrici più frequentemente lamentati dai pazienti, rappresentando il 20% delle problematiche ortopediche per le quali il paziente si rivolge al medico. La soluzione del disturbo (doloroso e funzionale) si ottiene con modalità conservative (farmaci, terapie fisiche, fisioterapia, esercizi di rinforzo muscolare, interventi ergonomici), ma quando non sono risolutive può essere considerato necessario l'intervento chirurgico. La maggior parte delle patologie muscolo-scheletriche della spalla, possono essere trattate, a seconda della loro gravità, sia per via artroscopica che "a cielo aperto". La via artroscopica è quella generalmente più utilizzata perché se è vero che la modalità "a cielo aperto" facilita il lavoro del chirurgo, dall'altra richiede una maggiore aggressività sui tessuti molli, determinando un maggior rischio di complicanze e allungando i tempi di recupero. Inoltre l'intervento "a cielo aperto" consente di esplorare solo quella parte dell'articolazione concessa dalla via d'accesso (campo operatorio) e non l'intera articolazione. Nell'ambito di ciascuna modalità esistono tecniche di maggior utilizzo e di maggior interesse riabilitativo come sono quelle per il trattamento del conflitto scapolo-omeroale (acromioplastica), delle lesioni della cuffia dei rotatori, delle lesioni del complesso cernice-tendine del capo lungo del bicipite ("SLAP lesion") e dell'instabilità gleno-omeroale (interventi di Bankart, Neer e Latarjet). Sapere come ha agito il chirurgo è fondamentale, perché consente al riabilitatore di ridurre i rischi di un'impropria rieducazione e di conoscere quali risorse ha ancora il paziente per muovere la spalla.

738**Rivista non recensita**Istituto di
VERUNOPain D.,
Miglioretti M.,
Angelino E.In: *Giornale Italiano
di Psicologia della Salute*;
2007.**SVILUPPO DELLA VERSIONE ITALIANA DEL BRIEF-IPQ (ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE, SHORT VERSION), STRUMENTO PSICOMETRICO PER LO STUDIO DELLE RAPPRESENTAZIONI DI MALATTIA. DEVELOPMENT OF ITALIAN VERSION OF BRIEF IPQ (ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE, SHORT VERSION), A METHOD FOR ASSESSING THE ILLNESS REPRESENTATIONS.**

The Leventhal's Common Sense Model of Illness Representation suggests that facing symptoms everyone develops a cognitive and emotional representation that determines his coping strategies. The dimensions of the Illness Perception identified by Leventhal have been measured with qualitative methods and also with self-report questionnaires as the Illness Perception Questionnaire (IPQ) and the Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R), and the recently Brief-IPQ. This study aims to develop the Italian version of the Brief-IPQ, a 9 items scale for rapid evaluation of cognitive and emotional illness perceptions. 500 patients, affected by chronic illnesses, have been recruited in different hospitals and medical centres in Piemonte. The illness perception have been assessed by Brief-IPQ, IPQ-R; quality of life by SF-36; Anxiety and depression by HADS. The results showed significant correlations between Brief-IPQ items and IPQ-R subscales. The discriminant validity of the Brief-IPQ was supported by its ability to distinguish between different illnesses. The Brief-IPQ a rapid questionnaire, that could be particularly helpful in the studies of Illness Perception.

739**Rivista non recensita**Istituto di
VERUNOSartorio F.,
Borgatta V.,
Gaeta C.In: *Riabilitazione Oggi*;
2007; 14; 6: 26-44.**PRINCIPI RAZIONALI PER IL RECUPERO FUNZIONALE DELLA SPALLA.**

In questo articolo vengono presi in considerazione gli aspetti riabilitativi conseguenti a traumatismi distorsivi acuti anteriori e di patologie muscolo-tendinee croniche della spalla.

Prima di impostare un programma terapeutico mirato, è indispensabile sottoporre il paziente ad un'attenta valutazione chinesiológica e funzionale, senza però trascurare quelle che sono le indicazioni del medico specialista. Partendo dall'osservazione delle attività spontanee (presenza di compensi, atteggiamenti posturali scorretti) e dalla palpazione (necessaria per individuare eventuali punti trigger miofasciali e stabilire lo stato della cicatrice), la valutazione procede con il test articolare, quello muscolare, l'esecuzione delle manovre semeiologiche specifiche, la quantificazione del dolore e la somministrazione di questionari o scale funzionali. Il successo del trattamento fisioterapico, sia esso conservativo o post-chirurgico, non deve limitarsi alla risoluzione dei sintomi, ma va indirizzato soprattutto al ripristino della normale artrocinematica del cingolo scapolare. Per arrivare al raggiungimento dell'obiettivo finale, occorre lavorare per step intermedi, attuando strategie d'intervento integrate fra loro al fine di minimizzare il dolore e lo stato infiammatorio nella fase acuta, garantire la stabilità dinamica prossimale, recuperare l'articolazione e la chinesiologia gleno-omeroale, migliorare la flessibilità dei tessuti molli e, infine ripristinare l'attività gestospecifica e cardio-vascolare per quei soggetti che praticano attività sportiva.

740**Rivista non recensita**Istituto di
VERUNO

Vercelli S.

In: *Riabilitazione Oggi*;
2007; 24; 6: 17-21.**SCALE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE PER LA SPALLA: REVISIONE DELLA LETTERATURA.**

Le scale di valutazione e i questionari usati per determinare lo stato funzionale del paziente e monitorarne i cambiamenti nel tempo costituiscono la base scientifica per la documentazione e la comparazione dei trattamenti riabilitativi. Per quanto concerne la spalla non esiste uno strumento migliore di altri che possa assurgere a "gold standard" di riferimento: la presenza di numerose alternative rende più difficoltosa la selezione. La scelta va fatta considerando sia criteri metodologici che pratici. Le misure di outcome per i disturbi muscoloscheletrici della spalla possono essere suddivise in due categorie: a) specifiche per una determinata articolazione o patologia; b) applicabili all'intero arto superiore, a prescindere dalla patologia (chiamate anche "misure regionali"). Quelle appartenenti al primo gruppo posseggono una maggiore capacità di individuare i cambiamenti del quadro clinico specifico, mentre le altre quantificano l'impatto che il disturbo può avere in termini più globali (ad esempio sulle attività di vita quotidiana). Oltre ad aver superato la verifica delle proprietà psicometriche, in ambito chirurgico le più citate nella letteratura sono: la Scala di Constant, quella dell'ASES e quella di Rowe. In alternativa il grado di disabilità dell'intero arto superiore può essere misurato con uno strumento regionale come il questionario DASH, prima scelta anche nei disturbi di natura muscolo-scheletrica che non richiedono un intervento chirurgico (tendiniti e tendinosi, borsiti, mialgie, stati dolorosi cronici).

741**Rivista non recensita**Istituto di
VERUNOVercelli S.,
Paracchini M.In: *Riabilitazione Oggi*;
2007; 24; 6: 8-13.**ANATOMIA FUNZIONALE DELLA SPALLA.**

La spalla è l'articolazione con la più ampia possibilità di movimento. L'orientamento del braccio nello spazio può assumere combinazioni estremamente variabili, difficili da definire in maniera precisa, che possono dare origine a movimenti rapidi e potenti come a posizioni statiche necessarie per la motricità fine della mano. La complessa struttura anatomo-fisiologica serve a garantire il giusto compromesso tra gestualità armoniche, coordinate e precise conservando la necessaria stabilità. Nel suo insieme il cingolo scapolare è formato da 17 muscoli e 5 articolazioni, tre delle quali "vere" (gleno-omeroale, sterno-claveare e acromio-claveare) e due (sottodeltoidea e scapolo-toracica) costituite da semplici piani di scivolamento fra tessuti molli. Cailliet include altri due meccanismi articolari: le costo-sternali e le costo-vertebrali, che insieme alla sterno-claveare e all'acromio-clavicolare collegano il cingolo superiore al rachide.

Separare l'intervento di ogni singola articolazione durante le gestualità è pressoché impossibile, dal momento che non esiste un'organizzazione cinematica fissa e predeterminata per i movimenti e neppure gruppi isolati di muscoli che compiono specifiche prestazioni. L'integrazione e il sincronismo muscolare variano a seconda delle posizioni articolari e dei compiti richiesti e l'alterazione dei meccanismi stabilizzatori o degli effettori di movimento può ripercuotersi negativamente su tutto il complesso della spalla. Nel lavoro vengono analizzate le singole componenti articolari e i fattori, passivi e attivi, che concorrono al mantenimento della stabilità.

742**Libro in italiano***Istituto di
PAVIA**Springhetti I.**In: Collana "I quaderni
di Enea" Edizioni UTET;
2007; 1-55.***CASA DOLCE CASA: FIDARSI È BENE...**

Publicazione di studio per operatori sanitari e sociali redatto da esperti ma concepito per essere divulgativo e di immediata utilità sia per gli operatori del settore che per i pazienti stessi, familiari, caregivers e badanti i quali possono trovare utili suggerimenti e pratiche indicazioni per prevenire e/o affrontare a domicilio piccoli e grandi incidenti domestici (con particolare riferimento a cadute, intossicazioni, ustioni).

743**Capitolo di Libro in italiano***Istituto di
PAVIA**Saade A.**In: "La mielolesione:
conoscerla e viverla".
I Manuali della
Fondazione Maugeri;
2007; 1; 1: 45-47.***LA TERAPIA OCCUPAZIONALE.**

La nostra vita è costituita da una serie di attività e gesti banali o importanti, con gli oggetti oppure senza di essi, con o senza altre persona, talmente automatici da non poterne comprendere l'importanza se non nel momento in cui le nostre azioni vengono in qualche modo limitate, interrotte.

In ogni età la vita dell'uomo è caratterizzata da attività di cui la società definisce struttura ed attribuisce valore: il "fare" è indispensabile, è la capacità di scegliere, organizzare e svolgere in maniera soddisfacente per sé e per gli altri una serie di attività significative all'interno del proprio contesto culturale e sociale, in modo da contribuire alla vita della comunità ed essere preso in considerazione.

Pertanto gli interventi della Terapia Occupazionale saranno diversificati a seconda del livello di una lesione midollare che sia intervenuta, improvvisamente oppure gradualmente, nella vita di una persona. In generale, in caso di tetraplegia saranno privilegiati l'addestramento all'uso degli arti superiori, lo studio degli adattamenti per poter utilizzare posate e bicchieri, per scrivere, per usare il computer, per la cura della persona e per vestire e svestire almeno la parte superiore del corpo. In caso invece di paraplegia si punterà molto sul perfezionamento dell'uso della carrozzina e sul recupero della maggior autonomia possibile, in ambito familiare, sociale e lavorativo.

744**Capitolo di Libro in italiano***Istituto di
VERUNO**Franchignoni F.,
Bazzini G.**In: Trattato di Medicina
Fisica e Riabilitazione;
2007.***LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA.**

La Medicina Fisica e Riabilitativa (MFR) ha una lunga tradizione del settore della valutazione funzionale e quindi anche nello sviluppo, analisi e uso di adeguati strumenti clinici di misura ad essa correlati. La valutazione dell'outcome rappresenta il punto di partenza per permettere al clinico di: pianificare il progetto globale e il programma terapeutico, stabilendo obiettivi realistici; monitorare nel tempo i cambiamenti dei parametri più adeguati, anche al fine di verificare la validità degli approcci e delle tecniche utilizzati e formulare attendibili indirizzi prognostici; organizzare al meglio le cure (anche definendo per tempo adeguati piani per il post-dimissione) e il case management atto ad ottenere la migliore qualità di vita del paziente disabile; aumentare il numero ed il livello qualitativo degli interventi eseguiti, a parità di risorse impiegate.

745**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
MONTESCANO

Bazzini G.

In: "La riabilitazione
nel terzo millennio";
Milano, 7-6-2007;
1; 1: 32.**ASPETTI DI ERGONOMIA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE.**

Nell'ambito della terapia occupazionale possiamo altresì inserire quel settore della riabilitazione medica che rivolge la sua attenzione in particolare a tutti quegli aspetti connessi con la ripresa di un'occupazione (lavoro retribuito e non, scuola, attività ludico-sportive, guida, ecc.). I campi di interesse di questa disciplina sono pertanto molto vasti e spesso richiedono un intervento multidisciplinare. Essi spaziano dalle tecniche più specifiche di rieducazione motoria ai criteri per la quantificazione delle capacità residue, dalle metodologie per l'ottimizzazione dei tempi di recupero agli studi sulla compatibilità delle mansioni rispetto alla disabilità, dall'analisi del rischio lavorativo in ambito motorio alle proposte di criteri ergonomici di reinserimento e di prevenzione. In quanto tale, questa disciplina è strettamente connessa all'ergonomia, intesa come studio multidisciplinare del rapporto fra l'uomo ed il mondo che lo circonda (mezzi, metodi, strumenti, ambiente di lavoro e di vita). La terapia occupazionale potrà quindi soprattutto nel prossimo futuro spaziare oltre il settoriale orizzonte costituito dal tradizionale recupero dell'autonomia per studiare e proporre, a completamento e conclusione dei cosiddetti "percorsi rieducativi", criteri e limiti "di sicurezza" in molteplici attività lavorative e non (e non solo per disabili), in collaborazione con tutti gli altri settori riabilitativi e medici, in particolare con la medicina del lavoro, quella legale e quella sportiva.

746**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
MONTESCANOBazzini G.,
Panigazzi M.In: *Atti del Corso:*
"International Focus
on Stroke"; Milano,
13-14 Dicembre 2007;
*1; 1: 46.***ADL RECOVERY: INTERVENTIONS ON PATIENTS AND ENVIRONMENT.**

Fra le componenti fondamentali che costituiscono il trattamento riabilitativo del paziente emiplegico vi è la ripresa della maggior autonomia motoria possibile, che avviene nell'ambito della terapia occupazionale. Questo recupero è indirizzato non solo al recupero funzionale del tronco e dell'emilato leso ma anche, nei casi più gravi, di riallenamento dell'emilato leso, per permettere la riacquisizione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana.

Il programma ha inizio con una completa valutazione delle capacità residue e potenziali e si propone in sintesi i seguenti obiettivi di autonomia:

- spostamenti e trasferimenti;
- presa mono- e bimanuale, coordinazione oculo-motoria;
- cura di sé: alimentarsi, igiene personale, rasettarsi, vestirsi;
- rientro al domicilio: scelta di ausili, adattamento degli ambienti domestici e prevenzione delle situazioni a rischio per la sicurezza della persona.

747**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
PAVIA

Bazzini G.

In: *Giornata Salvatore*
Maugeri, Fondazione
Maugeri-IRCCS; Pavia,
*16 Novembre 2007; 1; 1.***NUOVE TEMATICHE DI RICERCA IN TERAPIA OCCUPAZIONALE.**

La Terapia Occupazionale concerne l'utilizzo terapeutico delle attività di cura di sé, di lavoro e di svago allo scopo di migliorare la propria indipendenza e prevenire ulteriori disabilità; comprende anche l'adattamento delle attività e/o dell'ambiente per raggiungere la massima indipendenza e qualità di vita. In questo senso il termine occupazionale risulta una traduzione decisamente riduttiva dell'originale occupational, infatti il campo di interesse di questo settore riabilitativo è tutto ciò che riguarda l'activity (= attività) dell'uomo, e quindi spazia dall'autonomia motoria, alle attività domiciliari, lavorative, sportive ed anche ricreative. La Terapia Occupazionale si inserisce quindi a buon diritto nello schema del recente documento dell'OMS "International Classification of Functioning, Disability and Health" nei settori dell'Attività, della Partecipazione e dei Fattori Ambientali.

Nuove tematiche di ricerca in questi settori sono costituite dallo studio dei consumi energetici durante varie attività (quotidiane, domestiche, lavorative) in soggetti con disabilità di diversa natura (non solamente neuro-motoria, ma anche dovuta a patologie cardio-respiratorie, metaboliche, ecc.). Lo scopo di questi studi è molteplice; servono per:

- ottimizzare percorsi individuali di rieducazione,



► 747

Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali

- identificare la cosiddetta finestra terapeutica, ossia trovare per ciascun soggetto i livelli minimi e massimi di "carico di lavoro" rieducativo necessario e sufficiente alla riabilitazione,
- confrontare i livelli di capacità del soggetto con le richieste del suo rientro al domicilio e/o al lavoro,
- in ogni caso svolgere sedute rieducative in totale sicurezza per il paziente.

Oltre a questi studi esistono numerosi settori di lavoro d'avanguardia in T.O., basti citare le collaborazioni con il settore della Bioingegneria, con cui si stanno sviluppando strumentazioni per il monitoraggio automatico quali-quantitativo di attività motorie, svolte negli Istituti di riabilitazione ma soprattutto al rientro al domicilio; la diffusione sempre maggiore dei concetti dell'Universal Design, volti ad una progettazione, anche di ausili, sempre più mirata al disabile; l'attenzione rivolta anche a settori di lavoro un tempo del tutto ignorati, quali il reinserimento al lavoro di soggetti disabili in ambito agricolo ed artigianale.

748

Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali

Istituto di
PAVIA

Bazzini G.,
Panigazzi M.

In: Corso: "Prendersi cura di chi cura il soggetto mieloso in ambito riabilitativo". Fondazione Salvatore Maugeri-IRCCS; Pavia, 5 Ottobre 2007; 1; 1: 12.

FATTORI DI RISCHIO E FATTORI PROTETTIVI PER IL BENESSERE DEGLI OPERATORI.

La movimentazione manuale di un carico può costituire un rischio dorso-lombare nei casi: carico troppo pesante, ingombrante e difficile da afferrare, in equilibrio instabile, deve essere tenuto ad una certa distanza dal tronco o mediante una torsione. Lo sforzo fisico può costituire un rischio tra l'altro dorso-lombare nei casi: è eccessivo, può essere effettuato soltanto con una torsione del tronco, può comportare un movimento brusco del carico, è compiuto con il corpo in posizione instabile. I fattori principali per la riduzione del rischio da movimentazione in ambiente sanitario sono: organizzativo/assistenziali (tipo di reparto, tipologia di pazienti), ambiente: spazi, arredi; ausili: carrozzine, sollevatori; organizzativo/assistenziali: personale, tecnica utilizzata.

Linee-guida per la prevenzione delle lombalgie nel personale di assistenza sono:

- Adeguatezza di spazi e arredi.
- Adeguatezza di letti di degenza.
- Presenza di ausili:
 - "giraffa" al letto,
 - cintura di sollevamento con maniglie,
 - appoggi (maniglioni) nei bagni,
 - carrozzine adeguate (braccioli e pedane estraibili),
 - eventuale barella (regolabile),
 - sollevatori idonei.
- Tecniche corrette di presa e spostamento.
- Adeguato rapporto personale/pazienti non collaboranti.

749

Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali

Istituto di
PAVIA

Buonocore M.,
Bodini A.

In: Atti del 30° Congresso Nazionale AISD; Assisi (PG), 24-26 Maggio 2007.

IL DOLORE MISTO.

In letteratura col termine di dolore misto viene identificato un dolore che presenta contemporaneamente le caratteristiche del dolore nocicettivo e neuropatico. Il concetto di dolore misto è puramente clinico e si riferisce alla presenza, nello stesso paziente, dei due suddetti tipi di dolore. In altre parole, dal punto di vista puramente patogenetico il dolore misto non esiste. Nella pratica clinica algologica il riscontro contemporaneo nello stesso paziente di due meccanismi patogenetici differenti è la norma e non l'eccezione. Si pensi alle patologie "complesse" quali, ad esempio, le sindromi dolorose regionali complesse, la nevralgia postherpetica, la Failed Back Surgery Sindrome, il dolore da cancro. Il dolore misto può essere la conseguenza di lesioni primitive del nervo che creano una infiammazione del nervo con interessamento dei nerva nervorum (nevriti propriamente dette) o di lesioni che interessano il nervo e le strutture perinervose. Il trattamento del dolore misto è, per definizione, politerapico. Nella gran parte dei pazienti con dolore misto, il dolore nocicettivo è di tipo infiammatorio mentre quello neuropatico è di tipo periferico, a genesi ectopica. Ne consegue che il trattamento farmacologico si avvale dell'associazione di un farmaco antinocicettivo (analgesici, FANS, oppiacei, a seconda dei casi) con uno antineuropatico (bloccanti i canali del sodio e/o del calcio). Al trattamento farmacologico è possibile associare terapie fisiche quali la TENS e la neurostimolazione spinale, con l'accortezza di coprire l'area di dolore con la sensazione parestesica evocata dalla stimolazione.

750**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
PAVIABuonocore M.,
Bodini A.,
Gatti A.In: *Atti del Convegno
"La Biopsia Cutanea
Neurodiagnostica";
Pavia, 18 Maggio 2007.***LA BIOPSIA DI CUTE NEL DOLORE NEUROPATICO.**

In base alla definizione ufficiale dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) col termine di dolore neuropatico si intende il dolore che consegue ad una lesione (e/o disfunzione) del sistema nervoso. Caratteristicamente esso ha una genesi ectopica: gli impulsi nervosi che segnalano al cervello il dolore non sono generati dai recettori, come avviene nel dolore fisiologico e nocicettivo, ma direttamente dalle fibre nervose.

La maggior parte delle lesioni nervose che sostengono il dolore neuropatico mostrano un coinvolgimento delle fibre afferenti dai territori cutanei innervati dalla struttura nervosa coinvolta nella lesione. Per tale motivo, in caso di lesione algogena del sistema nervoso periferico interessante il ganglio sensitivo e/o i nervi periferici, la biopsia cutanea neurodiagnostica può fornire importanti informazioni sulla patogenesi del dolore neuropatico periferico.

La correlazione tra dolore spontaneo e innervazione cutanea non è attualmente chiara, essendoci casi di pazienti che non lamentano dolore pur avendo una importante riduzione dell'innervazione cutanea. Sembra invece abbastanza chiara una correlazione inversa tra soglia del dolore evocato (sia da stimoli termici che da stimoli meccanici) e innervazione cutanea.

Una delle manifestazioni cliniche più importanti, perché molto disabilitante per il paziente, è rappresentata dall'insorgenza di allodinia meccanica dinamica (dolore evocato dallo sfioramento della cute), espressione clinica di una importante riduzione della soglia del dolore da stimoli meccanici. Nessuno studio mirante a correlare allodinia meccanica dinamica e innervazione cutanea è presente in letteratura. Qualche dato indiretto può essere evinto dalla lettura di pochi articoli, generati tutti dallo stesso gruppo di lavoro, esclusivamente per quanto riguarda la nevralgia post-herpetica. Scopo della relazione sarà quello di rivedere i pochi dati presenti in letteratura ed illustrare una casistica personale, ancora non pubblicata, riguardante studi sulla correlazione tra innervazione cutanea e allodinia meccanica dinamica insorta in quadri di dolore neuropatico quali la nevralgia post-herpetica e le neuropatie dolorose post-traumatiche. Saranno anche presentati alcuni casi riguardanti l'allodinia meccanica dinamica insorta in corso di sindrome dolorosa a patogenesi più incerta quali le sindromi dolorose regionali complesse e i dolori post-amputazione.

751**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
PAVIAImbriani M.,
Bazzini G.In: *Riunione SIMLII-
Lombardia; Pavia,
Fondazione Maugeri,
5 Maggio 2007; 1; 1: 12.***TERAPIA OCCUPAZIONALE PER IL REINSERIMENTO AL LAVORO DEL DISABILE MOTORIO.**

La T.O. concerne l'utilizzo terapeutico delle attività di cura di sé, di lavoro e di svago allo scopo di migliorare la propria indipendenza e prevenire ulteriori disabilità. Comprende l'adattamento delle attività e/o dell'ambiente per raggiungere la massima indipendenza e qualità di vita. "Occupational" non vuol dire solo "occupazionale" ma è tutto ciò che riguarda l'attività (= attività) dell'uomo, ossia l'autonomia motoria, le attività domiciliari, lavorative, sportive ed anche ricreative. Il programma degli Istituti Scientifici della Fondazione per il reinserimento lavorativo del disabile motorio comprenderà quindi: terapia occupazionale (motilità fine, coordinazione, ecc.), prescrizione ed assegnazione di ausili per l'autosufficienza, potenziamento della forza e della resistenza, allenamento aerobico (cardiorespiratorio), prescrizione ed assegnazione di ausili (informatici, ecc.), sopralluogo al domicilio ed al posto di lavoro. La valutazione delle capacità "sistemiche" comprenderà quelle: cardio-circolatorie, bronco-respiratorie, metaboliche, neuro-motorie ed artro-muscolari.

Gli scopi di questa valutazione sono:

- studiare le "capacità residue" e le "capacità sostenibili" del soggetto,
- fornire elementi utili al medico del lavoro per la verifica di idoneità,
- contribuire ad un reinserimento "mirato",
- fornire parametri utili per la prevenzione e la progettazione ergonomica.

Gli aspetti del disabile che vengono indagati sono: livello della disabilità, funzioni cognitive-verbali, sensibilità e funzioni sensoriali, abilità motorie (articolari, forza, resistenza), componenti psicologiche ed emotive, necessità di ausili, aspetti di tipo educativo-professionale, aspetti organizzativo-gestionali, possibilità di trasporto autonomo, motivazione, attitudine, costanza.

Infine i fattori che facilitano il reinserimento lavorativo del disabile sono costituiti da: capacità di utilizzo di strategie di compenso, capacità di osservare i requisiti di sicurezza, capacità di memorizzare informazioni visive, capacità di eseguire il lavoro senza sollecitazioni, capacità di autosufficienza ed autonomia, capacità di tenere comportamenti appropriati, capacità di intuire situazioni lavorative, presenza di valida e continua motivazione, continuità di sostegno da parte della famiglia.

752**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
PAVIA

Saade A.

*In: Giornata Salvatore
Maugeri, Fondazione
Maugeri-IRCCS; Pavia,
16 Novembre 2007; 1; 1.***TERAPIA OCCUPAZIONALE E RIABILITAZIONE SPECIALISTICA.**

La Terapia Occupazionale (TO) è una disciplina riabilitativa che ha come principale obiettivo il raggiungimento della massima autonomia possibile e la più completa integrazione sociale, familiare e lavorativa della persona disabile.

Durante la degenza riabilitativa post-acuta, nella disabilità motoria conseguente a lesione midollare o a cerebrolesione, la TO propone una serie di interventi che mirano alla progressiva acquisizione del massimo livello di autonomia, intesa come indipendenza, compatibile con le capacità motorie residue della persona disabile.

I principali ambiti di intervento della TO saranno quindi la riacquisizione dell'autonomia in:

- alimentazione,
- igiene,
- abbigliamento,
- trasferimenti da e per la carrozzina.

Nei casi di gravi disabilità residue la TO propone altresì l'inserimento nel programma rieducativo dell'addestramento all'utilizzo di ausili particolari (quali, per esempio: carrozzine elettroniche personalizzabili, PC con comando vocale, leggio elettronico, sistemi di guida dell'autovettura di tipo alternativo) sempre rivolti al raggiungimento della massima autonomia ed indipendenza del soggetto disabile. Infine viene effettuato un sopralluogo domiciliare per la verifica di eventuali barriere architettoniche presenti e viene stilato un documento di proposte di modifica e di adattamenti domiciliari, allo scopo di rendere effettiva l'autonomia acquisita.

753**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
PAVIA

Saade A.

*In: Corso: "Prendersi
cura di chi cura
il soggetto mieloleso
in ambito riabilitativo".
Fondazione Salvatore
Maugeri-IRCCS; Pavia,
5 Ottobre 2007; 1; 1: 14.***GLI OPERATORI DI TERAPIA OCCUPAZIONALE.**

Il terapeuta occupazionale, in riferimento alla diagnosi ed alla prescrizione del medico, nell'ambito delle proprie competenze e in collaborazione con altre figure socio-sanitarie, effettua una valutazione funzionale e psicologica della persona ed elabora, in équipe multidisciplinare, la definizione del programma riabilitativo, volto all'individuazione ed al superamento dei bisogni del disabile ed al suo avviamento verso l'autonomia personale nell'ambienti di vita quotidiana e nel tessuto sociale; tratta condizioni fisiche e psichiche, utilizzando attività sia individuali sia di gruppo e promuovendo il recupero e l'uso ottimale di funzioni finalizzate al reinserimento, all'adattamento ed all'integrazione del mieloleso nel proprio ambiente personale, domestico e sociale. Individua ed esalta gli aspetti motivazionali e le potenzialità di adattamento dell'individuo, partecipa alla scelta di eventuali ausili e propone, ove necessario, modifiche dell'ambiente di vita ed eventualmente di lavoro del mieloleso.

754**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
VERUNO

Franchignoni F.

*In: Atti de "VIII Jornadas de Medicina Fisica e de Reabilitacao";
Portogallo, 2007; 26-27.***ASSESSMENT OF BALANCE AND MOBILITY.**

In clinical settings, assessment of balance and mobility can help in determining both the individual's risk of falling and the most suitable preventive and therapeutic measures to cope with postural instability. The domain of 'balance' embraces at least three sub-domains: stability during quiet stance; postural reactions to external disturbances; and anticipatory postural adjustments to perturbations caused by self-paced movements. The main measurement approaches for balance and mobility assessment are as follows: 1) clinical tests; 2) multi-item ordinal scales; 3) static and dynamic posturography; 4) balance systems; 5) objective assessment of long-term mobility. 1) Clinical tests have been designed to: investigate maintenance of the standing position with a narrowed base of support, or with a reduced weight-bearing area; assess the capacity to perform voluntary movements potentially challenging balance; measure the time taken to complete manoeuvres including complex sequences of functional movements. 2) Multi-item ordinal scales are useful tools for exploring simple real-life performances. Two balance scales have emerged in the rehabilitation field: the Tinetti scale (TS) and the Berg Balance scale (BBS). The TS encompasses both balance and gait evaluation while the BBS evaluates only balance performances. The balance items of the TS are scored on a 0-2 point scale. The gait items are simply scored as 0-1, depending on the abnormal or normal finding. The BBS is the most widely used and validated instrument: it includes 14 items scored on a 0-4 scale, a higher score indicating a better performance. For gait and mobility, the Dynamic Gait Index recently demonstrated sound psychometric properties. Moreover, fear of falling (SAFFE, Fear of Falling Measure), balance confidence (Fall Efficacy Scale, ABC scale) and participation in real-life activities need also to be analysed for a comprehensive clinical assessment of patients with balance disorders. 3) Static posturography is based on estimation of the oscillations of the body centre of pressure in the horizontal plane, recorded during quiet stance through dynamometric platforms. Dynamic posturography analyses reactions to external perturbations, and the organization of sensory systems. 4) Balance systems offer quantitative assessment of sensory and motor control of balance and function-based training of patients with balance and mobility problems. 5) Finally, in ambulatory monitoring of long-term motor activity the signals coming from 4 uniaxial accelerometers are stored on a solid state recorder and then processed by a classification algorithm, which provides an estimate of the subject's motor free-living activity, identifying postures and a number of major movements (walking slow, fast or regular, running, cycling, climbing and descending stairs) and their duration.

755**Comunicazione scientifica pubblicata su atti congressuali**Istituto di
VERUNO

Franchignoni F.

*In: Atti de "VIII Jornadas de Medicina Fisica e de Reabilitacao";
Portogallo, 2007; 40-41.***PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF OUTCOME MEASURES IN ORTHOPAEDIC AND RHEUMATOLOGIC REHABILITATION.**

In recent years, with the growing demand for outcome data to verify quality of care, the development of effective outcome measures has become a major thrust of health research and has contributed to a better understanding of the relationship between outcomes and specific elements of health care. An outcome measure is essentially an assessment of change which judges how the patient is now as compared with previously, in order to study the effect of the health care process on the patient's health and well-being. As in other fields, outcome measures in orthopaedics and rheumatology mainly focus on: a) clinical signs and symptoms (physiological and biological); b) physical and/or cognitive functioning; c) well-being and emotional status; d) social functioning; e) satisfaction with care and other personal constructs (stigma, life satisfaction, spirituality, etc.); f) health-related quality of life. In choosing measurement instruments of physical function and health status, a common distinction is drawn between generic and specific measures: the first provide a broad picture of health status across a range of conditions, whereas the latter contain many items relevant to patient groups undergoing treatment for a specific disease or condition (disease-specific measures), or for a specific region or site of the body (region- and site-specific measures) and are therefore more likely to reflect clinically important changes. Questionnaires or related forms of assessment that patients complete by themselves (such as DASH or WOMAC) are generally easier to organise and collect than those requiring a clinical examination. Unfortunately, controversy exists as to what format most precisely defines patient results, and the use of an array of instruments (with different components and arbitrary weights derived from different individual clinical judgements) makes comparison of data very difficult. Moreover, the unidimensionality of some measures is often questionable, and studies on the reliability and validity of many instruments have seldom been conducted and only in recent years. For these reasons, outcome measures are increasingly being subjected to scrutiny by fitting their data to the Rasch analysis. This analysis provides psychometric information that is not given by classical test theory, examining among others: a) how each rating scale is being used; b) the validity of a measure by evaluating the fit of individual items to the latent trait; c) if the pattern of item difficulties is consistent with the expectations of the construct and hence provides an adequate description of the range and hierarchical relationship of the variable. In conclusion, in a time of increasing application of outcome measures in clinical practice, quality control and audit procedures, clinicians should acquire the necessary expertise for selecting psychometrically sound measures, administering them sensibly, and analyzing as best as possible the results.

