

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE

in

Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

Coordinatrice di Corso Prof.ssa Inglese Maria Matilde



Il ruolo del Terapista Occupazionale nell'équipe riabilitativa.

Linee-guida, normative, realt ligure e fabbisogno formativo.

Relatrice

Prof.ssa *Inglese Maria Matilde*

Candidata

Dott.ssa *Galletto Agnese*

Correlatrice

Dott.ssa *Pistarini Caterina*

Matricola

2411356

Anno Accademico 2023/2024

a Maddalena e Orlando
perché ogni atto della nostra vita
nasce da una scelta
e cambiare
è sempre una scelta possibile

Indice

Introduzione	pag. 1
Capitolo 1. I contesti di riferimento della Terapia Occupazionale	pag. 1
1.1. L'importanza della riabilitazione e della Terapia Occupazionale in un'ottica globale	pag. 3
<i>1.1.1. Global Burden of Disease</i>	pag. 3
<i>1.1.2. Gli indicatori di salute</i>	pag. 4
<i>1.1.3. Gli studi e i dati</i>	pag. 4
<i>1.1.4. La Risoluzione WHA 76.6 e il Package of intervention for Rehabilitation</i>	pag. 7
1.2. Il Terapista occupazionale all'interno del quadro normativo italiano	pag. 9
<i>1.2.1. Gli Ordini professionali</i>	pag. 10
<i>1.2.2. Il titolo di studio abilitante all'esercizio della professione</i>	pag. 10
<i>1.2.3. La Formazione continua</i>	pag. 12
<i>1.2.4. La responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie</i>	pag. 13
1.3. Acronimi e <i>link</i>	pag. 14
Capitolo 2. La Scienza Occupazionale	pag. 15
2.1. I pilastri concettuali	pag. 15
<i>2.1.1. Occupazione</i>	pag. 16
<i>2.1.2. Attività</i>	pag. 16
<i>2.1.3. Performance occupazionale</i>	pag. 17
<i>2.1.4. Indipendenza e Autonomia</i>	pag. 19
2.2. I <i>Frame of reference</i> (FOR) o cornici di riferimento	pag. 20
<i>2.2.1. Biomechanical FOR</i>	pag. 21
<i>2.2.2. Motor skills acquisition FOR</i>	pag. 21

2.2.3. <i>Rehabilitative FOR</i>	pag. 21
2.2.4. <i>Psychodynamic FOR</i>	pag. 22
2.2.5. <i>Cognitive-Behavioral FOR</i>	pag. 22
2.3. Le Teorie.....	pag. 23
2.3.1. <i>Theory of Occupational Adaptation</i>	pag. 23
2.3.2. <i>Infant Space Theory</i>	pag. 23
2.3.3. <i>Sensory Integration Theory</i>	pag. 24
2.3.4. <i>Theory of Occupational Reconstructions</i>	pag. 24
2.4. I Modelli	pag. 25
2.4.1. <i>I modelli concettuali (o conoscitivi)</i>	pag. 25
2.4.2. <i>I modelli di intervento</i>	pag. 26
2.5. Acronimi	pag. 27
Capitolo 3. La collocazione del Terapista occupazionale rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza	pag. 29
3.1. I Livelli Essenziali d'Assistenza.....	pag. 29
3.2. Appropriattezza d'intervento del Terapista occupazionale	pag. 31
3.2.1. <i>Assistenza protesica</i>	pag. 32
3.2.2. <i>Percorsi assistenziali integrati sanitari e sociali</i>	pag. 35
3.2.3. <i>Ricovero ospedaliero per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie</i>	pag. 36
3.2.4. <i>Specifiche categorie di assistiti</i>	pag. 36
3.3. Acronimi	pag. 40
Capitolo 4. La figura del Terapista occupazionale in relazione ai requisiti per l'accreditamento istituzionale dei servizi socio-sanitari liguri	pag. 41
4.1. L'accreditamento in Regione Liguria	pag.41
4.2. La posizione del Terapista occupazionale rispetto ai requisiti per l'accreditamento	pag. 45

4.2.1. <i>Tempi previsti</i>	pag. 45
4.2.2. <i>Specificità professionale</i>	pag. 47
4.3. Acronimi e abbreviazioni.....	pag. 48
Capitolo 5. Il fabbisogno formativo e l'offerta formativa relativamente al profilo professionale del Terapista occupazionale	pag. 50
5.1. Fabbisogno professionale e fabbisogno formativo	pag. 50
5.1.1. <i>Fabbisogno professionale su base L.E.A.</i>	pag. 51
5.1.2. <i>Fabbisogno professionale sulla base dell'Accreditamento regionale</i>	pag. 54
5.2. Fabbisogno formativo e Corsi di Laurea	pag. 59
5.2.1. <i>Comparazione fabbisogno formativo di Terapisti occupazionali e posti disponibili per il Corso di Laurea</i>	pag. 59
5.3. Le risorse professionali presenti sul territorio ligure	pag. 63
5.3.1. <i>Ateneo di formazione dei Terapisti occupazionali liguri</i>	pag. 63
5.3.2. <i>Provenienza geografica dei Terapisti occupazionali liguri</i>	pag. 64
5.4. Acronimi	pag.65
Conclusioni	pag. 70
Bibliografia	pag. 71

Introduzione

Questo lavoro nasce da un'istanza personale maturata in quindici anni di militanza attiva tra Associazione Italiana Terapisti Occupazionali (AITO) e Commissione d'Albo dei Terapisti Occupazionali (CdA TOcc) presso l'Ordine TSRM-PSTRP di Genova, Imperia e Savona. In questi anni mi sono resa conto – ma potrei anche dire “ci siamo resi conto” – che in Liguria la figura professionale del Terapista occupazionale è poco conosciuta, spesso mistificata, utilizzata poco e male. A fronte di un'identità professionale ben definita e di un bagaglio culturale e scientifico corposo a sostegno della pratica professionale, ancora in questa Regione ci sono pratiche e atteggiamenti ostili all'affermazione della figura professionale.

Chi osserva l'operato del Terapista occupazionale in modo superficiale può essere portato a non distinguere la sua specificità rispetto a quella di altri professionisti della salute: può essere talvolta l'Educatore, a volte il Fisioterapista, altre lo Psicologo. Talvolta, addirittura, si pone l'operato del Terapista occupazionale alla stregua di quello dell'Animatore.

Quando questo accade? Quando si osserva, in modo ottuso, l'istantanea di un trattamento o di un'attività proposta per perseguire il fine riabilitativo. La specificità dell'approccio occupazionale non è negli obiettivi riabilitativi: essi dovrebbero essere, per tutte le figure coinvolte nella riabilitazione, l'autonomia dell'Assistito e la prevenzione terziaria. La specificità dell'approccio occupazionale è nel processo del trattamento: nella capacità di leggere gli elementi che concorrono a determinare la *performance* occupazionale; nella scelta e modulazione delle attività riabilitative; nell'integrazione dinamica di elementi di contesto, elementi strumentali e risorse dell'Assistito.

Esistono ancora oggi retaggi culturali radicati dovuti ad un'approssimativa interpretazione delle norme. Ci sono comportamenti, da parte degli stessi Enti di formazione, che tendono a creare ambiguità piuttosto che a risolverle; questo specialmente per quanto riguarda il rapporto tra le figure professionali del Fisioterapista e del Terapista occupazionale.

Se è vero che il Decreto Ministeriale n. 741 del 1994¹ stabiliva che il Fisioterapista, dopo opportuna formazione complementare a quella di base, potesse svolgere attività di

Psicomotricità e Terapia Occupazionale, è altresì vero che, in base alle regole di raccordo/coordinamento delle fonti normative, il Decreto n. 136 del 1997² abroga ed integra il precedente in tema di titoli abilitanti e attività caratterizzanti il profilo professionale del Terapista Occupazionale.

Ciononostante, l'insegnamento 68200 della programmazione didattica del Corso di Laurea in "*Fisioterapia*"³ e l'insegnamento 68502 della programmazione didattica del Corso di Laurea Magistrale in "*Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*"⁴ mostrano ancora chiari segni di ambiguità formativa.

Oltre a ciò, la stessa Regione Liguria patrocinava nel 2022, tramite l'Agenzia regionale per il lavoro la formazione e l'accreditamento (Alfa), un Corso Professionalizzante in "Specialista in Terapia Ricreativa"⁵, organizzato dall'Ente CNOS FAP con i fondi sociali Europei 2014-2020. Il professionista che si intendeva formare si sovrapponeva ai profili professionali del Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, del Terapista occupazionale e dell'Educatore professionale, risultando in un operatore che avrebbe potuto, alla fin dei conti, operare degli interventi riabilitativi con una formazione inadeguata.

A questo si aggiunga il ricorrente senso di frustrazione che abbiamo sperimentato quando privati Cittadini o Strutture sanitarie contattavano AITO o la CdA TOcc allo scopo di trovare risorse professionali sul territorio e non avevamo contatti da offrire.

Questo lavoro quindi si pone tre obiettivi: valorizzare la dignità della Terapia Occupazionale in quanto disciplina a sé stante, attraverso l'esplorazione del suo impianto teorico e le raccomandazioni al suo utilizzo; offrire un'istantanea dell'attuale situazione sul territorio ligure; dimostrare la necessità di attivare un Corso di Laurea in Terapia Occupazionale sul territorio ligure.

Capitolo 1. I contesti di riferimento della Terapia Occupazionale

Trattando dell'importanza di una professione sanitaria che “opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti [...]” (Ministero della Sanità, 1997) dobbiamo necessariamente confrontarci con i dati relativi alle cause e agli effetti della disabilità, collocandoci in un quadro sia locale sia globale.

1.1. L'importanza della riabilitazione e della Terapia Occupazionale in un'ottica globale

1.1.1. *Global Burden of Disease*

I *Global Burden of Disease studies* sono le analisi sulla salute mondiale condotte dal *Global Health Observatory* (GHO) della *World Health Organization* (WHO) in collaborazione con il *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME). Questi studi riassumono, attraverso statistiche ed indicatori, il peso di mortalità e morbilità sulla durata e qualità della vita delle persone, sia su scala mondiale sia nello specifico delle diverse compartimentazione geografiche. Con la dicitura *Burden of Disease* (BOD) si intende l'impatto di una patologia in termini di mortalità e disabilità. L'espressione *Global Burden of Disease* (GBD) costituisce invece la stima della perdita di salute a livello mondiale, nell'arco di un determinato periodo.

La WHO iniziò a condurre questi studi nel 1992, allo scopo di fornire ai sistemi sanitari e alle istituzioni di governo i dati per programmare azioni appropriate al fine di soddisfare il bisogno di salute delle popolazioni di riferimento.

Per organizzare la raccolta e l'analisi dei dati, la WHO suddivise le cause di malattia e morte in tre categorie:

- malattie trasmissibili, legate alla maternità, perinatali e dovute alla nutrizione (*communicable, maternal, perinatal and nutritional conditions*);
- malattie non trasmissibili (*noncommunicable diseases*);

- traumi (*injuries*).

1.1.2. Gli indicatori di salute

Qui di seguito si propone uno specchietto degli indicatori sviluppati per misurare e condividere i dati sulla salute delle popolazioni. Il *Global Burden of Disease* si esprime in DALYs.

Life expectancy: aspettativa di vita, espressa in anni, calcolata in base a parametri geografici e di genere alla nascita. Gli anni di vita attesa possono essere calcolati con riferimento al momento della nascita - “*at birth*” - oppure con riferimento ad una specifica età - “*at age*” - che usualmente è quella dei 60 anni.

Healthy Life Expectancy (HALE), anche noto come Indicatore di Sullivan: esprime l’aspettativa di anni di vita in salute o senza disabilità. Come l’aspettativa di vita, anche questo indicatore può avere come ‘punto zero’ la nascita oppure un’altra età.

Years of Life Lost from mortality (YLLs): anni di vita persi rispetto alla mortalità attesa in una determinata area geografica, in base ai parametri di genere alla nascita ed età.

Years of Life lived with Disability (YLDs) = anni di vita vissuti in condizione di disabilità o di salute non ottimale.

Disability Adjusted Life Years (DALYs) = si ottiene dalla somma degli anni di vita persi per mortalità prematura e gli anni vissuti in condizione di non piena salute.

$$DALYs = YLLs + YLDs$$

1.1.3. Gli studi e i dati

Nel Dicembre del 2020 uscirono i dati sullo studio condotto attraverso due decenni, 2000-2019 estremi inclusi, sulle principali cause di morte e disabilità nel mondo, globalmente e per macro-zone suddivise geograficamente oppure in base al reddito medio della popolazione di riferimento.

Nello stesso periodo, The Lancet pubblicò lo studio *Global estimates of the need for rehabilitation (...)*⁶ in cui si evidenziava, analizzando i dati del *Global Burden 2019*, come circa un terzo della popolazione mondiale [2,41 miliardi di persone (I.C._{95%} 2,34-2,50mld) su un totale di 7,74 miliardi] avesse sperimentato in quell’anno uno stato di disabilità, temporaneo o permanente, il quale avrebbe beneficiato della riabilitazione. Lo stato di disabilità di tutte queste persone avrebbe concorso ad un ammontare di 310 milioni di YLDs (I.C._{95%} 235-392mln).

Come scrivono gli autori stessi nello studio, alla sezione delle conclusioni: *“In base alla nostra conoscenza, questo è il primo studio a produrre una stima globale del bisogno di servizi di riabilitazione e mostra che almeno un individuo su tre nel mondo necessita di riabilitazione ad un certo momento nel decorso di una malattia o di un infortunio. Questo dato contrasta con la visione comune della riabilitazione come un servizio richiesto solo da una piccola parte della popolazione. Sosteniamo che la riabilitazione debba essere portata a livello delle comunità come parte integrante dell'assistenza sanitaria primaria per raggiungere più persone in stato di bisogno”*.

Attraverso il portale internet del GHO (WHO, 2024)⁷ è possibile accedere alla sezione *“Global Health Hestimates: Life expectancy and leading causes of death and disability”* ed ottenere, selezionando gli opportuni filtra attraverso un menu a tendina, i dati del costo delle condizioni di salute.

Selezionando i dati dell'Italia e ordinandoli dalla patologia che causa maggior perdita di vita e salute a quella che incide meno sul costo complessivo, si ottiene la classifica rappresentata nel *Grafico 1.1* –.

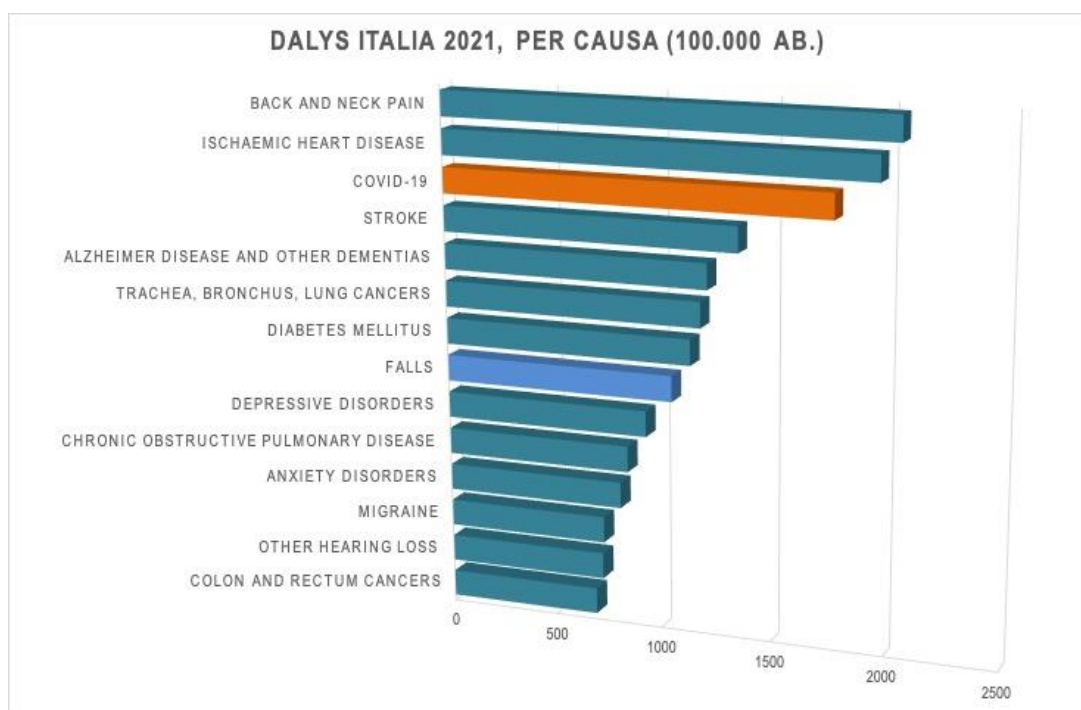


Grafico.1 1 - Top 14 causes of DALYs in Italy, total aged, both sex, 2021. Global Health Observatory, WHO. 2024.

Sempre attraverso il portale internet del GHO (WHO, 2024)^{8 9}, è possibile accedere ad ulteriori indicatori. Risulta interessante confrontare l'aspettativa di vita alla nascita, espressa in anni, con l'aspettativa di anni in salute alla nascita, sempre espressa in anni.

Per quanto riguarda l'aspettativa di vita alla nascita, riportiamo i seguenti dati:

- 71,4 [I.C._{95%} 70,8-72,0] anni in media a livello globale;
- 76,3 [I.C._{95%} 76,2-76,5] anni in media in Europa (con un intervallo di valori tra 69,12 anni nel Turkmenistan e 83,33 in Svizzera);
- 82,20 [I.C._{95%} 82,2-82,3] anni in Italia.

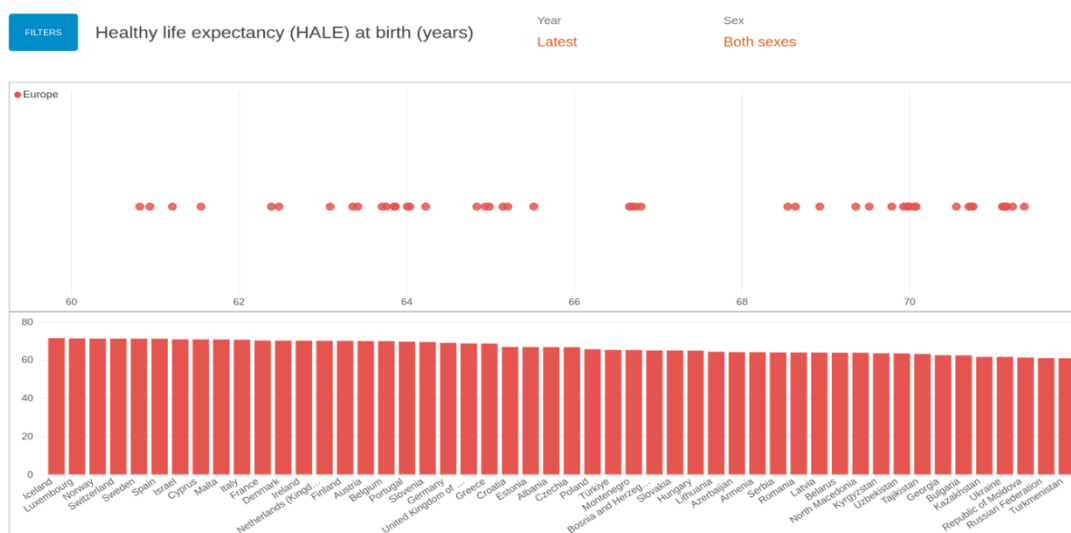


Grafico.1 2 - . Life expectancy at birth (years), both sex, 2021. Global Health Observatory, WHO. 2024.

Riguardo invece all'aspettativa di anni di vita in salute (HALE) alla nascita, i dati sono i seguenti:

- 61,9 [I.C._{95%} 61,0-62,7] anni in media a livello globale;
- 66,0 [I.C._{95%} 65,3-66,8] in Europa (con una forbice di valori compreso tra 61 anni nel Turkmenistan e 71 anni in Islanda);
- 70,6 [I.C._{95%} 69,8-71,4] anni in Italia.



Figure 1. HALE at birth (years), both sex, Europe, 2021. Global Health Observatory, WHO. 2024

Questo significa che esiste un consistente intervallo di vita in cui l'individuo vive ma non è in salute. In questo periodo di tempo l'individuo sperimenta una condizione di limitazione nello svolgimento delle proprie attività di vita quotidiana e nella partecipazione alle situazioni di vita. Questo determina un impoverimento umano ed economico consistente che ricade soprattutto sull'individuo e il suo gruppo familiare ma incide anche, direttamente e indirettamente, sulla comunità di riferimento.

1.1.4. La Risoluzione WHA 76.6 e il Package of intervention for Rehabilitation

I dati emersi attraverso i *Global Burden of Disease studies* e il sopraccitato studio *Global estimates of the need for rehabilitation (...)* hanno evidenziato un bisogno insoddisfatto di riabilitazione su scala mondiale. Per questo motivo, la settantaseiesima *World Health Assembly* (WHA), tenutasi il 30 Maggio del 2023, approvò la Risoluzione 76.6 *Strengthening rehabilitation in health systems*¹⁰. Questa Risoluzione, tenendo conto della lacuna tra il bisogno rilevato di servizi riabilitativi e la loro reale disponibilità (sia in termini di quantità, sia di qualità e di equità) individua nove azioni urgenti da parte degli Stati membri della WHO, tra cui citiamo qui alcuni punti ritenuti significativi per la realtà nazionale:

- estendere l'intervento riabilitativo a tutti i livelli di salute, dal primario al terziario;
- assicurare disponibilità e accessibilità di servizi di riabilitazione che siano caratterizzati dalla qualità e dalla tempestività;

- integrare la riabilitazione nella formazione iniziale di tutti i professionisti della salute, in modo tale che i bisogni riabilitativi possano essere riconosciuti ad ogni livello di cura¹;
- sviluppare forti competenze multidisciplinari nel campo della riabilitazione.

La World Health Organization prosegue il lavoro pubblicando nel luglio del 2023 il *Package of intervention for rehabilitation*¹¹. Questo documento delinea gli interventi più essenziali per la riabilitazione per venti condizioni sanitarie. Per ciascuno degli interventi, sono disponibili informazioni relativamente a:

- prodotti di assistenza;
- attrezzature e materiali di consumo necessari;
- personale qualificato per fornire gli interventi riabilitativi.

Il *Package of intervention for rehabilitation*, così strutturato, rappresenta una risorsa indispensabile per i Paesi nella pianificazione e nella definizione dei *budget* per l'integrazione dei servizi di riabilitazione nei loro sistemi sanitari. Questo documento è suddiviso in moduli; il Modulo 1 fornisce informazioni base sulla riabilitazione, gli ambiti e le modalità di applicazione del Package. Gli altri moduli sono suddivisi a seconda delle condizioni di salute cui si rivolgono:

- Modulo 2: Condizioni muscolo-scheletriche
- Modulo 3: Condizioni neurologiche
- Modulo 4: Condizioni cardio-polmonari
- Modulo 5: Disordini del neurosviluppo
- Modulo 6: Condizioni sensoriali
- Modulo 7: Neoplasia maligna
- Modulo 8: Salute mentale

¹ “[...] *at all levels of care*” è l'espressione esatta che troviamo al capo n.5 del punto n.1 della Risoluzione WHA 76.6, la quale sarebbe da tradurre più accuratamente in “[...] *ad ogni livello del prendersi cura*”, espressione che risulta un po' ostica nella scrittura a cui si è preferito quella nel testo.

Nel *Package of intervention*, il Terapista occupazionale è identificato tra gli specialisti della riabilitazione qualificati per somministrare interventi riabilitativi nelle *équipe* che trattano le seguenti condizioni patologiche:

- Lombalgia
- Osteoartrite
- Artrite reumatoide
- Sarcopenia
- Fratture
- Amputazioni
- Ictus
- Morbo di Parkinson
- Cerebrolesione traumatica
- Lesione del midollo spinale
- Paralisi cerebrale
- Demenza
- Infarto cardiaco
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Disordini dello spettro autistico
- Disturbi dello sviluppo intellettivo
- Cecità e ipovisione
- Disturbi dell'udito
- Neoplasie maligne
- Schizofrenia

In sintesi, in questo documento, la *World Health Organization* riassume anni di lavoro sull'importanza primaria della riabilitazione nel garantire salute alla popolazione e risalta il ruolo del Terapista occupazionale come elemento necessario nelle *équipe* riabilitative che indirizzano il proprio sforzo a soddisfare i bisogni di salute di numerose e diffuse patologie.

1.2. Il Terapista occupazionale all'interno del quadro normativo italiano.

La pratica della professione sanitaria di Terapista occupazionale è subordinata al possesso e mantenimento di alcune condizioni prerequisite:

- l'iscrizione annuale all'Ordine territoriale di competenza;
- la copertura assicurativa per Responsabilità Civile Professionale.

1.2.1. Gli Ordini professionali

Lo Stato italiano riconosce attualmente trenta professioni sanitarie; il requisito obbligatorio per poter praticare una professione sanitaria all'interno del territorio italiano è l'iscrizione all'Ordine professionale di competenza.

La Legge 11 gennaio 2018, n. 3, anche nota come *Decreto Lorenzin*¹², sancì la costituzione degli Ordini di tutte le professioni sanitarie riconosciute dalla legislazione italiana. Tutte le professioni precedentemente non ordinate, ovvero le professioni tecniche, della prevenzione e della riabilitazione, afferirono all'interno dell'Ordine TSRM-PSTRP. L'acronimo, costituito da due frammenti collegati ma differenziati, riconosce ai Tecnici Sanitari di Radiologia Medica la cornice organizzativa e normativa preesistente sotto cui si sono riunite tutte le Professioni Sanitarie Tecniche, Riabilitative e della Prevenzione. Si trattava di diciannove professioni, alle quali si univa la lista 'ad esaurimento' dei Massofisioterapisti.

Gli Ordini costituiscono un'organizzazione a carattere territoriale; il loro territorio d'azione corrisponde per lo più a quello delle Province, fatte salve alcune eccezioni legate alla esiguità dei professionisti sul territorio o ad altre particolarità. Gli Ordini e le relative Federazioni nazionali *“sono enti pubblici non economici e agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale”* (L. 3/2018, Capo II, art.4). In estrema sintesi, il loro ruolo principale è quello di avvicinare lo Stato al territorio, promuovendo la salute del cittadino attraverso una capillare difesa della regolarità nell'esercizio delle professioni sanitarie.

Successivamente, con il Decreto Ministeriale 8 Settembre 2022 - n. 183, vennero istituiti gli Ordini della professione sanitaria di Fisioterapista e la relativa Federazione Nazionale (FNOFI)¹³. Con questo ulteriore passaggio, i fisioterapisti acquisirono una propria univoca identità ordinistica.

1.2.2. Il titolo di studio abilitante all'esercizio della professione

L'obbligo di iscrizione all'Ordine sottintende altre condizioni necessarie: il possesso del titolo di studio abilitante alla pratica della professione e una posizione regolare rispetto alla normativa concernente la Formazione Continua. Il titolo di studio abilitante è chiaramente definito nei Profili Professionali sanciti dai Decreti del Ministero della salute nel decennio 1990/2000.

Qui di seguito elenchiamo, in ordine temporale, i decreti che definiscono i profili delle professioni sanitarie della riabilitazione:

- Podologo: Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 666¹⁴
- Fisioterapista: Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n.741
- Logopedista: Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 742¹⁵
- Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva: Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n. 56¹⁶
- Terapista occupazionale: Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n. 137
- Educatore professionale: Decreto Ministeriale 8 ottobre 1998, n. 520¹⁷
- Tecnico di riabilitazione psichiatrica: Decreto Ministeriale 29 marzo 2001, n. 182¹⁸

Per quanto riguarda nello specifico il profilo professionale del Terapista occupazionale, nel decreto si fa inequivocabilmente riferimento al diploma abilitante alla professione; titolo che divenne poi Laurea di primo livello con il Decreto Ministeriale del 3 novembre 1999, n. 509¹⁹.

Le lauree abilitanti alla pratica delle professioni sanitarie afferiscono tutte alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, suddivise e raggruppate nelle classi di Laurea qui di seguito elencate:

- L/SNT1: Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica;
- L/SNT2: Professioni sanitarie della riabilitazione;
- L/SNT3: Professioni sanitarie tecniche;
- L/SNT4: Professioni sanitarie della prevenzione.

La Laurea di primo livello è abilitante alla professione; ad essa seguono altri gradi di formazione:

- il Corso di Perfezionamento;
- il Master di I livello;
- la Laurea Magistrale;

- il Master di II livello, il Dottorato di Ricerca e la Scuola di Specializzazione, accessibili solo dopo aver conseguito la Laurea Magistrale.

1.2.3. La Formazione continua

Relativamente invece alla Formazione Continua per le professioni sanitarie non mediche, l'obbligatorietà di questo processo venne istituita con il Decreto legislativo del 19 giugno 1999²⁰, n. 229, Art. da *16-bis* a *16-quater*. La formazione continua include l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. Il primo si riferisce all'azione del professionista volta a mantenere aggiornate le conoscenze necessarie allo svolgimento della professione; la seconda invece è l'azione di miglioramento delle competenze cliniche, tecniche, manageriali nonché il contributo ai processi di ricerca e formazione.

I modi, i tempi e la quantificazione dell'aggiornamento professionale minimo per mantenere il diritto allo svolgimento della professione sono stabiliti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC). Questa, a rinnovo quinquennale, è formata attualmente da trenta membri:

- il Presidente, ruolo sempre ricoperto dal Ministro della Salute;
- due Vicepresidenti, sempre rappresentati da: il Coordinatore della Commissione Salute e il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- sette rappresentanti del Ministero della Salute (tra cui, due nominativi proposti dal Ministero dell'Università e della Ricerca);
- otto rappresentanti della Conferenza Stato-Regioni;
- due rappresentanti della Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- un rappresentante per ciascuna delle Federazioni Nazionali dei seguenti Ordini:
 - Odontoiatri
 - Veterinari
 - Farmacisti
 - Psicologi
 - Biologi

- Chimici e Fisici;
- due rappresentanti della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche;
- un rappresentante della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica;
- quattro rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Nell'anno 2002 prese avvio il Programma Nazionale ECM, manifestazione operativa del sopracitato decreto e del precedente Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502²¹. L'obbligo formativo fa riferimento ad un intervallo di tempo triennale e viene quantificato, in termini di crediti ECM, all'inizio di ogni triennio formativo, con deliberazione della CNFC. Dall'inizio del Programma Nazionale ECM fino ad ora l'obbligo formativo è sempre stato definito in 150 crediti ECM triennali, cui è possibile sottrarre eventuali esoneri, esenzioni e riduzioni sempre regolamentati dalla CNFC.

Con la Legge finanziaria 2008²² la gestione amministrativa del Programma ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua vennero trasferiti dal Ministero della Salute all'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s.).

1.2.4. La responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Il professionista sanitario è tenuto, nell'esercizio della sua professione, a garantire interventi aggiornati rispetto alle conoscenze e pratiche inerenti il settore e anche a garantire la copertura assicurativa di eventuali danni dovuti ai rischi dell'esercizio. L'articolo 10 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, meglio conosciuta con il nome di Legge Gelli-Bianco²³, chiarisce quanto segue: il costo della copertura assicurativa è a carico del datore di lavoro laddove si tratti di prestazioni sanitarie erogate dal professionista per conto di Strutture ed Enti pubblici, privati convenzionati o privati; il costo della copertura assicurativa è invece a carico del professionista stesso laddove egli pratichi in regime di libera professione per proprio conto.

La Legge Gelli-Bianco sancì una forte correlazione tra la responsabilità civile e l'obbligo di attenersi a linee guida e buone prassi accreditate dalla comunità scientifica. Infatti, nelle note del sopracitato articolo, si evidenzia che la colpa dovuta a negligenza,

imprudenza o imperizia può essere considerata colpa lieve se il professionista esercita la pratica professionale secondo linee guida e buone prassi (fatti salvi i casi di danno ingiusto di cui all'Art. 2043 del Codice Civile). Un ulteriore rafforzamento di co-obbligazione tra questi due elementi lo troviamo nella Legge 233 del 2021, conversione del Decreto-legge recante disposizioni urgenti per l'attuazione del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)²⁴. Cita l'articolo 38-bis: “[...] a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina”.

1.3. Acronimi e *link*

G.H.O. = Global Health Observatory - <https://www.who.int/data/gho>

W.H.O. = World Health Organization - <https://www.who.int>

I.H.M.E. = Institute for Health Metrics and Evaluation - <https://www.healthdata.org>

B.O.D. = Burden of Disease

G.B.D. = Global Burden of Disease - <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>

C.N.F.C. = Commissione nazionale per la formazione continua

Age.na.s. = Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Co.Ge.A.P.S. = Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie

E.C.M. = Educazione Continua in Medicina

P.N.R.R. = Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Capitolo 2. La Scienza Occupazionale

La Terapia Occupazionale è fortemente caratterizzata dalla trasversalità. Il suo *focus* di intervento sono i comportamenti occupazionali. Essa si rivolge a tutti quegli individui che possono svolgere delle occupazioni e che hanno bisogno di recuperare o acquisire la capacità di svolgere occupazioni. Si tratta pertanto di una disciplina che indirizza il suo intervento a tutte le fasce d'età e pressoché a tutte le condizioni di salute.

La pratica del Terapista occupazionale è sostenuta da un bagaglio teoretico condiviso che guida la comprensione dei fenomeni occupazionali e l'attuazione di interventi riabilitativi adeguati. Questo sottostrato di conoscenze prerequisite prende nel suo complesso il nome di *Scienza Occupazionale*, la quale ha cominciato a svilupparsi fino dalle prime rudimentali esperienze di Terapia Occupazionale.

I contenuti della scienza occupazione sono maturati nel corso di un paio di secoli attraverso processi di accrescimento, perfezionamento, revisione ed integrazione di contributi provenienti da specifici ambiti di pratica e da diversi contesti geografici e culturali.

Possiamo suddividere questi contenuti, a scopo didattico e per facilitare l'orientamento, nelle seguenti categorie:

1. pilastri concettuali;
2. cornici concettuali di riferimento;
3. teorie;
4. modelli conoscitivi;
5. modelli d' intervento.

Dedicheremo a ciascuna categoria uno specifico paragrafo.

2.1. I pilastri concettuali

Essi sono:

- Occupazione

- Attività
- Performance occupazionale
- Indipendenza e Autonomia

2.1.1. Occupazione

AOTA, 2020: “Occupations are the activities that people do every day to give their life meaning and purpose. Occupations can be done alone or with family members and friends. Occupations can be done at home, at work or school, and in the community”.

Riportiamo questa citazione da *“Occupational therapy practice framework: Domain and process - Fourth Edition”* (comunemente noto come OTPF-4)²⁵, documento ufficiale dell’*American Association of Occupational Therapy*. L’aspetto centrale di questa definizione è il fatto che le occupazioni attribuiscono significato e scopo alla vita di chi si impegna in esse. Non si tratta pertanto di attività qualunque nel novero delle possibili attività.

2.1.2. Attività

Il concetto esposto poc’anzi viene ribadito e rafforzato dalla definizione di attività che troviamo nel medesimo documento sopracitato: *“Activities are the actions people perform on daily basis. They differ from occupations because activities do not usually hold a great deal of personal meaning for clients”*. In questa citazione si sottolineano due aspetti: il fatto che le attività siano qualcosa che appartiene alla *routine* della persona e il fatto che esse non necessariamente siano significative per il cliente in trattamento. Facciamo un esempio derivato dalla pratica clinica: due clienti che sperimentino le medesime limitazioni nelle attività di abbigliamento, a causa della disabilità residua dopo un episodio di *ictus*, possono dimostrare opposte attitudini nei confronti dell’attività “indossare le scarpe”. Nel primo caso, può succedere che il cliente viva solo e pertanto l’attività assuma una forte significatività per la persona poiché diversamente non potrebbe uscire di casa; nel secondo caso, la persona potrebbe aver sperimentato delle limitazioni in questa attività già prima dell’evento morboso e aver assunto l’abitudine di farsi mettere le scarpe da un familiare. Nel primo caso, l’attività “mettersi le scarpe” diventa un’occupazione oggetto di *training* nell’ambito dell’intervento di Terapia Occupazionale; nel secondo caso l’attività “mettersi le scarpe” non ha un significato specifico per il cliente e pertanto non diventa un obiettivo per l’intervento del Terapista occupazionale.

Le attività, per assumere valore di occupazione per l'individuo che si impegna in esse, devono possedere tre caratteristiche:

- essere finalizzate;
- essere significative;
- essere contestualizzate.

Finalizzata è un'attività che viene svolta per raggiungere uno scopo. Tradotto in pratica, ciò significa che fare il gesto di versare il caffè non equivale realmente all'attività di servire il caffè caldo nelle tazzine, versandolo dalla moka e berlo.

Un'attività significativa è tale perché ha una propria collocazione nella rete semantica dell'identità occupazionale di un individuo.

Contestualizzata, infine, è quell'attività agita nel suo naturale contesto, in termini di: spazio, tempo, relazioni. Ad esempio:

- manovrare un deambulatore negli spazi di una palestra, con ostacoli e restringimenti simulati, non è come manovrare un deambulatore per entrare in bagno e accostarsi al WC;
- vestirsi e spogliarsi è un'attività che cambia di significatività se svolta all'inizio della giornata oppure a metà pomeriggio;
- utilizzare correttamente banconote e monete in studio con il terapeuta è molto diverso rispetto a pagare una consumazione al bar e controllare il resto.

2.1.3. Performance occupazionale

“The dynamic results of the transaction between the person, environment and occupation is known as occupational performance” (Law et al.,1996)²⁶. *“Occupational performance can be measured both objectively and subjectively”* (Law et al.,1996). I pilastri centrali di questo concetto sono *“transaction”* e *“dynamic”*. La parola *“transaction”* usata in questo contesto non deve essere tradotta con l'accezione commerciale di un *“trasferimento di valori economici”* (Enciclopedia Treccani *online*, 2024) né con l'accezione giuridica di un compromesso concessivo finalizzato alla risoluzione di un conflitto (art. 1965 codice civile, 1942).

Dobbiamo fare invece riferimento all'opera del filosofo J. Dewey²⁷, il quale ha voluto evidenziare come un'entità o un fenomeno non possano essere conosciuti come oggetti a

sé stanti ma solo nell'ambito di una relazione reciproca - transazione appunto - attraverso la quale gli elementi si ridefiniscono di caratteristiche emerse solo attraverso la relazione stessa.

Applicato al contesto della scienza occupazionale, la concezione transazionale pone l'accento sul fatto che i tre elementi in relazione - persona, contesto, occupazione - definiscono il loro contributo al processo, il cui risultato è la performance occupazionale, in un modo che non è conoscibile considerandoli singolarmente. A seguire, alcuni esempi pratici.

Un domicilio senza alcun dislivello, pavimento liscio, passaggi ampi e *open spaces* può essere perfetto per una persona che si sposti in carrozzina ma, al contempo, molto limitante per un altro individuo che sia gravemente ipovedente e che sfrutterebbe spazi più definiti e superfici disomogenee per orientarsi meglio. Una madre molto premurosa può manifestare l'intenzione di evitare al figlio frustrazioni, fallimenti e fatiche sviluppando un atteggiamento sostitutivo, con l'esito quasi certo di limitare al figlio stesso le possibilità di sviluppare competenze che gli permettano di fronteggiare in futuro le situazioni della vita. In entrambi i casi l'ambiente, fisico o relazionale, è fortemente determinante rispetto alla possibilità dell'individuo di sviluppare o esprimere le proprie competenze occupazionali.

L'occupazione stessa può determinare le abilità dell'individuo. Ad esempio, un musicista che si eserciti col proprio strumento molte ore al giorno svilupperà delle competenze manipolative non comuni e differenti dalla media delle altre persone.

Infine, le caratteristiche stesse della persona influiscono sul valore dell'occupazione. Caratteristiche fisiche, psico-cognitive e anche valoriali. Invitare un collega, mussulmano praticante, ad un pranzo di lavoro durante il mese del Ramadan rende l'occupazione impraticabile per quella persona e l'invito può assumere ai suoi occhi una valenza di oltraggio, di provocazione.

Il secondo pilastro della definizione di performance occupazionale è "*dynamic*", tradotto in italiano con "dinamico" oppure "in evoluzione" (<https://www.wordreference.com/>). Dinamico è detto di quel fenomeno i cui elementi variano, manifestando l'intervento di forze²⁸. Nell'ambito del modello occupazionale, tutti e tre gli elementi all'interno della relazione transazionale sono evidentemente soggetti a mutamenti nel tempo. Ne consegue

che, come si modificano gli elementi della relazione, si modifica necessariamente anche il prodotto della loro relazione.

2.1.4. Indipendenza e Autonomia

Quando in ambito medico, e soprattutto riabilitativo, si definisce una persona indipendente, si fa riferimento alla sua non-necessità di aiuto per svolgere le attività in cui si impegna. Indipendenza è un termine del secolo XVI, derivato di dipendenza; il prefisso “-in” attribuisce il valore di mancanza, privazione. Dipendenza, a sua volta, è un derivato di dipendere, formato da “de-“ e “pendēre” (letteralmente, pendere da). La dipendenza è quindi la condizione di colui che pende da un ancoraggio esterno per non cadere; l’ancoraggio ovviamente può essere concreto o metaforico, rappresentato da una persona oppure da un oggetto, da un farmaco.

L’autonomia, invece, è qualcosa di differente. “*L’autonomia è la capacità di un individuo di autodeterminazione o autogoverno*” (Dryden, 2024)²⁹. Nella teoria dell’autodeterminazione o *Self-Determination Theory* (SDT) (Ryan & Deci, 1985)³⁰ autonomia significa che l’individuo dispone di libero arbitrio e che può sostenere le proprie azioni e i propri valori. L’indipendenza significa invece che l’individuo non ha bisogno di aiuto oppure che non accetta aiuto, risorse o cure dagli altri. L’autonomia non presuppone indipendenza: una persona può essere assolutamente autonoma e dipendente dagli altri per aiuto e supporto. Essa può agire in base alle sue convinzioni, con libero arbitrio, e comunque scambiare supporto e cure.

Di seguito esporrò due esempi che mi stanno a cuore e che cito volentieri nei corsi di formazione rivolti ai professionisti della salute.

Esistono patologie che erodono la possibilità di movimento volontario fino all’ultima fibra muscolare ma l’evoluzione esponenziale della tecnologia ha permesso di compensare quasi tutte le attività veicolate dalle funzioni perse. L’incredibile vita di Stephen Hawking è un esempio illuminante; nessuno potrebbe mai pensare di dire che non fosse una persona autonoma anche se, negli ultimi anni soprattutto, completamente dipendente da apparecchi medicali, dispositivi tecnologici e l’assistenza costante di personale preparato. Quello di Hawking è un luminoso esempio di come una mente sana e una forte motivazione intrinseca siano elementi essenziali per l’autonomia e l’autodeterminazione.

Viceversa, il progressivo assottigliamento delle capacità cognitive che accompagna la Malattia di Alzheimer conduce a comportamenti apparentemente incomprensibili, talvolta primitivi e altre addirittura aggressivi. Tali comportamenti derivano dalla percezione di realtà completamente alterata da lacune mnesiche e ideazioni sostitutive; tali comportamenti, se analizzati alla luce della 'realtà viva' presente nella consapevolezza della persona malata, sono assolutamente coerenti. Ciononostante, essi rendono la persona completamente non autonoma, non affidabile, a tratti pericolosa per se stessa. Eppure le persone malate di Alzheimer possono, per molto tempo dalla diagnosi: camminare senza supporto e a passo svelto, vestirsi e spogliarsi senza aiuto e affacciarsi in ripetizioni afinalizzate di gesti quotidiani. Risultano quindi, tecnicamente, indipendenti in molte cose.

Questi due esempi estremi vogliono chiarire cosa sia autonomia e cosa indipendenza. La prima condizione prevede la presenza mentale, la consapevolezza e la motivazione per auto-determinarsi; la seconda condizione, invece, fa riferimento esclusivamente alla possibilità di agire, senza aiuti esterni, una o più attività specifiche.

2.2. I *Frames of reference* (FOR) o cornici di riferimento

The frame of reference è un'entità mutuata dalla matematica e dalla fisica. Nelle discipline originarie, esso rappresenta il sistema di riferimento entro il quale può essere descritto il fenomeno osservato. Il sistema è definito da un insieme di punti di riferimento che ne descrivono origine, orientamento e scala.

Nel 1972 Gregory Bateson per primo utilizzò questo concetto nella descrizione dei meccanismi di relazione e comunicazione umana. Egli definì il *frame* come un campo di significato in cui il messaggio acquisisce senso per entrambi i poli (emittente e ricevente)³¹. Erving Goffman nel 1994 ribadì l'importanza fondamentale dei *frames* per permettere alle persone di comprendere ciò che accade nel loro mondo; per interpretarne i dati³². Egli sviluppò oltre questo concetto, teorizzando i *frames* primari come quei sistemi interpretativi ritenuti intimamente affidabili dal loro utilizzatore. Dopo di loro, la teoria del *framing* evolse in una revisione della comunicazione di massa, dei meccanismi che influenzano la percezione umana e sul loro effetto in campo politico ed economico³³. Ma per lo scopo di questa trattazione il contributo di Bateson e Goffman è sufficiente.

Nell'ambito della Scienza Occupazionale, il *frame of reference* è “una struttura utilizzata [...] per collegare la teoria alla pratica” (Mosey, 1986)³⁴. Esso delimita un ambito entro cui modelli e teorie assumono un significato concreto; al tempo stesso fornisce dei riferimenti all'interno della realtà per selezionare teorie e modelli appropriati alla comprensione del fenomeno occupazionale e all'intervento su di esso.

Qui di seguito, cinque esempi tra i numerosi *frames* sviluppati per i diversi ambiti di pratica, i quali possano dare un'idea di quanto esteso sia il campo d'intervento della Terapia Occupazionale e quanto ricco il suo bagaglio teorico.

2.2.1. Biomechanical FOR

L'applicazione di questa cornice di riferimento si basa su tre assunti:

- le limitazioni che il Cliente sperimenta nelle *performances* occupazionali sono dovute a sottostanti perdite funzionali;
- la funzione è suscettibile di recupero;
- il coinvolgimento del Cliente in occupazioni e attività terapeutiche ha la potenzialità di migliorare sia la performance sia il deficit sottostante.

Il *frame* offre una varietà di strumenti per la valutazione delle funzioni e l'implementazione di interventi ristorativi.

2.2.2. Motor skills acquisition FOR

Questo frame è indirizzato in modo più specifico all'intervento riabilitativo nell'ambito dell'età evolutiva. Esso aiuta il terapeuta a strutturare situazioni di apprendimento finalizzate all'acquisizione di competenze motorie, basate sulla comprensione delle fasi di apprendimento dei compiti e al ruolo del contesto come elemento regolatore. Inoltre, il frame offre strumenti per valutare la performance dei bambini, le richieste del contesto (sia ambientale sia relazionale), il ruolo dei genitori e per analizzare il compito da acquisire.

2.2.3. Rehabilitative FOR

Questo *frame* si adatta a tutte le situazioni in cui il Cliente è affetto da danni funzionali non recuperabili oppure abbia perso motivazione al recupero delle funzioni. Il frame offre al terapeuta strumenti di intervento quali l'acquisizione di strategie alternative, l'uso di ausili, gli adattamenti ambientali. Il frame offre inoltre strumenti per valutare: le risorse

attivabili (personali e di contesto), le potenzialità di apprendimento del Cliente, la sua motivazione all'apprendimento e lo stile di apprendimento.

2.2.4. Psychodynamic FOR

Esso mira a fornire strumenti per il lavoro nell'ambito dei disturbi psicosociali. Il *frame* prende origine dalle teorie di Freud relativamente alle origini dei disturbi psicosociali: conflitti psichici inconsci e meccanismi insufficienti di difesa dell'ego generano relazioni disfunzionali. Da qui, il *frame* offre indicazioni per selezionare e modulare attività che offrano un opportuno livello di integrazione sociale. Gli approcci di intervento possono essere esplorativo o supportivo, in entrambi non c'è una distinzione netta tra momento valutativo e terapeutico, coesistenti in ogni attività in cui il Cliente venga coinvolto. In entrambi gli approcci le attività terapeutiche possono essere strutturate sia su base individuale sia sul gruppo.

2.2.5. Cognitive-Behavioral FOR

Questo *frame* deve essere utilizzato in combinazione con un modello concettuale centrato sull'occupazione; il suo scopo è quello di migliorare la comprensione delle *performances* e dei bisogni occupazionali del Cliente da parte del Terapista occupazionale. La valutazione indaga cinque aspetti ritenuti principali nel sistema di riferimento:

1. il pensiero;
2. il comportamento;
3. le risposte fisiologiche;
4. le reazioni emotive;
5. l'ambiente, sia fisico sia relazionale.

Alcuni concetti-chiave del *frame*:

- i primi quattro elementi influiscono in modo reciproco gli uni sugli altri, sia in termini di miglioramento sia di deterioramento;
- il contesto, sia ambientale sia relazionale, influisce su ciascuno di essi;
- il pensiero è organizzato gerarchicamente in:
 - pensiero automatico o involontario;
 - credenze condizionali riguardo noi stessi;

- credenze assolute riguardo noi stessi.

2.3. Le teorie

Teoria, dal greco *theōría*, derivato di *theōréō* ‘osservo’. “Formulazione logicamente coerente (in termini di concetti ed enti più o meno astratti) di un insieme di definizioni, principi e leggi generali che consente di descrivere, interpretare, classificare, spiegare, a vari livelli di generalità, aspetti della realtà naturale e sociale, e delle varie forme di attività umana” (Enciclopedia Treccani online, 2024). “Un principio generale plausibile o scientificamente accettabile o un insieme di principi offerti per spiegare i fenomeni” (Dizionario britannico Merriam-Webster online, 2024). Sintetizzando, possiamo definire una teoria come una spiegazione, intrinsecamente coerente e oggettivamente plausibile, di fenomeni osservabili.

Nell’ambito della scienza occupazionale, le teorie hanno infatti il fine di spiegare l’origine dei comportamenti occupazionali e dei loro disordini. Le teorie occupazionali sono sostanzialmente quattro, qui di seguito brevemente esposte.

2.3.1. Theory of Occupational Adaptation

Questa teoria si concentra su due elementi della performance occupazionale: la persona e il contesto. La persona è formata da tre sistemi: sensori motorio, cognitivo e socio-relazionale; l’ambiente si manifesta in tre dimensioni: fisico, sociale e culturale. La teoria offre un’interpretazione sul come si generano e che caratteristiche possono assumere le risposte adattive dell’individuo alle sfide occupazionali. Tali sfide originano dalla necessità di efficacia, efficienza e soddisfazione rispetto ad un compito occupazionale. La teoria ha lo scopo di fornire al Terapista occupazionale gli elementi teorici per guidare i processi adattivi del Cliente.

2.3.2. Infant Space Theory

Teoria dedicata all’ambito di pratica dell’età evolutiva, essa descrive le fasi di sviluppo dell’interazione del bambino con oggetti e spazi del suo ambiente domestico, riconoscendo una specifica evoluzione per ciascuno dei quattro aspetti:

- lo sguardo e il gioco visivo;
- la mappatura e la stima degli spazi domestici;

- il gioco con oggetti stazionari;
- il gioco con oggetti in movimento.

La teoria descrive sia le pietre miliari dell'acquisizione delle competenze visive, motorie e di gioco del bambino sia i suoi bisogni. Essa fornisce al Terapista occupazionale gli elementi teorici per valutare il grado di acquisizione delle competenze da parte del bambino, in modo da poter implementare un intervento precoce, contestualizzato e centrato sulla famiglia.

2.3.3. Sensory Integration Theory

Questo impianto teorico, elaborato dalla Dott.ssa Jean Ayres, individua la causa di molti comportamenti disadattivi e difficoltà di apprendimento dei bambini nei *deficit* di integrazione sensoriale, i quali possono essere identificati in sei tipi principali:

- disprassia dello sviluppo;
- deficit della percezione visiva e deficit visuo-motori;
- evitamento tattile associato a comportamenti iperattivi e distraibili;
- deficit vestibolari e posturali;
- deficit nella discriminazione figura-sfondo;
- deficit delle funzioni uditive e del linguaggio.

La teoria ed il suo correlato modello d'intervento forniscono sia gli strumenti per comprendere le disfunzioni sensoriali sottostanti i *deficit* comportamentali e dell'apprendimento, sia gli strumenti d'intervento.

2.3.4. Theory of Occupational Reconstructions

Questa è una teoria più complessa perché trascende la pratica clinica rivolta al singolo Cliente o ad un gruppo; essa si occupa di teorizzare il valore delle occupazioni nel progettare e portare avanti azioni di trasformazione sociale. La teoria propone sette principi in base ai quali strutturare le attività che possono veicolare il cambiamento. Gli interventi propri di questo ambito d'applicazione sono: la pratica basata sulla comunità, la promozione della partecipazione e dell'inclusione, l'*empowerment*, l'attivismo sanitario, l'azione politica.

2.4. I modelli

Polit & Beck dettero della parola “modello” la seguente definizione: “*una rappresentazione simbolica di concetti o variabili e delle interrelazioni tra di essi*”³⁵. Nell’ambito della scienza occupazionale, i molti modelli sviluppati nel corso del tempo possono essere suddivisi in due categorie: i modelli concettuali e i modelli di pratica, a seconda che il loro obiettivo sia la conoscenza del fenomeno o l’intervento sullo stesso.

I modelli occupazionali sono numerosi: alcuni sono stati elaborati per l’interpretazione dei fenomeni occupazionali generali e l’implementazione dell’intervento riabilitativo per un ampio bacino di utenza, sia in termini di bisogni riabilitativi, sia nei termini di età del Cliente, sia infine in riferimento all’ambito della pratica clinica.

Potremmo definire in modo arbitrario questi modelli come ‘trasversali’, per differenziarli da altri modelli che si indirizzano in modo più specifico a certi bisogni riabilitativi, a specifici intervalli di età oppure ad alcuni elementi specifici che contribuiscono a determinare la performance occupazionale.

2.4.1. I modelli concettuali (o conoscitivi)

Tra i modelli formulati per la comprensione del fenomeno occupazionale, i modelli ‘trasversali’ sono quelli più diffusamente utilizzati e conosciuti tra i terapisti occupazionali di varia provenienza. Tra essi, quelli che devono essere imprescindibilmente noti ad ogni professionista che pratichi la Terapia occupazionale sono:

- ***Person Environment Occupation Performance*** model (PEOP);
- ***Canadian Model of Occupational Performance and Engagement*** (CMOP-E);
- ***Model of Human Occupation*** (MOHO).

Tutti e tre questi modelli sono utilizzabili in ogni fascia d’età del Cliente.

Altri modelli ‘trasversali’, forse meno noti ma comunque diffusi, sono:

- ***Kawa Model*** - la valutazione elaborata all’interno di questo modello può essere utilizzata a partire dall’adolescenza;
- ***Occupational Performance Model Australia*** (OPM-Australia) - applicabile ad ogni fascia di età del Cliente;
- ***Modello Vivaio*** (MOVI) – adatto all’ambito della salute mentale.

Alcuni specifici target d'utenza o ambiti di pratica hanno poi evidenziato l'esigenza di sviluppare strumenti di conoscenza e intervento dedicati, come ad esempio nel caso della popolazione pediatrica. In questo ambito, sono stati sviluppati in particolare modelli concettuali per comprendere le specificità della persona in età evolutiva. Alcuni esempi:

- *Synthesis of Child, Occupational, Performance, and Environmental-In Time* model (SCOPE-IT);
- *Model of the Process for Establishing Children's Occupation* (PECO);
- *Children's play* model;
- *Model of Playfulness*;
- *Hand Function Evaluation Model* (HFEM);
- *Conceptual Model for Performance in Handwriting*;
- *Model of Children's Active Travel* (M-CAT).

Altri modelli si sono orientati a soddisfare **specifici bisogni riabilitativi**, alcuni esempi:

- Alcolismo → *Moyers Model*;
- Salute mentale → *Occupation-specific Community Development Model for Family Mental Health, Model of Occupational Spin-Off*;
- Riabilitazione cognitiva → *Functional Model of Cognitive Rehabilitation* (FMCR);
- Elaborazione sensoriale → *Dunn's Model of Sensory Processing*.

Altri ancora, si sono sviluppati all'interno di **specifici ambiti di pratica**, ad esempio:

- Apprendimento di nuove abilità → *Four-Quadrant Model of Facilitated Learning* (4QM);
- Gruppi di trattamento → *Functional Group Model*.

2.4.2. I modelli di intervento

Questo tipo di strumento offre ai Terapisti occupazionali una traccia d'azione basata su alcuni assunti teorici; essi rappresentano delle vere e proprie 'ossature' per la presa in carico del Cliente. Qui di seguito, si descriveranno brevemente i tre modelli d'intervento ritenuti essenziali nella pratica clinica. Si tenterà di entrare appena nello specifico

dell'argomento, in modo che sia più chiara la natura dei modelli d'intervento in Terapia Occupazionale.

- L'***Occupational Therapy Intervention Process Model*** (OTIPM) guida il Terapista occupazionale passo passo nel processo valutativo e d'intervento. L'elemento centrale di questo modello è il rapporto di fiducia e collaborazione che si instaura tra Terapista e Cliente. La relazione inizia con un'intervista, durante la quale è il Cliente stesso a poter descrivere le proprie difficoltà, gli obiettivi e il suo contesto di vita. La performance occupazionale viene valutata tramite osservazione diretta; lo strumento di valutazione correlato a questo modello è l'AMPS (*Assessment of Motor and Process Skills*).
- Il ***Model of Competence*** parte dall'assunto che competenza e disabilità siano il prodotto di una transazione tra persona e ambiente. Laddove la transazione è efficace, si manifesta la competenza dell'individuo di agire nel proprio ambiente; laddove invece la transazione sia perturbata, l'individuo sperimenta la disabilità. Sulla base della valutazione dell'interazione individuo-ambiente, è possibile identificare i livelli d'intervento per ristabilire la competenza. Lo strumento di valutazione sviluppato da questo modello è l'***Home Assessment of the Person-Environment Interaction***.
- ***Client-Centred Model for Equipment Prescription*** si pone come *focus* quello di raggiungere un efficace processo di fornitura ausili. Esso fornisce una buona prassi di presa in carico del Cliente che necessita una fornitura di ausili, valutando tutti gli elementi incidenti sulla scelta e promuovendo e validando le opinioni e le scelte del Cliente e dei suoi caregivers/familiari.

2.5. Acronimi

A.M.P.S. = Assessment of Motor and Process Skills

A.O.T.A. = American Occupational Therapy Association

A.J.O.T. = American Journal of Occupational Therapy

C.M.O.P. -E. = Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

E.N.O.T.H.E. = European Network of Occupational Therapy in Higher Education

F.M.C.R. = Functional Model of Cognitive Rehabilitation

F.O.R. = Frame of Reference

G.I.T.O. = Giornale Italiano di Terapia Occupazionale

H.F.E.M. = Hand Function Evaluation Model

M.-C.A.T. = Model of Children's Active Travel

M.O.H.O. = Model of Human Occupation

Mo.Vi. = Modello Vivaio

O.P.M.-Australia = Occupational Performance Model Australia

O.T.I.P.M. = Occupational Therapy Intervention Process Model

O.T.J.R. = Occupational Therapy Journal of Research

P.E.C.O. = Process for Establishing Children's Occupation

P.E.O.P. = Person Environment Occupation Performance

S.C.O.P.E.-I.T. = Synthesis of Child, Occupational, Performance, and Environmental-In
Time model

S.D.T. = Self-Determination Theory

4-Q.M. = Four-Quadrant Model of Facilitated Learning

Capitolo 3. La collocazione del Terapista occupazionale rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza

3.1. I Livelli Essenziali di Assistenza

“I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)”. Sito web Ministero della Salute, aggiornato al 30 Gennaio 2019³⁶.

I LEA furono definiti e determinati per la prima volta con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 Novembre 2001. Lo scopo che mosse alla definizione della normativa fu quello di uniformare e razionalizzare le prestazioni sanitarie sul territorio nazionale. Il DPCM 29 Novembre 2001 definì innanzitutto i tre livelli di assistenza sanitaria o macro-aree³⁷:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Il decreto riconosceva quindi un altro livello di assistenza, trasversale ai tre precedenti, che si rivolge a persone con specifiche condizioni cliniche:

- invalidi;
- soggetti affetti da malattie rare;
- soggetti affetti da fibrosi cistica;
- nefropatici cronici in trattamento dialitico;
- soggetti affetti da diabete mellito;
- soggetti affetti da Morbo di Hansen;
- cittadini residenti in Italia autorizzati alle cure all'estero.

Nella sezione C dell'Allegato 1, il DPCM affrontava il tema dell'integrazione e il coordinamento tra l'assistenza sociale e quella sanitaria, nell'ambito della macro-area dell'assistenza territoriale. Una tabella sintetica esplicitava: prestazioni, scopo degli interventi, riferimenti normativi e percentuale di costo a carico dell'Assistito o del Comune di residenza, in funzione dei macro-livelli (ambulatoriale e domiciliare, semi-residenziale, residenziale, penitenziaria) e dei micro-livelli, ossia specifici bacini di utenza caratterizzati da precise condizioni cliniche o sociali.

Estratto esemplificativo:

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
7. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare					
	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)	a) prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica; c) prestazioni infermieristiche a domicilio d) prestazioni riabilitative a domicilio e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona [cfr. % colonna a fianco] f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa	50%	Assistenza domiciliare integrata	L. n. 833/78 art. 25 P.O. Anziani

8-2-2002
Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Figura 1. Estratto da Allegato 1 sez. C, L.E.A. 2001.

L'aggiornamento dei LEA avvenne con il DPCM del 12 Gennaio 2017³⁸. Tale documento definisce le attuali norme di riferimento per un'assistenza sanitaria appropriata ed uniforme su tutto il territorio dello Stato italiano. In virtù delle regole di raccordo e coordinamento delle fonti normative², Il nuovo Decreto sostituiva integralmente il DPCM 29 novembre 2001. Rispetto precedente Decreto, quello attuale:

- descrive con maggiore dettaglio e precisione le prestazioni e le attività garantite ai cittadini tramite l'uso delle risorse pubbliche;

² Le regole di raccordo/coordinamento delle fonti normative sono fondamentalmente due: tra due norme, quella di grado inferiore non può modificare la precedente; tra due norme di pari grado, quella successiva abroga ed integra la precedente.

- ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal *ticket*;
- rinnova i nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete.

Vediamo brevemente qui di seguito come è strutturato il DPCM del 12 Gennaio del 2017.

Le macro-aree di assistenza sanitaria ricalcano quelle già introdotte dal precedente Decreto, con l'unica differenza di una ridenominazione della prima macro-area: essa, da "*assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*" diventa "*prevenzione collettiva e sanità pubblica*".

Le quattro macro-aree di attività sono così suddivise:

- l'Articolo 2 dettaglia quali sono le attività pertinenti alla macro-area della Prevenzione collettiva e Sanità pubblica;
- la sezione di Articoli da 3 a 35 tratta della macro-area dell'Assistenza distrettuale;
- la sezione di Articoli da 36 a 49 tratta della macro-area dell'Assistenza ospedaliera;
- la sezione di Articoli da 50 a 60 si occupa dell'assistenza garantita a specifiche categorie di Assistiti, caratterizzati da condizioni cliniche, fisiologiche o sociali peculiari.

Relativamente a questo tema, rispetto ai precedenti LEA, sono state integrate alcune importanti categorie, facenti riferimento sia a condizioni cliniche sia fisiologiche sia a particolari condizioni sociali:

- persone affette da malattie croniche invalidanti;
- persone con infezione da HIV/AIDS;
- persone detenute e minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- donne in stato di gravidanza;
- persone con disturbi dello spettro autistico.

3.2. Appropriatezza d'intervento del Terapista occupazionale

In questa parte andremo ad individuare le aree di intervento, e relativi articoli, per cui si ritiene appropriato il coinvolgimento del Terapista occupazionale. Questa considerazione deriva dall'analisi delle corrispondenze tra finalità e modalità degli interventi individuati nei LEA, da una parte, e specifiche del profilo professionale del Terapista occupazionale, dall'altra. A seguire un elenco delle aree o macro-livelli che andremo ad analizzare:

1. Assistenza protesica (macro-area distrettuale)
2. Percorsi assistenziali integrati socio-sanitari (macro-area distrettuale)
3. Ricovero ospedaliero per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (macro-area ospedaliera)
4. Specifiche categorie di assistiti

3.2.1. Assistenza protesica

Gli articoli che normano l'assistenza protesica sono gli articoli compresi tra il 17 ed il 19 e gli Allegati 2, 5, 11, 12:

- Art.17 (generale)
- Art.18 (destinatari)
- Art. 19 (modalità)
- Allegato 2 = elenco degli ausili monouso e quantità erogabili in unità di tempo
- Allegato 5 = Nomenclatore Tariffario
 - Elenco 1: Ausili su misura
 - Elenco 2: Ausili di serie
 - Elenco 3: Ausili in comodato d'uso
- Allegato 11 = Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso
- Allegato 12 = Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Nello specchio sottostante si sintetizzano le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica previste nei LEA.

Allegato 12 DPCM 12 Gennaio 2017 - L.E.A.

Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

1. Piano riabilitativo-assistenziale individuale ⇒ Medico Specialista + *équipe* interdisciplinare + Assistito
⇒ ***Medico ed équipe*** sono responsabili per:
 - a. la conduzione del piano conformemente a quanto stabilito;
 - b. la verifica periodica dei risultati attesi (definiti nel piano) a medio e lungo termine.
2. Prescrizione ⇒ ***Medico Specialista*** (per alcune Regioni è presente un elenco dei medici prescrittori).
3. Autorizzazione ⇒ ***Ufficio Protesi*** del Distretto Socio Sanitario di competenza (in relazione alla residenza dell'Assistito).
4. Erogazione:
 - a. dispositivi di serie (Elenco 2A ed Elenco 2B del Nomenclatore Tariffario) → direttamente da parte della ASL tramite appalti di fornitura;
 - b. dispositivi su misura (Elenco 1 del Nomenclatore Tariffario) → soggetti erogatori accreditati presso il MSAL (Ditte Ortopediche) - nello specifico figure:
 - i. in prima istanza, tramite ditta appaltatrice che gestisce la Banca Protesi di ASL;
 - ii. in assenza di ausilio corrispondente, tramite ditta esterna scelta dall'Assistito.
5. Collaudo ⇒ lo ***Specialista prescrittore*** verifica la corrispondenza prescrizione/fornitura e l'efficacia funzionale dell'ausilio rispetto al piano individuale.
6. Follow-up ⇒ secondo le modalità descritte nel piano riabilitativo-assistenziale individuale.

Come si può notare, il pilastro portante dell'area dell'Assistenza protesica è il Piano riabilitativo-assistenziale individuale. Esso è definito mettendo insieme tre contributi:

- quello del Medico Specialista;
- quello dell'*équipe* interdisciplinare;
- quello dell'Assistito.

Il Medico specialista è chiaramente l'elemento di coordinamento e sintesi dei contributi che arrivano dalle competenze specifiche dei membri dell'*équipe*. L'Assistito - eventualmente insieme al *caregiver* - porta un contributo fondamentale rispetto al tema del bisogno.

L'Art. 1 comma 7 dell'Allegato 12 parla chiaramente dell'importanza del contesto di vita della persona (ambientale e relazionale) rispetto all'appropriatezza prescrittiva: *“La prestazione deve essere appropriata rispetto al bisogno dell'utente e compatibile con le caratteristiche del suo ambiente di vita e con le esigenze degli altri soggetti coinvolti nel programma di trattamento”*.

Facendo riferimento alle specifiche del profilo professionale del Terapista Occupazionale³⁹, risulta chiaro che esso porti una competenza specifica che non può mancare all'interno dell'*équipe* che contribuisce all'appropriatezza della prestazione di assistenza protesica. Qui di seguito, citiamo le parti inerenti dell'Art. 1 comma 2:

- “(Il Terapista occupazionale) effettua una valutazione funzionale e psicologica del soggetto ed elabora, anche 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'ambiente di vita quotidiana e nel tessuto sociale”*;
- [...];
- [...];
- “partecipa alla scelta e all'ideazione di ortesi congiuntamente o in alternativa a specifici ausili”*;
- “propone, ove necessario, modifiche dell'ambiente di vita e promuove azioni educative verso il soggetto in trattamento, verso la famiglia e la collettività”*;
- [...].

3.2.2. Percorsi assistenziali integrati sanitari e sociali

Art. 21. I percorsi integrati possono essere erogati a livello domiciliare, ambulatoriale, in strutture semiresidenziali o residenziali. La soluzione raccomandata come prima scelta è quella del mantenimento dell'Assistito al proprio domicilio, riservando l'assistenza socio-sanitaria in struttura ai casi non diversamente gestibili. Il concetto di Percorso Assistenziale Integrato raccoglie e sintetizza l'essenza di tutte le prestazioni territoriali, qualsiasi sia la modalità di presa in carico. La normativa indica che la scelta delle prestazioni da erogare deve essere esplicitata in un PAI, il quale deve essere conseguente e coerente con i bisogni terapeutici, riabilitativi ed assistenziali rilevati attraverso la valutazione multimodale.

In linea con questa prospettiva personalizzata del percorso socio-sanitario, emerge con ovvietà la pertinenza dell'intervento del Terapista occupazionale, per le caratterizzazioni professionali riportate nel precedente punto e le ulteriori specifiche qui di seguito riportate:

b. *“(Il Terapista occupazionale) tratta condizioni fisiche, psichiche e psichiatriche, temporanee o permanenti, rivolgendosi a pazienti di tutte le età; utilizza attività sia individuali che di gruppo, promuovendo il recupero e l'uso ottimale di funzioni finalizzate al reinserimento, all'adattamento e alla integrazione dell'individuo nel proprio ambiente personale, domestico e sociale;*

c. *“individua ed esalta gli aspetti motivazionali e le potenzialità di adattamento dell'individuo, proprie della specificità terapeutica occupazionale;*

d. [...];

e. [...];

f. *“verifica le risposdenze tra la metodologia riabilitativa attuata e gli obiettivi di recupero funzionale e psicosociale”.*

In particolare, considerata la raccomandazione dei LEA a promuovere il mantenimento della domiciliarità dell'Assistito, si ritiene fondamentale la presenza del Terapista occupazionale tra le figure disponibili per l'erogazione di prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, ex “Cure domiciliari”) - Art. 22.

3.2.3. Ricovero ospedaliero per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (macro-area ospedaliera)

L'Art. 44 del DPCM 12 Gennaio 2017 definisce le possibili modalità di presa in carico della riabilitazione ospedaliera e i soggetti destinatari. Il ricovero ospedaliero per riabilitazione è un tipo di assistenza sanitaria che riguarda diverse condizioni cliniche, in generale accomunate da un evento acuto che determina una perdita improvvisa di funzionalità e autonomia oppure da una recrudescenza improvvisa di una condizione clinica cronica. Nel caso dell'evento acuto si tratta più frequentemente di un evento traumatico, programmato o meno: ictus cerebrale; lesione midollare; cerebrolesione da trauma; politrauma da incidente; chirurgia della colonna; sintesi di fratture; artroprotesi etc. Nel caso invece di una recrudescenza, si tratta di condizioni patologiche pregresse, generalmente di natura neurologica, le quali manifestano episodi di aggravamento della sintomatologia con conseguente perdita funzionale e perdita d'autonomia.

Tratteremo del ricovero ospedaliero per riabilitazione con maggiore dettaglio nel prossimo capitolo, occupandoci delle normative regionali. In generale, è corretto affermare che l'intervento del Terapista occupazionale sia appropriato in tutti i suddetti ricoveri, proprio perché gli stessi sono motivati da uno stato di disabilità e conseguente perdita di autonomia da parte dell'Assistito e dalla necessità di facilitare la ri-acquisizione di competenze da parte dello stesso per il ritorno al suo contesto di vita e ai suoi ruoli occupazionali.

3.2.4. Specifiche categorie di Assistiti

Gli Allegati 8 e 8BIS del DPCM 12 Gennaio 2017 costituiscono rispettivamente il nuovo ed il vecchio Nomenclatore delle esenzioni dal pagamento del *ticket* e delle prestazioni garantite alle persone con "malattie e condizioni croniche invalidanti". Questi allegati definiscono l'elenco di tali condizioni, secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-9-CM, assegnano a ciascuna un codice di esenzione e specificano le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, preventive e riabilitative garantite dal SSN con eventuale frequenza massima nell'arco di un anno.

Andiamo quindi a ricercare, all'interno dell'Allegato 8, in quali occasioni siano previste prestazioni riabilitative da parte del Terapista occupazionale.

La prestazione con codice 93.11.E, corrispondente a "*Rieducazione individuale all'autonomia nelle attività della vita quotidiana relative a mobilità, alla cura della*

propria persona e alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver” viene garantita, per un numero fino a 10 prestazioni per ciclo riabilitativo, ciascuna della durata di 30 minuti, alle persone portatrici delle suddette diagnosi:

- demenze – codici diagnosi: 011.290.0/2, .290.4, .291.1, .294.0;
- Malattia di Alzheimer – codice diagnosi: 029.331.0;
- Morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali – codici diagnosi: 038.332, .333.0, .333.1, .333.5;
- Psicosi – codici diagnosi: 044.295.0/8 (escluso .295.4), .296.0/8, .297.0/3, .297.8, .298.1, .298.2, .298.4, .298.8, .299.0, .299.1, .299.8.

Il nuovo Nomenclatore delle prestazioni e delle esenzioni rimuove l'intervento del Terapista occupazionale dalle prestazioni garantite per alcune tipologie di Assistiti i quali, invece, lo vedevano riconosciuto nel vecchio Nomenclatore. Nell'Allegato 8BIS infatti, la prestazione con codifica 93.83 riferita a “Terapia occupazionale. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale (ciclo di dieci sedute)” era garantita, per un numero massimo di 10 sedute della durata di un'ora ciascun ciclo, anche per le suddette patologie:

- artrite reumatoide, codici diagnosi: 006.714.0/2, .714.30/32/33;
- lupus eritematoso sistemico (solo per artropatia lupica) – codice diagnosi: 028.710.0;
- spondilite anchilosante – codice diagnosi: 054.720.0.

La rimozione di questi target di intervento per il Terapista Occupazionale è assolutamente in contrasto con le raccomandazioni del *Package of intervention for rehabilitation*⁴⁰. Queste tre condizioni patologiche, infatti, sono accomunate da una eziopatogenesi di natura infiammatoria e una progressiva degenerazione delle funzioni articolari (oltre ad altri gravi compromissioni d'organo). Dal punto di vista della Terapia occupazionale, pertanto, si profila un medesimo approccio di presa in carico, focalizzato su: economia articolare, consulenza ortesica, rieducazione delle attività di vita quotidiana attraverso adattamenti e strategie. Poiché il *Package of intervention for rehabilitation* prende in considerazione non tutte le patologie ma le 20 principali cause di disabilità, per quanto

riguarda l'appropriatezza dell'intervento della Terapia occupazionale, possiamo confermarla riconducendo Spondilite anchilosante e Lupus Eritematoso Sistemico sotto l'egida della "cugina maggiore", ossia l'Artrite reumatoide.

Per quanto riguarda alcune condizioni croniche e invalidanti, il Nomenclatore non specifica nel dettaglio le prestazioni garantite ma le raccoglie sotto un'unica voce: "Le prestazioni sanitarie appropriate per il monitoraggio della patologia, delle sue complicanze e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti". Vediamo nell'elenco sottostante quali sono le patologie e relativi codici diagnostici che vengono affrontate del Nomenclatore secondo questo approccio più personalizzato e per le quali risulterebbe appropriata l'indicazione al trattamento di Terapia occupazionale:

- Neuromielite ottica, codice diagnosi: 041.341.0;
- Sclerosi Multipla, codice diagnosi: 046.340;
- soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave ed irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell'autonomia personale correlata all'età risultante dall'applicazione di convalidate scale di valutazione, codice diagnosi: 049.
- soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici, codice diagnosi: 051;
- Sindrome di Down, codice diagnostico: 065.758.0;
- Sindrome di Klinefelter, codice diagnosi: 066 .758.7.

Vediamo nel dettaglio le categorie elencate.

La Neuromielite Ottica o, più correttamente, i disordini nello spettro della Neuromielite Ottica – NMOSD – è una patologia autoimmune demielinizzante che colpisce nervo ottico, cervelletto e midollo spinale, danneggiando le funzioni controllate da queste strutture. Ha una prevalenza compresa tra lo 0,001% e lo 0,005% (AISM, 2024)⁴¹ con un rapporto femmine:maschi indicativo di 9:1. Possiamo ricondurre i sintomi ed i deficit che comporta ad una parte del quadro clinico di un'altra patologia simile: la Sclerosi Multipla. Essa è la più nota patologia demielinizzante, degenerativa ed autoimmune del sistema nervoso centrale, con una prevalenza in Italia tra lo 0,23%, eccezione fatta per la Sardegna che si attesta allo 0,42% (MSIF, 2013)⁴².

Per quanto riguarda la Sclerosi Multipla, la *European Multiple Sclerosis Platform* (EMSP)⁴³ già nel 2012 pubblicava le raccomandazioni sui Servizi di Riabilitazione per le persone con Sclerosi Multipla e includeva l'intervento di Terapia Occupazionale tra i contributi, con i seguenti obiettivi:

- *training* delle attività significative per il paziente;
- consulenza ausili e accessibilità ambientale;
- consulenza specifica per la carrozzina e *training* all'uso in interni ed esterni;
- intervento cognitivo;
- educazione alla gestione della *fatigue*;
- prevenzione delle cadute;
- educazione del *caregiver*;
- miglioramento delle competenze manipolative.

I soggetti affetti da pluripatologie che sperimentano riduzione dell'autonomia personale sono chiaramente, per definizione, soggetti ai quali si rivolge specificatamente l'intervento di Terapia occupazionale. Non è possibile quantificare un tasso statistico di nessun tipo per questa categoria, essendo non definibili le possibili combinazioni di condizioni cliniche che portano ad una perdita di autonomia rispetto alla condizione media per fascia d'età.

La Sindrome di Down e la Sindrome di Klinefelter, entrambe patologie a trasmissione genetica, determinano quadri complessi di sintomi e disturbi, parte dei quali rientrano nella definizione di "disturbi dello sviluppo intellettivo" per i quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene utile l'intervento del Terapista occupazionale (WHO, 2023).

Infine, i soggetti nati con condizioni di gravi deficit sono una categoria di persone che naturalmente andrà incontro a percorsi di acquisizione di competenze e dell'autonomia divergente rispetto al normale sviluppo neuro-psico-motorio. Questi bambini, alcuni dei quali diventeranno ragazzi e poi adulti, necessiteranno di sviluppare una continua interazione adattiva tra le proprie abilità, dispositivi facilitanti e l'ambiente di vita. La figura del Terapista occupazionale, nella sua specificità professionale, è quella adatta a promuovere e facilitare questo processo adattivo.

3.3. Acronimi

A.D.I. = Assistenza Domiciliare Integrata

A.I.D.S. = *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

A.I.S.M. = Associazione Italiana Sclerosi Multipla

C.I.A. = Coefficiente di Intensità Assistenziale

D.P.C.M. = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

E.M.S.P. = *European Multiple Sclerosis Platform*

G.E.A = Giornate di Effettiva Assistenza

G.d.C. = Giornate di Cura (dalla presa in carico alla chiusura del programma)

H.I.V. = *Human Immunodeficiency Virus*

L.E.A. = Livelli Essenziali di Assistenza

M.S.I.F. = *Multiple Sclerosis International Federation*

N.M.O.S.D. = *NeuroMyelitis Optica Spectrum Disorder*

P.A.I. = Progetto di Assistenza Individuale

P.D.T.A. = Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

P.R.I. = Progetto Riabilitativo Individuale

S.N.C. = Sistema Nervoso Centrale

S.S.N. = Servizio Sanitario Nazionale

Capitolo 4. La figura del Terapista occupazionale in relazione ai requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale dei servizi socio-sanitari liguri

4.1. L'accREDITAMENTO in Regione Liguria

Il numero e la tipologia dei professionisti sanitari all'interno del servizio sanitario pubblico sono determinati da normative regionali che recepiscono le indicazioni nazionali (Piano Sanitario Nazionale, Livelli Essenziali di Assistenza, atti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano) e le traducono in normative regionali, declinate sulla specificità della realtà locale⁴⁴.

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR), allo scopo di erogare i servizi previsti, riconosce alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, siano esse pubbliche o private, la possibilità di erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tramite il processo dell'accREDITAMENTO istituzionale.

Questo riconoscimento garantisce ai cittadini che le strutture accREDITATE siano in possesso sia dei requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio (normative nazionali e regionali), sia degli ulteriori requisiti organizzativi e gestionali aderenti agli *standard* di qualità richiesti dalla programmazione regionale in materia di sanità.

Il controllo del processo dell'accREDITAMENTO istituzionale è di competenza dell'organismo Tecnicamente AccREDITANTE (OTA) il quale, per quanto riguarda il territorio ligure, venne costituito presso ALiSa con l'Art. nr 9 della Legge regionale n. 9 del 2017⁴⁵. I requisiti per l'autorizzazione e l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali presenti sul territorio ligure sono descritti nei documenti "Manuale per l'accREDITAMENTO istituzionale Regione Liguria" e "Procedura per l'accREDITAMENTO istituzionale", approvati con Delibera della Giunta Regionale (DGR) nr. 1185 del 2017⁴⁶.

Abbiamo indagato il Manuale per l'accREDITAMENTO della Regione Liguria per cercare di capire per quali servizi sanitari e socio-sanitari sia previsto l'intervento del Terapista occupazionale e in quale misura. Le tabelle a seguire riassumono e schematizzano i risultati ottenuti, divisi per categorie di servizio.

Strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale			
<i>Tipo di servizio</i>	<i>Tempi previsti</i>		<i>Professioni previste</i>
CAR	In base al bisogno riabilitativo (PRI)	Trattamenti della durata media di un'ora	Professionisti della Riabilitazione (tra FKT, Logo, TOcc, EP, altro...)

Tabella 4. 1 - Professionalità e tempi previsti per i CAR

Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno				
<i>Tipo di servizio</i>	<i>Specifica</i>	<i>Tempi previsti</i>	<i>Modalità</i>	<i>Professioni previste</i>
UO RRF	COD. 56 ^{3a} , <i>team allargato</i>	Secondo PRI	Consulenza	Altri Medici Specialisti, NPS, TOcc, AS.
	COD. 75 ⁴ - UGCA, <i>team allargato</i>	Secondo PRI	Consulenza	Altri Medici Specialisti, NPS, TOcc, TNPEE, OAO, AS.
Unità di riabilitazione per malattie degenerative del SN	<i>Équipe</i> nei Reparti di degenza	Presenza fissa		TOcc
	<i>Équipe</i> nei Reparti di <i>Day-hospital</i>	Presenza fissa		TOcc

Tabella 4. 2 - Professionalità e tempi previsti per la riabilitazione ospedaliera

³ COD. 56a = Unità di Medicina Fisica e riabilitativa con complessità clinica elevata o media

⁴ COD. 75 = Unità di Medicina Fisica e riabilitativa al alta intensità, in particolare deputata alla presa in carico di persone affette da esiti di gravi cerebrolesioni acquisite

Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo diurno				
<i>Tipo di servizio</i>	<i>Specifica</i>	<i>Tempi previsti</i>	<i>Calcolo tempi</i>	<i>Professioni previste</i>
Centro Diurno	Alzheimer	45 min/ospite/die	complessivi	Tra: TOcc, EP, Animatore, Musicoterapeuta
	Anziani 2° livello	30 min/ospite/die	complessivi	Tra: TOcc, EP, Animatore

Tabella 4. 3 - - Professionalità e tempi previsti per i Centri Diurni.

Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo				
<i>Tipo di servizio</i>	<i>Specifica</i>	<i>Tempi previsti</i>	<i>Calcolo tempi</i>	<i>Professioni previste</i>
Struttura Residenziale	RSA post-acute	23 min/ospite/die	complessivi	Professionisti della Riabilitazione tra: FKT, L, TOcc.
	RSA di mantenimento	6 min/ospite/die	complessivi	Professionisti della Riabilitazione tra: FKT, L, TOcc.
	“Nucleo Alzheimer” (Ambiente protesico per gravi patologie involutive)	14 min/ospite/die	esclusivi	TOcc

Tabella 4. 4 - Professionalità e tempi previsti per il ricovero riabilitativo, non ospedaliero

Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno				
<i>Tipo di servizio</i>	<i>Specifica</i>	<i>Tempi previsti</i>	<i>Calcolo tempi</i>	<i>Professioni previste</i>
Struttura per prestazioni riabilitative	Residenziale	30 min/ospite/die	complessivi	Professionisti della Riabilitazione tra: FKT, L, TOcc, TNPEE, EP.
	Semi-residenziale	50 min/die/ospite	complessivi	Professionisti della Riabilitazione tra: FKT, L, TOcc, TNPEE, EP.
Struttura socio-riabilitativa	Residenziale	5 min/ospite/die	complessivi	Professionisti della Riabilitazione tra: FKT, L, TOcc, TNPEE.
RSA per disabili	Residenziale	6 min/ospite/die	complessivi	Professionisti della Riabilitazione tra: FKT, L, TOcc, TNPEE.

Tabella 4. 5 - Professionalità e tempi previsti per il ricovero riabilitativo estensivo

Servizi			
<i>Tipo di servizio</i>	<i>Specifica</i>	<i>Tempi previsti</i>	<i>Professioni previste</i>
ADI (ex Cure domiciliari)	Domiciliare	In base a quanto indicato nel PAI o nel PRI	Professionisti della Riabilitazione tra: FKT, L, TOcc.

Tabella 4. 6 - Professionalità e tempi previsti per l'Assistenza Domiciliare Integrata

4.2. La posizione del Terapista occupazionale rispetto ai requisiti per l'accreditamento

Commentando le tabelle, possiamo fare alcune considerazioni, sotto due diverse prospettive:

1. tempi previsti;
2. specificità professionale.

4.2.1. Tempi previsti

Relativamente al primo punto, l'accreditamento prevede l'intervento del Terapista occupazionale secondo tre modalità:

- come presenza garantita all'interno di un servizio;
- come risorsa attivabile secondo bisogno;
- all'interno di un tempo massimale pro-capite espresso in minuti/ospite/die.

La figura del Terapista occupazionale è prevista, come presenza fissa all'interno di un Servizio, nelle Unità di riabilitazione per malattie degenerative del SN. Un esempio noto di questa tipologia di strutture è il Centro clinico NeMO ad Arenzano.

Per quanto riguarda invece le strutture a carattere ospedaliero che erogano riabilitazione in regime di ricovero, la figura del Terapista occupazionale è prevista come facente parte dell'*équipe* riabilitativa allargata, ovvero non con presenza stabile ma come consulente da attivare secondo il bisogno riabilitativo, in due casi:

- nelle Unità di Riabilitazione e Recupero Funzionale codice 56a, ossia con casi a complessità da media ad elevata;
- nelle Unità di Riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite, codice 75.

Il bisogno riabilitativo è definito nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), redatto dall'*équipe* interdisciplinare insieme all'Assistito e alla sua famiglia. Il referente del PRI è il Medico Specialista.

Le Strutture pubbliche che rispondono alle suddette specifiche sono:

- Clinica di Neuroriabilitazione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino;
- Unità Spinale Unipolare presso l’Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure;
- Unità Operativa Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione dell’Ospedale Giannina Gaslini;
- Struttura Complessa di Neurologia dell’Ospedale E.O. Ospedali Galliera;
- Struttura Complessa di Neurologia dell’Ospedale Villa Scassi;
- Struttura Complessa di Neurologia dell’Ospedale di Lavagna;
- Unità Operativa Neurologia/Centro Ictus dell’Ospedale di Imperia;
- Struttura Complessa Neurologia dell’Ospedale San Paolo di Savona;
- Struttura Complessa Neurologia e *Unit Stroke* dell’Ospedale S. Andrea della Spezia.

Per quanto riguarda invece le strutture private accreditate, esse sono:

- Casa di Cura Sant’Anna ad Imperia;
- Clinica San Michele ad Albenga;
- Presidio riabilitativo Mons. Pogliani a Loano;
- Istituto Clinico Scientifico Maugeri di Genova Nervi (Fondazione Salvatore Maugeri)
- Centro Santa Maria dei Poveri Polo Riabilitativo del Levante Ligure (Fondazione Don Carlo Gnocchi);
- Casa di cura *Alma Mater* a La Spezia.

Sempre nella logica della risorsa professionale da attivare in base al bisogno, la figura del Terapista occupazionale è prevista nei Centri Ambulatoriali di Riabilitazione (CAR) e per il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). In entrambi questi casi, l’intervento della figura è attivato in base al bisogno riabilitativo, definito attraverso il PRI o il Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Ogni Distretto Sanitario di ciascuna ASL è provvisto di una o più strutture dove eroga riabilitazione ambulatoriale e di un’*équipe* interdisciplinare dedicata all’assistenza domiciliare. Ad esse si aggiungono CAR privati accreditati per la riabilitazione estensiva

di persone con disabilità, con caratteristiche diverse a seconda dei bisogni riabilitativi di specifici *target* d'utenza.

Nella sola città di Genova, ad esempio, i CAR accreditati sono:

- Ambulatorio *Arcipelago* della Coop. SABA;
- Ambulatorio *I Piccoli* di ANFFAS, uno con sede in centro Genova e l'altro a Pontedecimo;
- CAR Chiossone per disabilità dello sviluppo *Gli Alberi*;
- CAR Chiossone di Riabilitazione visiva e Neuroriabilitazione per l'età adulta;
- CAR Rinascita e Vita;
- CAR UILDM;
- Centro *REdULCo*;
- Servizio di Riabilitazione AISM Liguria.

Nelle altre ASL troviamo:

- CAR della Fondazione ISAH a Ventimiglia;
- CAR di Hesperia Servizi Medici, uno con sede a Bordighera e l'altro a Sanremo;
- Centro Benedetto Acquarone a Chiavari;
- CAR di Gi.S.A.L. Ce.A.D. con sede presso la Casa di Cura Santa Marta, a Levanto;
- CAR per la presa in carico estensiva delle persone affette da dipendenza dopo regime di ricovero, a cura del Consorzio Cometa a La Spezia.

Infine, il minutaggio è il meccanismo di calcolo delle risorse professionali minime indispensabili nelle strutture residenziali o diurne che erogano riabilitazione (Tabelle 3, 4, 5). In questi casi, i minuti giornalieri *pro capite* indicano l'intervento complessivo delle varie figure riabilitative.

4.2.2. Specificità professionale

Qui dobbiamo entrare nel tema della specificità professionale. C'è da notare con dispiacere che dai minutaggi previsti da ALiSa emerge una sovrapposizione concettuale tra professionisti sanitari e altre tipologie di professionisti. Ci teniamo a sottolineare che

i primi sono abilitati all'esercizio della professione dal possesso della specifica Laurea (Terapisti occupazionali ed Educatori professionali), i Musicoterapeuti sono professionisti con formazione triennale non accademica, mentre gli Animatori sono professionisti formati con un corso di durata variabile tra due e sei mesi, con nessuna valenza sanitaria né terapeutica. È grave notare che, all'interno dei minutaggi previsti per i Centri Diurni, la valenza di queste figure sia equiparata all'interno di un minutaggio riabilitativo complessivo.

4.3 Acronimi e Abbreviazioni

A.D.I. = Assistenza Domiciliare Integrata (precedentemente Cure domiciliari)

A.I.S.M. = Associazione Italiana Sclerosi Multipla

A.Li.Sa. = Azienda Ligure per la Sanitaria

A.N.F.F.A.S. = Associazione Nazionale Famiglie e Persone con Disabilità intellettive e Disturbi del neurosviluppo

A.S. = Assistente Sociale

A.S.L. = Azienda Sanitaria Locale

C.A.R. = Centro Ambulatoriale di Riabilitazione

D.G.R. = Delibera Giunta Regionale

E.P. = Educatore Professionale

F.K.T. = Fisioterapista

L. = Logopedista

N.P.S. = Neuropsicologo

O.A.O. = Ortottista e Assistente di Oftalmologia

O.T.A. = Organismo Tecnicamente Accreditante

P.A.I. = Piano di Assistenza Individuale

P.R.I. = Progetto Riabilitativo Individuale

S.N.C. = Sistema Nervoso Centrale

S.S.N. = Servizio Sanitario Nazionale

S.S.R. = Servizio Sanitario Regionale

T.Occ. = Terapista Occupazionale

T.N.P.E.E. = Terapista della Neuro Psicomotricità dell'Età Evolutiva

U.G.C.A. = Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite

U.O. R.R.F. = Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale ovvero di
Medicina Fisica e riabilitativa

5. Il fabbisogno formativo e l'offerta formativa relativamente al profilo professionale del Terapista occupazionale

5.1. Fabbisogno professionale e fabbisogno formativo

Il fabbisogno formativo è l'indicatore numerico di quanti di professionisti sanitari ogni anno dovrebbero essere formati per mantenere il livello garantito di funzionamento dei servizi su un dato territorio.

Il fabbisogno è calcolato su base regionale ma con un'ottica globale sull'intero territorio dello Stato italiano. L'indice numerico è espresso dal Ministero della Salute, previa consultazione con la Conferenza Stato-Regioni⁵ e le Federazione Nazionali degli Ordini professionali⁴⁷. Recita l'Articolo 6-ter del D.Lgs. 229 del 1999⁴⁸: *“Entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della sanità, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati, determina con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale, [...] ai soli fini della programmazione da parte del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario[...].”*

La medesima fonte normativa indica quali sono gli elementi di cui tenere conto per la determinazione del fabbisogno formativo:

1. obiettivi e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) indicati dal Piano Sanitario Nazionale e da quelli regionali;
2. modelli organizzativi dei servizi;
3. offerta di lavoro;
4. domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

⁵ Per esteso: Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

I parametri sopra citati si basano sul presupposto che lo ‘*status quo*’ rispecchi i livelli di assistenza garantiti per legge. In base a questo principio, sarebbe sufficiente formare tanti professionisti sanitari quanti annualmente lasciano l’attività lavorativa, previ aggiustamenti sulla base dell’andamento della domanda e dell’offerta.

Nello specifico del territorio ligure e della figura professionale del Terapista occupazionale, non è possibile allinearsi con questa modalità di calcolo: i presupposti, infatti, sono completamente disattesi. In tutto l’ambito del Servizio Sanitario Regionale (SSR) ligure, le uniche strutture sanitarie di diritto pubblico che hanno uno o più Terapisti occupazionali in organico sono l’IRCCS pediatrico Giannina Gaslini e l’Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure.

Nei prossimi paragrafi proporremo un calcolo di fabbisogno di Terapisti occupazionali sul territorio ligure basandoci sulle normative nazionali e regionali: in particolare, i LEA e le delibere regionali volte ad attuarli.

5.1.1. Fabbisogno professionale su base LEA

Per questo calcolo ci servono tre informazioni:

- a. tempi, modi e *target* d’utenza delle prestazioni previste per legge (LEA, DGR Liguria);
- b. le caratteristiche anagrafiche della popolazione ligure;
- c. i tassi di prevalenza delle patologie prese in considerazione.

5.1.1.a. Tempi, modi e target d’utenza previsti per legge. Di questo abbiamo già esaurientemente trattato nei Capitoli 3 e 4 del presente elaborato.

5.1.1.b. Le caratteristiche anagrafiche della popolazione ligure. Essa è complessivamente composta da 1.507.636 residenti⁴⁹. Le classi di età per sesso le ricaviamo dal sito <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat> seguendo il percorso: “Italia” → “Liguria” → “Età”. La Tabella 5.1 – riassume i dati essenziali per il nostro calcolo.

Popolazione ligure*			
fascia d'età	maschi	femmine	TOTALE
> 12aa	663185	722070	1385255
> 65aa	186557	248747	435304
tutte	726267	781369	1507636

* <https://ugeo.urbistat.com/AdminStat/it/it/demografia/eta/liguria>

Tabella 5. 1 – I dati anagrafici della popolazione ligure d’interesse

5.1.1.c. I tassi di prevalenza delle patologie prese in considerazione

Le patologie individuate nell'Allegato 8 del DPCM 12 Gennaio 2017 per quanto riguarda l'intervento di Terapia occupazionale sono:

1. le demenze (esclusa quella conseguente a Malattia di Alzheimer, trattata a parte);
2. la Malattia di Alzheimer;
3. il Morbo di Parkinson ed altre patologie extrapiramidali;
4. le psicosi.

La demenza è una condizione che interessa dall'1% al 5% della popolazione sopra i 65 anni, con una prevalenza che raddoppia ogni quattro anni, giungendo quindi a una percentuale circa del 30% all'età di 80 anni⁵⁰.

Escludendo la demenza dovuta a Malattia di Alzheimer, le cause più comuni sono:

- demenza nella malattia di Parkinson;
- la malattia di Creutzfeld-Jacob;
- la demenza vascolare;
- la demenza con i corpi di Lewy;
- la demenza frontotemporale;
- la paralisi sopranucleare progressiva.

Per il nostro calcolo, considereremo una prevalenza del 5% ottenuta dalla media pesata delle prevalenze per fascia d'età, nella popolazione tra i 65 anni e gli 82 anni che è l'aspettativa di vita alla nascita in Italia (rif. Capitolo 1).

Prevalenza Demenze non-Alzheimer		
<i>fascia d'età</i>	<i>prevalenza</i>	<i>peso*</i>
65aa - 68aa	1%	4
69aa - 72aa	2%	4
73aa - 76aa	4%	4
77aa - 80aa	8%	4
81aa - 82aa	16%	2
media pesata		5%

** si attribuisce peso = 1 per ciascun anno della fascia d'età presa in considerazione*

Tabella 5. 2 - Media pesata del tasso di prevalenza delle demenze non dovute a Malattia di Alzheimer

La prevalenza della Demenza di Alzheimer (DA) in Europa è stimata al 4,4% tra la popolazione ultrasessantacinquenne⁵¹.

Per quanto riguarda il Parkinson, la malattia colpisce circa il 3% della popolazione sopra i 65 anni; in Italia le persone con malattia di Parkinson hanno un rapporto maschi:femmine di 2,5:1. L'età d'esordio è compresa fra i 59 e i 62 anni con una progressiva tendenza a colpire anche fasce più giovani della popolazione: un paziente su 4 ha meno di 50 anni, il 10% ha meno di 40 anni^{52 53}.

Infine, per quanto riguarda la prevalenza della psicosi in Italia, essa non è così chiaramente definibile. La psicosi, infatti, non è una diagnosi vera e propria ma uno stato di alterazione grave che può conseguire, in modo acuto o cronico, a diverse condizioni patologiche, tra le principali:

- schizofrenia;
- disturbo bipolare;
- trauma cranico;
- AIDS;
- sclerosi multipla;
- tumori cerebrali;
- abuso di sostanze psicoattive.

Un dato riassuntivo recente è quello pubblicato dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) Emilia-Romagna⁵⁴: nelle linee di indirizzo per la presa in carico delle persone con psicosi, è indicato che circa il 2-3% degli adolescenti e dei giovani adulti sviluppano un disturbo psicotico, spesso con un decorso persistente che necessita di una presa in carico continuativa. La fascia di età d'interesse è quindi quella sopra i 10 anni che qui, per allinearci ai dati disponibili, sposteremo di due anni in avanti. In sintesi, per il calcolo, prenderemo in considerazione la fascia di popolazione sopra i 12 anni ed una prevalenza media del 2,5%.

Vogliamo prendere in considerazione anche le patologie indicate nell'Allegato 8BIS del DPCM 12 Gennaio 2017 (già DPCM 29 Novembre 2001) per le motivazioni argomentate nel Capitolo 3 del presente lavoro:

5. Artrite reumatoide;

6. Lupus Eritematoso Sistemico (LES);

7. Spondilite anchilosante.

Per quanto riguarda l'Artrite reumatoide, in Italia ha una prevalenza dello 0,4% con un rapporto femmine:maschi di 3-4:1⁵⁵; la Spondilite anchilosante, invece, presenta una prevalenza compresa tra lo 0,25% e l'1,00% nella popolazione caucasica⁵⁶. Per i nostri calcoli, useremo un dato arbitrario equivalente ad una percentuale media dello 0,63%. Infine, il Lupus Eritematoso Sistemico ha una prevalenza dello 0,02% tra gli individui di etnia caucasica con un rapporto femmine:maschi di 10:1⁵⁷. Gian Domenico Sebastiani, Presidente nazionale della Società Italiana di Reumatologia (SIR), aggiorna il dato della prevalenza riferendo un valore dello 0,04-0,05% in Italia⁵⁸. La Tabella 5.3 – riassume i valori di fabbisogno ottenuti.

Fabbisogno TOcc su base L.E.A. - Allegato 8 DPCM 12 Gennaio 2017 - Liguria							
patologia	prevalenza patologia	target di popolazione	stima persone sul territorio ligure	trattamenti annui previsti pro-capite*	durata trattamento (minuti)*	trattamenti annui complessivi (ore)	nr. di unità professionali
Demenze (escluso Alzheimer)	5.0%	età > 65aa	21765	10	30	108826	64
Malattia di Alzheimer	4.4%	età > 65aa	19153	10	30	95766	56
Morbo di Parkinson	3.0%	età > 65aa	13059	10	30	65295	38
Psicosi	2.5%	età > 12aa	34631	10	30	173156	102
TOTALE							260
<small>** considerando una risorsa professionale a tempo pieno (36 ore settimanali) * 47 settimane in un anno = 1692 ore annue per unità professionale</small>							
Fabbisogno TOcc su base L.E.A. - Allegato 8BIS DPCM 12 Gennaio 2017* - Liguria							
patologia	prevalenza patologia	target di popolazione	stima persone sul territorio ligure	trattamenti annui previsti pro-capite*	durata trattamento (minuti)*	trattamenti annui complessivi (ore)	nr. di unità professionali necessarie**
Artrite reumatoide	0.40%	totale	6031	10	30	30152	17
Spondilite anchilosante	0.63%	totale	9498	10	30	47490	28
LES	0.02%	totale	302	10	30	1507	0
TOTALE							45
<small>* già DPCM 29 Novembre 2001</small>							
<small>** considerando una risorsa professionale a tempo pieno (36 ore settimanali) * 47 settimane in un anno = 1692 ore annue per unità professionale</small>							

Tabella 5. 3 - Calcolo del fabbisogno professionale relativo a specifiche categorie di Assistiti, secondo LEA

5.1.2. Fabbisogno sulla base dell'Accreditamento regionale

Prendiamo qui in considerazione i Servizi di Assistenza sanitaria per cui la Delibera di Giunta Regionale (DGR) della Liguria nr. 1185 del 2017 prevede in varia misura la presenza del Terapista Occupazionale:

- Unità di riabilitazione per patologie degenerative SN → presenza stabile;
- Unità di Riabilitazione e Recupero Funzionale, COD. 56a e COD. 75. → *équipe* allargata, in regime di consulenza in base al PRI;
- Nucleo protesico Alzheimer → minutaggio esclusivo per la Terapia occupazionale;

- RSA post-acuti e RSA di mantenimento → minutaggio complessivo con altre professionalità riabilitative;
- RSA per disabili → minutaggio complessivo con altre professionalità riabilitative;
- Centro Diurno Alzheimer e Centro Diurno Anziani di II livello → minutaggio complessivo con altre professionalità;
- Struttura per prestazioni riabilitative, residenziale e semi-residenziale □ minutaggio complessivo con altre professionalità riabilitative;
- Struttura socio-riabilitativa → minutaggio complessivo con altre professionalità riabilitative;
- Centri Ambulatoriali di Riabilitazione → secondo PRI;
- Assistenza Domiciliare Integrata → secondo PRI.

Conteggiamo innanzitutto il fabbisogno per le strutture a carattere ospedaliero (primi due punti dell'elenco). Non potendo disporre di una stima annua dei ricoverati in codice 56a, supponiamo arbitrariamente un fabbisogno medio di presenza del Terpista occupazionale di 24 ore settimanali, tempo minimo per la presa in carico di sei pazienti trattati 3 volte a settimana (si tiene in considerazione anche il tempo dell'assistenza indiretta: refertazione, riunioni di *équipe*, consulenza ausili e accessibilità ambientale, educazione *caregiver*). L'elenco delle strutture riconducibili a queste categorie è già stato esplorato nel Capitolo 4 del presente lavoro. La Tabella 5.4 – riassume i valori ottenuti.

Fabbisogno TOcc per Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera - Liguria					
tipo di degenza		presenza prevista*	stima ore settimanali	nr. strutture in Liguria	nr. unità necessarie
URRF	COD. 56a	secondo PRI	24	15	11.1
URRF	COD. 75	secondo PRI	12	2	0.7
UR malattie degenerative SN	Degenza	fissa	36	1	1.1
	Day-hospital	fissa	36	0	0.0
TOTALE					13

* DGR Liguria nr. 1185 del 20173
 ** considerando una risorsa professionale a tempo pieno (36 ore settimanali) * 47 settimane in un anno = 1692 ore annue per unità professionale

Tabella 5. 4 - Calcolo di fabbisogno professionale relativamente alle strutture di riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero

Proseguiamo quindi con il conteggio del fabbisogno per i Nuclei protesici per persone con Malattia di Alzheimer. La tabella 5.5 – elenca le strutture che ospitano un Nucleo

protesico Alzheimer accreditate presso le ASL liguri e il calcolo di risorse necessarie sulla base dei posti letto.

Fabbisogno TOcc per Nuclei protesici Alzheimer - Liguria					
Nome struttura	indirizzo		posti letto	presenza prevista (ore annue)*	nr. risorse necessarie**
<i>ASL 1 Imperiese</i>					
RSA/RP Montale	Piazza Papa Giovanni XXIII, 1	Diano Marina	20	1699	1.0
<i>ASL 3 Genovese</i>					
RSA Rossiglione	Via Roma, 36	Rossiglione	15	1274	0.8
Casa Serena	Via Balbi, 38B	Genova	20	1699	1.0
RSA Rivarolo - KCS	Via Negrotto Cambiaso, 100	Genova	16	1359	0.8
RSA Galliera	Via Carlo Minoretti, 54	Genova	35	2973	1.8
<i>ASL 4 Chiavarese</i>					
Villa Sorriso	Via Aurelia di Levante, 59	Rapallo	13	1104	0.7
<i>ASL 5 Spezzina</i>					
RSA Felicia Bartolotta Impastato	Via Peppino Impastato, 2	La Spezia	15	1274	0.8
R.S.A. Sacro Cuore	Via del Sacro Cuore, 17	Brugnato	12	1019	0.6
TOTALE					7
* 14 min/ospiti/die come previsto da DGR Liguria nr. 1185 del 2017					
** considerando una risorsa professionale a tempo pieno (36 ore settimanali) * 47 settimane in un anno = 1692 ore annue per unità professionale					

Tabella 5. 5 - Calcolo del fabbisogno professionale per la copertura dei Nuclei protesici Alzheimer sul territorio ligure

Il conteggio del fabbisogno di Terapisti occupazionali in relazione alle strutture che erogano servizi per i quali è previsto un minutaggio riabilitativo giornaliero pro-capite, erogato complessivamente da diverse specialità riabilitative, diventa assai più complesso. In questo caso, infatti, l'offerta riabilitativa dovrebbe essere un *mix* di interventi interdisciplinari secondo il bisogno riabilitativo di ciascun assistito. Certamente, i dati esperienziali ci indicano una tendenza globale, da parte delle strutture residenziali e semi-residenziali di riabilitazione estensiva, a preferire il Fisioterapista sopra tutte le altre discipline riabilitative. Ciò, nonostante nelle Carte dei Servizi delle strutture medesime si faccia spesso riferimento ad obiettivi quali il mantenimento e/o il recupero delle autonomie e la promozione del coinvolgimento in attività significative: obiettivi e modalità operative specifiche del Terapista occupazionale.

Per quanto riguarda, invece, i servizi d'assistenza sanitaria erogati sulla base della definizione di un PRI, si ritiene ragionevole che, per consentirne il coinvolgimento del Terapista occupazionale in caso di bisogno, questa risorsa professionale debba essere presente nella misura minima di:

- uno per Centro Ambulatoriale di Riabilitazione;
- uno per Distretto Socio-Sanitario.



Immagine 5. 1 - Distribuzione e numerazione dei Distretti socio-sanitari in Liguria

La tabella 5.6 – elenca i CAR privati accreditati con le ASL liguri e dettaglia una stima di fabbisogno in base ai Servizi sanitari riabilitativi per i quali tipologie e numero di interventi sono stabiliti attraverso la definizione di un PRI.

Fabbisogno TOcc nei CAR privati accreditati				
<i>Ente erogatore</i>	<i>area intervento</i>	<i>indirizzo</i>		<i>nr. risorse*</i>
<i>ASL 1 imperiese</i>				
Fondazione ISAH	NPI	Oiazetta G. B. De Nregri, 4	Imperia	1
Hesperia Servizi Medici	Adulto con dis.	Via Romana, 40	Bordighera	1
	Adulto con dis.	Via Canessa, 3	Sarremo	1
<i>ASL 3 Genovese</i>				
AISM	Adulto con dis.	Via Operai, 30	Genova	1
ANFFAS	NPI	Via Pisacane, 51-53R	Genova	1
		Piazza Cesino, 4	Genova	1
Centro R.Ed.U.L.Co.	NPI	Corso Sardegna, 36	Genova	1
Coop SABA	NPI	Piazza Soziglia, 1	Genova	1
Fondazione Chiossone	NPI	Corso Solferino, 14	Genova	1
	Adulto con dis.	Corso Italia 10	Genova	1
Rinascita e Vita	Adulto con dis.	Via Porta degli Angeli, 2-4 canc.	Genova	1
UILDM	Adulto con dis.	Viale Brigate Partigiane, 14	Genova	1
<i>ASL 4 chiavarese</i>				
Centro Benedetto Acquarone	Adulto con dis.	Via San Pio X, 26	Chiavari	1
<i>ASL 5 spezzina</i>				
Gi.S.A.L. Ce.A.D.	Adulto con dis.	Località Le Ghiare	Levanto	1
Consorzio Cometa	Dipendenze		La Spezia	1
Fabbisogno TOcc nei servizi ADI				
nr. Distretti Socio-Sanitari		19 risorse stimate per Distretto	1	19
TOTALE				34

* stimate nella misura minima di una risorsa per Servizio, attivabile in base al PRI

Tabella 5. 6 - Fabbisogno professionale stimato in base al numero di unità di erogazione de Servizi sanitari riabilitativi definiti con PRI.

Fabbisogno TOcc in Liguria	
Fabbisogno TOcc su base L.E.A. - Allegato 8 DPCM 12 Gennaio 2017	260
Fabbisogno TOcc su base L.E.A. - Allegato 8BIS DPCM 12 Gennaio 2017	45
Fabbisogno TOcc per Riabilitazione in regime di degenza ospedaliera	13
Fabbisogno TOcc per Nuclei protesici Alzheimer	7
Fabbisogno TOcc nei CAR privati accreditati	15
Fabbisogno TOcc nei servizi ADI	19
TOTALE	359

Tabella 5. 7 - Stima complessiva di fabbisogno TOcc per il territorio ligure

La Tabella 5.7 – raccoglie e riassume in un unico calcolo tutte le precedenti stime di fabbisogno.

Il dato di fabbisogno relativo alla figura del Terapista occupazionale sul territorio ligure, calcolato sulla base di Livelli Essenziali di Assistenza e delle Delibere Regionali volte ad attuarli, deve essere necessariamente confrontato con l'attuale disponibilità di risorse professionali operanti sul campo. Con la collaborazione dell'Ordine TSRM-PSTRP di Genova-Imperia-Savona e di La Spezia, abbiamo raccolto i dati dei Terapisti occupazionali iscritti agli Albi liguri dalla loro istituzione ad oggi. La Tabella 5.9 -, posta in coda a questo Capitolo per esigenze d'impaginazione, riassume e organizza i dati raccolti. Essi, relativi alle risorse professionali transitate o attualmente operative sul territorio ligure, sono:

- età anagrafica (e conseguentemente gli anni di attività lavorativa rimanenti);
- i flussi di entrata/uscita;
- l'Ateneo di provenienza;
- l'origine geografica.

Il numero di Terapisti occupazionali attivi attualmente in Liguria è di 34 unità, a fronte delle 359 necessarie per rispondere adeguatamente, ed in linea con le normative, al bisogno di salute dei cittadini liguri.

5.2. Fabbisogno formativo e Corsi di Laurea

Nella precedente sezione di questo capitolo, abbiamo trattato del calcolo del fabbisogno formativo relativamente alla figura del Terapista occupazionale in Liguria. Il fabbisogno serve ad indirizzare l'offerta formativa delle Università italiane. L'indicazione espressa non si traduce automaticamente in un allineamento dell'offerta formativa.

Il Ministero della Salute ha il compito e la responsabilità di determinare il fabbisogno di risorse professionali a livello regionale, sentiti i rappresentanti delle Regioni e degli Ordini professionali. Il Ministero dell'Università, sentiti gli altri Ministeri interessati, ha il compito e la responsabilità di determinare il numero di posti disponibili per i Corsi di Laurea a livello nazionale. La ripartizione dei posti tra i vari Atenei dipende dalla mediazione tra il potenziale formativo espresso dalle singole università e il fabbisogno formativo. In questo frangente emerge l'eventuale necessità di attivazione di offerta formativa sul territorio.

L'adeguamento dell'offerta formativa deve essere ragionata a livello nazionale, tenendo conto delle potenzialità formative di sedi universitarie collocate in Regioni limitrofe a quella di riferimento.

5.2.1. Comparazione fabbisogno formativo di Terapisti occupazionali e posti disponibili per il Corso di Laurea

Osservando la conformazione geo-politica del territorio italiano, abbiamo suddiviso le regioni in ipotetiche aree formative, ovvero aree geografiche contigue da un punto di vista territoriale e logistico:

- Area Nord-Centro Occidentale → Val d'Aosta, Piemonte, Liguria, Toscana e Sardegna;
- Area Padana → Lombardia ed Emilia Romagna;
- Area Nord-Orientale → Veneto, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia;
- Area del Centro Italia → Lazio, Umbria, Marche, Abruzzo;
- Area Sud-Orientale → Molise, Puglia e Basilicata;
- Area Sud-Occidente → Campania, Calabria, Sicilia.

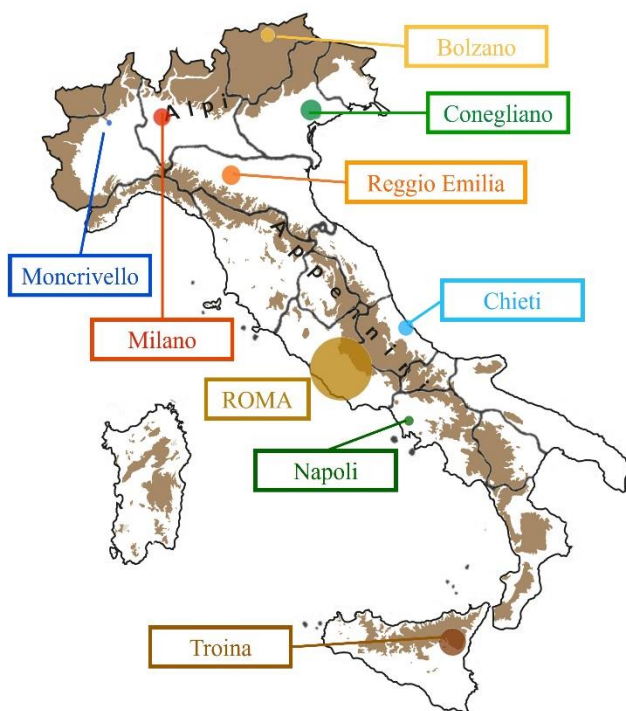


Immagine 5. 2 - Collocazioni delle sedi del CdL di TOcc in relazione alla configurazione geo-politica dell'Italia.

L'Immagine 5.2 – è stata costruita sovrapponendo tre livelli: confini regionali; descrizione grafica dei principali rilievi italiani, i quali fortemente incidono sulla fluidità logistica tra regioni contigue; collocazione delle sedi del Corso di Laurea in Terapia Occupazionale (CdL in Tocc). Queste ultime sono state rappresentate da cerchi di dimensione tale da rispecchiare il loro contributo percentuale rispetto al totale dei posti universitari disponibili per l'anno accademico 2024/2025. Il Grafico 5.1 – rappresenta graficamente i contributi percentuali.

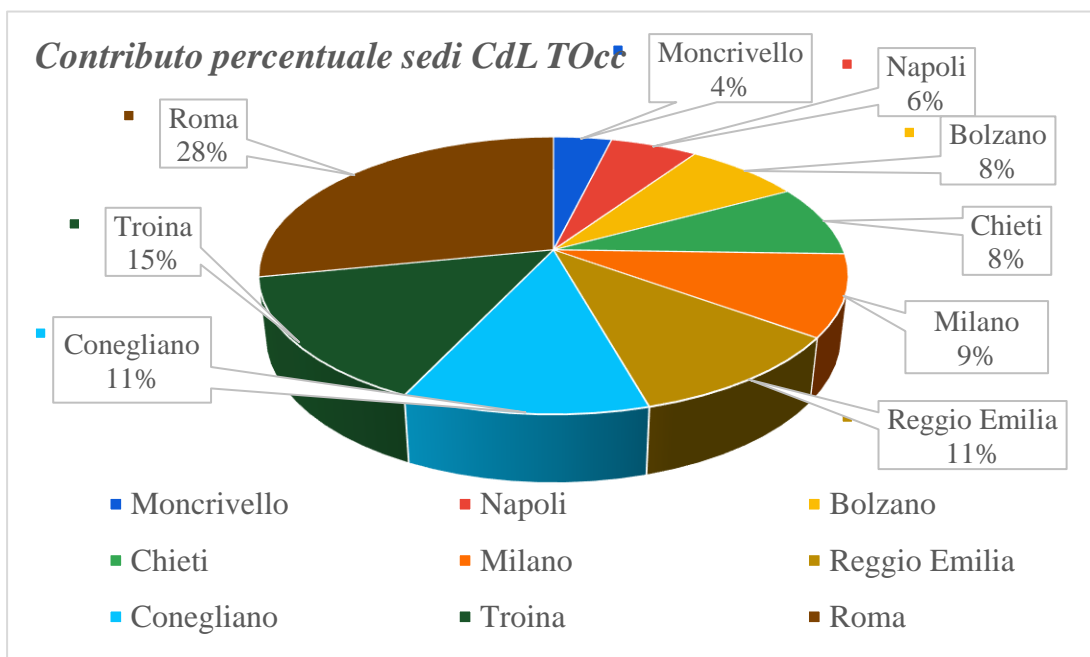


Grafico 5. 1 - Rappresentazione grafica del contributo percentuale delle sedi universitarie alla disponibilità di posti per il CdL di Tocc aa 2024/25.

Per tutte le aree formative ipotizzate sono stati analizzati e messi a confronto i dati relativi a fabbisogno formativo e disponibilità di posti universitari per la formazione di base nel quinquennio 2020/2024. I dati sul fabbisogno espresso dalle Regioni e Province autonome sono stati ricavati dagli Atti della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (CSR), nello specifico:

- Atto n. 83 CSR - 18 Giugno 2020;
- Atto n. 148 CSR - 4 Agosto 2021;
- Atto n. 131 CSR - 6 Luglio 2022;
- Atto n. 149 CSR - 21 Giugno 2023;
- Atto n. 130 CSR - 11 Luglio 2024.

Per quanto riguarda, invece, i dati relativi ai posti disponibili per i Corsi di Laurea in Terapia Occupazionale nei vari Atenei italiani sono stati ricavati dai Decreti del Ministero dell'Istruzione e Università (MIUR):

- D.M. n.616 dell'8 Luglio 2019;
- D.M. n. 241 del 26 Giugno 2020;
- D.M. n. 794 del 13 Luglio 2021;
- D.M. n. 1074 del 13.09.22;
- D.M. n. 1225 dell'11-9-2023;
- D.M. n. 1119 01-08-2024;

Gli Allegati 5.1 - , 5.2 - e 5.3 – al presente Capitolo riportano tabelle e grafici riassuntivi. I grafici mostrano come, in generale, ci sia un costante e progressivo scostamento tra il fabbisogno e la potenzialità formativa del territorio italiano.

Nello specifico dell'area di nostro interesse, si evidenzia uno scoperto di formazione che sale dall'11% del 2020 all'87% del 2024, con uno scostamento medio del 56%, secondo soltanto all'Area Sud-Orientale (che ha uno scostamento del 100%). La Tabella 5.8 – e il Grafico 5.2 – mostrano il dettaglio dei valori e l'andamento nel tempo.

Area Nord-Centro Occidentale						
FABBISOGNO						
	Val d'Aosta	Piemonte	Liguria	Toscana	Sardegna	
2020/21	0	15	20	0	0	
2021/22	0	15	20	5	10	
2022/23	1	20	20	20	25	
2023/24	3	20	20	10	25	
2024/25	3	19	20	10	25	
Area Nord-Centro Occidentale				scostamento		
	TOT. Fabb.	POSTI CdL*		unità	%	
2020/21	35	31		-4	11%	
2021/22	50	31		-19	38%	
2022/23	86	31		-55	64%	
2023/24	78	15		-63	81%	
2024/25	77	10		-67	87%	
<i>* sedi di: Moncrivello</i>				media	56%	

Tabella 5. 8 - Fabbisogno e disponibilità posti universitari a confronto per l'Area Nord-Centro Occidentale

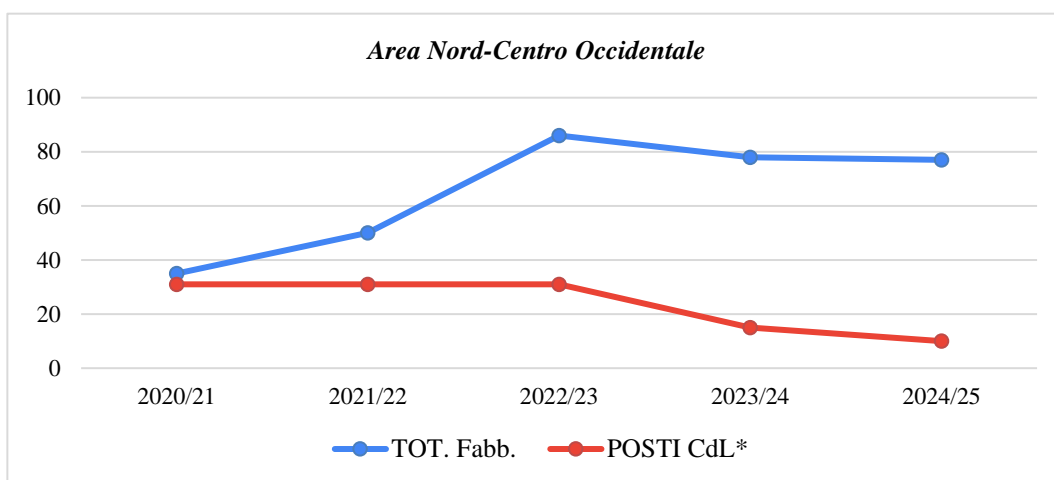


Grafico 5. 2 - Andamento temporale dello scostamento fabbisogno/disponibilità.

L'unica sede universitaria dell'Area Nord-Centro Occidentale è quella di Moncrivello, succursale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Questa sede presenta tre importanti criticità:

- la logistica sfavorevole a studenti che provengono da altre regioni;

- criteri di immatricolazione non-inclusivi, ovvero la necessità di presentare un certificato di battesimo all'atto dell'immatricolazione;
- il costo delle quote universitarie mediamente più alto rispetto alle Università statali.

5.3. Le risorse professionali presenti sul territorio ligure

Ai dati inerenti la domanda e l'offerta formativa, vogliamo accostare i dati che descrivono la composizione, nel tempo, delle risorse professionali disponibili sul territorio. Facciamo riferimento alla tabella in calce al Capitolo. Riteniamo interessanti i dati sulla provenienza dei professionisti, sia in termini universitari sia geografici.

5.3.1. Ateneo di formazione dei Terapisti occupazionali liguri

I Terapisti occupazionali che hanno lavorato o stanno ancora lavorando in Liguria sono in tutto 34; di questi sappiamo dove hanno svolto la formazione base nel 97% dei casi.

Gli Atenei che hanno contribuito alla formazione dei professionisti attivi o stati attivi in Liguria sono, in ordine decrescente:

1. Università degli Studi di Pisa;
2. Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Moncrivello;
3. Università degli Studi di Pavia;
4. Università degli Studi di Chieti-Pescara, sede di Chieti;
5. Università degli studi di Milano;
6. Altro.

Vista sotto questa luce, la prospettiva non è per nulla prospera: il Corso di Laurea presso l'Ateneo di Pisa è stato chiuso diversi anni fa, mentre i Corsi di Laurea di Moncrivello e Pavia non sembrano godere di ottima salute. Il primo, infatti, ha sospeso la formazione per l'anno accademico 2023/2024 e quest'anno ha riaperto con 10 posti in vece dei soliti 16. Il secondo, invece, sospende l'attività formativa per l'anno accademico 2024/25. Delle criticità del Corso di Laurea presso la sede di Moncrivello già ne abbiamo parlato; le criticità del CdL presso l'Università di Pavia sono da tempo note alla comunità nazionale dei Terapisti occupazionali ma non è qui sede per trattarne.

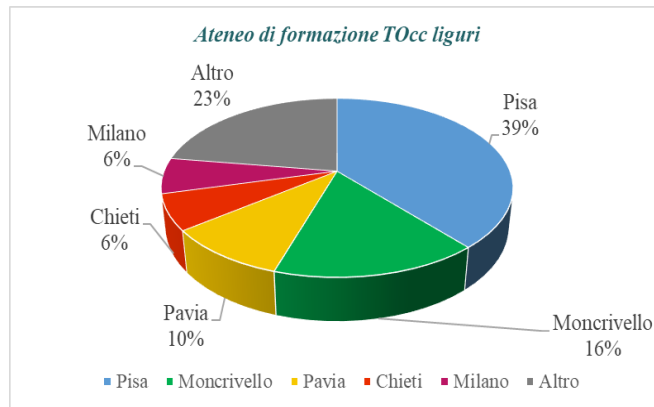


Grafico 5. 3 - Atenei di conseguimento della Laurea per i TOcc sul territorio ligure.

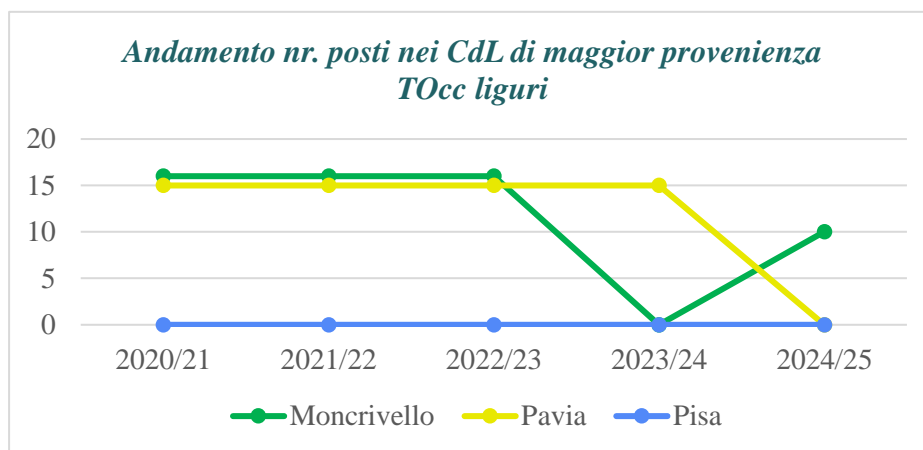


Grafico 5. 4 - Andamento nel quinquennio 2020/24 dei CdL di provenienza storica dei TOcc liguri

5.3.2. Provenienza geografica dei Terapisti occupazionali liguri

Interessante risulta anche il dato sulla provenienza geografica dei Terapisti occupazionali, rappresentato nel Grafico 5.5 - :

- 37% dalla Liguria;
- 21% dalla Toscana;
- 21% dal Piemonte;
- 21% da altre zone (nazionali ed estere).

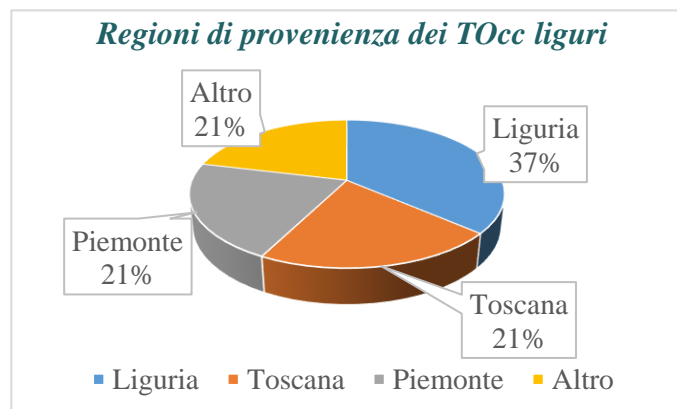


Grafico 5. 5 - Provenienza geografica dei TOcc liguri

Questa suddivisione espone la Regione Liguria ad un potenziale e progressivo impoverimento di risorse professionali tra i Terapisti occupazionali. Se è vero che per un'occupazionale iniziale il neo-laureato è incline a spostarsi più o meno lontano da casa, nel tempo tenderà naturalmente a rinsaldare i propri legami familiari, per volere o per bisogno, avvicinandosi al territorio di origine.

5.4. Acronimi

C.d.L. = Corso di Laurea

C.S.R. = Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

D.M. = Decreto Ministeriale

I.S.S. = Istituto Superiore di Sanità

L.E.S. = Lupus Eritematoso Sistemico

T.Occ. = Terapista occupazionale

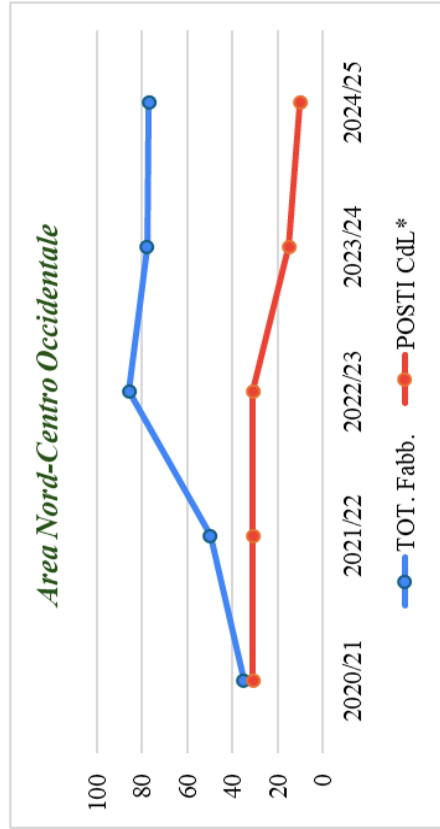
TSRM-PSTRP = Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione

Ordine	nr. iscr.	nascita	Regione di origine	Università conseguimento Laurea	sedè	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
GEIMSV	1	1988	Toscana	PI Pisa	Pisa	ISCR.	TRASF.					
GEIMSV	2	1987	Sardegna	CA Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	TRASF.	
GEIMSV	3	1980	Liguria	SP Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	4	1986	Piemonte	TO Cattolica del Sacro Cuore	Moncrivello	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	5	1987	Lazio	VT La Sapienza	Roma	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	6	1982	Puglia	FG L'Aquila	L'Aquila	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	CANC.	
GEIMSV	7	1962	Liguria	GE <i>Opzione ai sensi del DM 27 Luglio 2000*</i>	Genova	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	8	1984	Lombardia	MI Milano	Milano	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	9	1984	Toscana	GR Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	10	1989	Piemonte	AL Cattolica del Sacro Cuore	Roma	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	11	1987	Piemonte	TO Cattolica del Sacro Cuore	Moncrivello	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	12	1994	Liguria	GE SUPSI	Lugano	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	13	1987	Abruzzo	CH Chieti e Pescara	Chieti	ISCR.	TRASF.					
GEIMSV	14	1971	Liguria	GE <i>Opzione ai sensi del DM 27 Luglio 2000*</i>	Genova	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	15	1998	Liguria	SV Cattolica del Sacro Cuore	Moncrivello	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	16	1973	Liguria	PI Pavia	Pavia	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	17	1996	Piemonte	VC Cattolica del Sacro Cuore	Moncrivello	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	18	1988	CILE	Universidad Mayor	Santiago del Cile	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	19	1997	Piemonte	TO Cattolica del Sacro Cuore	Moncrivello	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	20	1995	Piemonte	AL Pavia	Pavia	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	21	2000	Liguria	IM La Sapienza	Roma	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	22	1997	GERMANIA	Chieti-Pescara	Chieti	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
GEIMSV	23	1991	Liguria	IM								
GEIMSV	24	1978	Liguria	GE Pavia	Pavia							
GEIMSV	25	1983	Piemonte	VC Milano	Milano							
SP	1	1989	Liguria	SP Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
SP	2	1986	Liguria	SP Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
SP	3	1984	Toscana	MS Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
SP	4	1989	Toscana	LU Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
SP	5	1984	Toscana	MS Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
SP	6	1986	Liguria	SP Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
SP	7	1990	Toscana	MS Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.
SP	9	1987	Toscana	MS Pisa	Pisa	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.	ISCR.

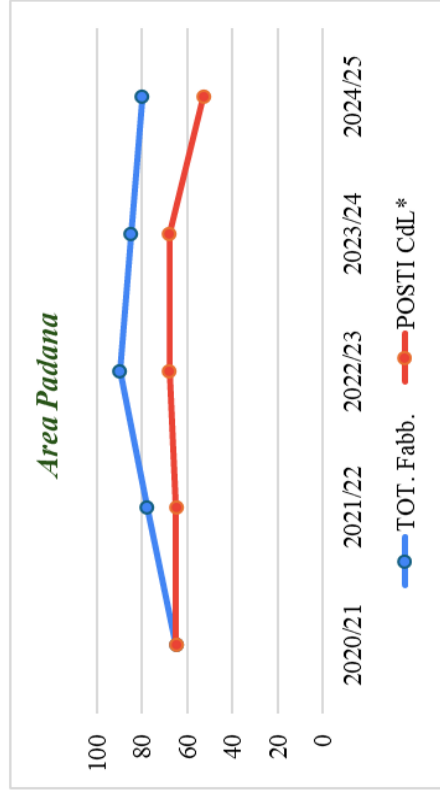
*Domanda di opzione ai sensi del comma 1 art. 2 D.M. 27 Luglio 2000 in materia di "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di diplomista occupazionale"

Tabella 5. 9 - Dati relativi ai Terapisti occupazionali attivi o che sono stati attivi sul territorio ligure nel quinquennio 2020/2024

Area Nord-Centro Occidentale					
FABBISOGNO					
	Val d'Aosta	Piemonte	Liguria	Toscana	Sardegna
2020/21	0	15	20	0	0
2021/22	0	15	20	5	10
2022/23	1	20	20	20	25
2023/24	3	20	20	10	25
2024/25	3	19	20	10	25
Area Nord-Centro Occidentale					
scostamento					
	TOT. Fabb.	POSTI CdL*	unità	%	
2020/21	35	31	-4	11%	
2021/22	50	31	-19	38%	
2022/23	86	31	-55	64%	
2023/24	78	15	-63	81%	
2024/25	77	10	-67	87%	
* sedi di: Moncrivello				media	56%



Area Padana					
FABBISOGNO					
	Lombardia	Emilia-Romagna			
2020/21	50	15			
2021/22	50	28			
2022/23	55	35			
2023/24	55	30			
2024/25	50	30			
Area Padana					
scostamento					
	TOT. Fabb.	POSTI CdL*	unità	%	
2020/21	65	65	0	0%	
2021/22	78	65	-13	17%	
2022/23	90	68	-22	24%	
2023/24	85	68	-17	20%	
2024/25	80	53	-27	34%	
*sedi di: Milano, Pavia, Reggio Emilia				media	19%

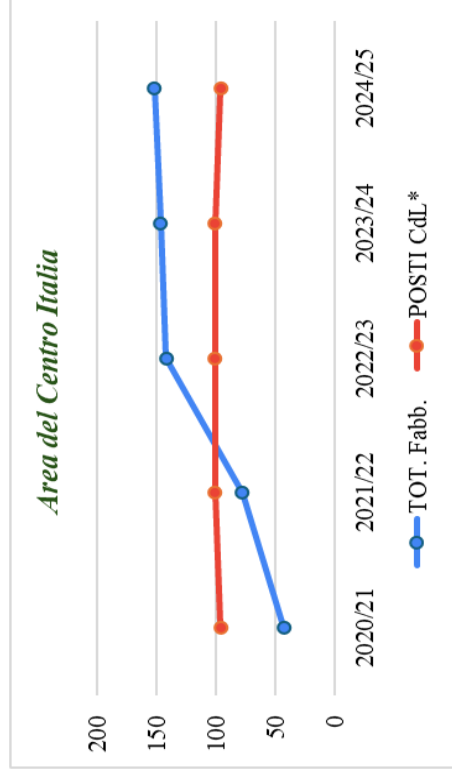


Allegato 5. 1 - Tabelle e grafici di comparazione fabbisogno formativo vs. posti disponibili CdL - profilo TOcc – quinquennio 2020/2024

Area Nord-Orientale				
FABBISOGNO				
	Veneto	Trentino-Alto Adige	Friuli Venezia Giulia	
2020/21	30	5	0	
2021/22	30	5	0	
2022/23	30	30	10	
2023/24	30	28	10	
2024/25	30	27	12	
Area Nord-Orientale				
	TOT. Fabb. POSTI CdL *			scostamento
	unità	%		%
2020/21	35	50	15	-43%
2021/22	35	30	-5	14%
2022/23	70	50	-20	29%
2023/24	68	30	-38	56%
2024/25	69	50	-19	28%
* sedi di: Bolzano, Conegliano				media
				17%

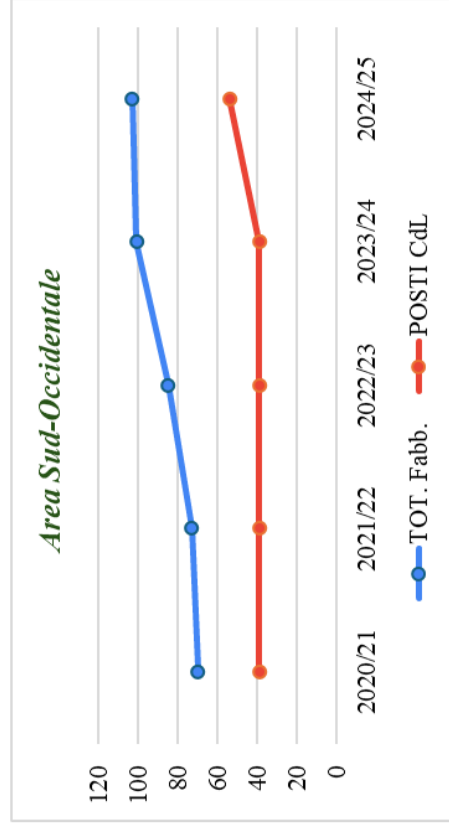


Area del Centro Italia				
FABBISOGNO				
	Lazio	Umbria	Marche	Abruzzo
2020/21	10	10	15	8
2021/22	40	15	15	8
2022/23	75	20	20	27
2023/24	75	20	25	27
2024/25	75	25	25	27
Area del Centro Italia				
	TOT. Fabb. POSTI CdL *			scostamento
	unità	%		%
2020/21	43	96	53	-123%
2021/22	78	101	23	-29%
2022/23	142	101	-41	29%
2023/24	147	101	-46	31%
2024/25	152	96	-56	37%
* sedi di: Roma, Chieti				media
				-11%

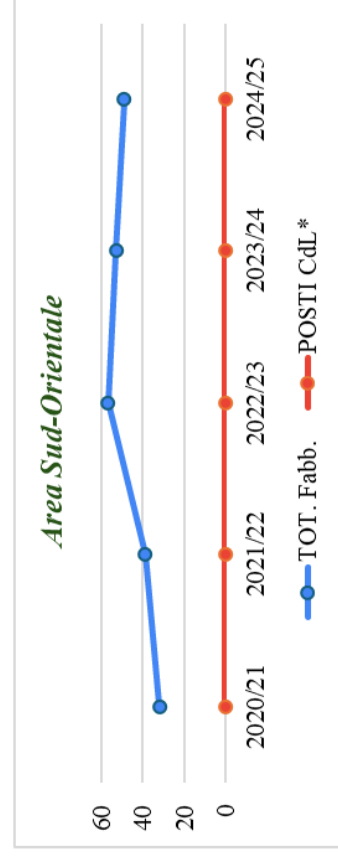


Allegato 5.2 - Tabelle e grafici di comparazione fabbisogno formativo vs. posti disponibili CdL - profilo TOcc - quinquennio 2020/2024

Area Sud-Occidentale				
FABBISOGNO				
	Campania	Calabria	Sicilia	
2020/21	30	10	30	
2021/22	30	8	35	
2022/23	30	20	35	
2023/24	45	20	36	
2024/25	45	22	36	
Area Sud-Occidentale				
TOT. Fabb. POSTI CdL				scostamento
	unità	%		
2020/21	70	39	-31	44%
2021/22	73	39	-34	47%
2022/23	85	39	-46	54%
2023/24	101	39	-62	61%
2024/25	103	54	-49	48%
* sedi di: Troina, Napoli				media
				51%



Area Sud-Orientale				
FABBISOGNO				
	Molise	Puglia	Basilicata	
2020/21	2	30	0	
2021/22	3	30	6	
2022/23	12	35	10	
2023/24	8	40	5	
2024/25	4	40	5	
Area Sud-Orientale				
TOT. Fabb. POSTI CdL *				scostamento
	unità	%		
2020/21	32	0	-32	100%
2021/22	39	0	-39	100%
2022/23	57	0	-57	100%
2023/24	53	0	-53	100%
2024/25	49	0	-49	100%
* sedi: nessuna				media
				100%



Allegato 5. 3 - Tabelle e grafici di comparazione fabbisogno formativo vs. posti disponibili CdL - profilo TOcc - quinquennio 2020/2024

Conclusioni

Il territorio ligure ha un fabbisogno di Terapisti occupazionali che è soddisfatto in misura del 9,5%, da professionisti provenienti per il 63% da fuori regione. Dei due Corsi di Laurea che storicamente hanno formato più del 50% dei Terapisti occupazionali che hanno operato sul territorio ligure, uno è stato chiuso anni fa e l'altro ha mostrato segni di sofferenza nel biennio 2023-2025. Attualmente l'area che comprende la Liguria, il Piemonte, la Val d'Aosta, la Toscana e la Sardegna ha un solo Corso di Laurea per la formazione dei Terapisti occupazionali. Il quale, oltre ad avere dimostrato delle sofferenze, ha delle criticità intrinseche di accessibilità.

La Regione Liguria e Genova, in particolare modo, si trovano al centro dell'area sopraccitata, sia sotto il profilo geografico sia dal punto di vista delle vie di comunicazione. Alla luce di quanto argomentato, si ritiene fortemente appropriato che l'Ateneo genovese si faccia promotore dell'attivazione di un Corso di Laurea in Terapia Occupazionale.

Bibliografia

-
- ¹ Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 741. **Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista.** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.6 del 9 gennaio 1995.
- ² Ministero della Sanità (1997). Decreto Ministeriale n. 136 del 17 Gennaio 1997. **Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapeuta occupazionale.** Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n.119, Maggio 24, 1997.
- ³ Università di Genova, 2024. “**Programmazione didattica coorte a.a. 2024/2025 Corso di Laurea in 9281 Fisioterapia (classe L/SNT2)**”.
https://servizionline.unige.it/unige/stampa_manifesto/PD/2024/9281.html
- ⁴ Università di Genova, 2024. “**Programmazione didattica coorte a.a. 2024/2025 Corso di Laurea Magistrale in 9285 Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie (classe LM/SNT2)**”. https://servizionline.unige.it/unige/stampa_manifesto/PD/2024/9285.html
- ⁵ CNOS-FAP Liguria Toscana, 2021. Bando-Scheda informativa del Corso: Corso per Specialista in Terapia Ricreativa (Child Play Specialist).
<https://www.cnosfap.it/attachements/article/231>
- ⁶ Cieza A., Causey K., Kamenov K., Wulf Hanson S., Chatterji S., Prof Vos T. (2020). **Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019.** The Lancet, Volume 396, ISSUE 10267, P2006-2017, December 19, 2020.
- ⁷ World Health Organization (2024). **Global Health Estimates 2021: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2021.** Geneva, 2024.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- ⁸ World Health Organization (2024). **Life expectancy at birth (years).** Geneva, 2024.
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))
- ⁹ World Health Organization (2024). **Healthy life expectancy (HALE) at birth (years).** Geneva, 2024. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))

¹⁰ Seventy-six World Health Assembly (2023). **Strengthening rehabilitation in health systems.** A76/VR/9, May 30, 2023.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R6-en.pdf

¹¹ World Health Organization (2023). *Package of interventions for rehabilitation. Module 1. Introduction – Module 2. Musculoskeletal conditions – Module 3. Neurological conditions – Module 4. Cardiopulmonary conditions – Module 5. Neurodevelopmental disorders – Module 6. Sensory conditions – Module 7. Malignant neoplasm – Module 8. Mental health conditions.* Geneva, July 2023. **ISBN: 9789240071100**

¹² Legge 11 gennaio 2018, n. 3. **Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.25 del 31 gennaio 2018.

¹³ Decreto Ministeriale 8 settembre 2022, n. 183. **Regolamento recante istituzione degli Ordini territoriali della professione sanitaria di fisioterapista e della Federazione nazionale degli Ordini della professione sanitaria di fisioterapista.** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.280 del 30 Novembre 2022.

¹⁴ Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 666. **Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale del podologo.** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.283 del 3 dicembre 1994.

¹⁵ Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 742. **Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del logopedista.** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.6 del 09 gennaio 1995.

¹⁶ Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n. 56. **Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva.** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.61 del 14 Marzo del 1997.

¹⁷ Decreto Ministeriale 8 ottobre 1998, n. 520. **Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.98 del 28 aprile 1999.

-
- ¹⁸ Decreto Ministeriale 29 marzo 2001, n. 182. **Regolamento concernente l'individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica.** Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.115 del 19 maggio 2001.
- ¹⁹ Decreto Ministeriale 3 novembre 1999, n. 509. **Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.** Gazzetta Ufficiale n.2 del 04 gennaio 2000.
- ²⁰ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. **Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.** *Gazzetta Ufficiale* n. 165 del 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132.
- ²¹ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.** *Gazzetta Ufficiale* n.305 del 30 dicembre 1992 - Supplemento Ordinario n. 137.
- ²² Legge 24 dicembre 2007, n. 244. **Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2008).** *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.300 del 28 dicembre 2007 - Suppl. Ordinario n. 285.
- ²³ Legge 8 marzo 2017, n. 24. **Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.** *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.64 del 17 marzo 2017.
- ²⁴ Legge 29 dicembre 2021, n. 233. **Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose.** *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.310 del 31 dicembre 2021 - Supplemento Ordinario n. 48.
- ²⁵ American Occupational Therapy Association (2020). *“Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.)”*. *American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Suppl. 2), 7412410010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- ²⁶ Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). *“The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance”*. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, Volume 63 Issue 1, April 1996. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- ²⁷ Dewey J., Benteley A. (1946) *“Knowing and the Known”*. Beacon Press, Boston.

Collins Italian Dictionary 2nd Edition (2005). HarperCollins Publishers.

²⁸ Vocabolario Treccani online (2024). <https://www.treccani.it/vocabolario>

²⁹ Dryden J. (2024). “*Autonomia*”. Enciclopedia Internet della filosofia e dei suoi autori.

³⁰ Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1985). “*Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*”. Plenum Press, New York.

³¹ Bateson G. (1972). “*Steps to an ecology of the mind. Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*”. Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey London.

³² Goffman, E. (1974). “*Frame Analysis: an essay on the organization of experience*”. New York, Harper & Row.

³³ Entman, R. M. (1991). “*Framing US Coverage of international News: Contrast in Narratives of KAL and Iran Air Incidents*”. Journal of Communication 41 (4), pg. 6-27.

³⁴ Mosey, A. C. “*The psychosocial components of Occupational Therapy*”. New York, Raven Press, 1986.

³⁵ Polit, D.F. and Beck, C.T. “*Nursing Research: Principles and Methods*”. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2004.

³⁶ Ministero della Salute, 2019. “*I Livelli essenziali di assistenza (LEA)*”. <https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

³⁷ Consiglio dei Ministri, Ministero della Sanità e dell’Economia, 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*. DPCM 29 Novembre 2001, All. 1 . sez. A. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 33 del 08 febbraio 2002.

³⁸ Consiglio dei Ministri, 2017. *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)*. DPCM 12 Gennaio 2017. DPCM 12 Gennaio 2017. Gazzetta Ufficiale Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017.

³⁹ Ministero della Sanità, 2017. *Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapeuta occupazionale*. D.M. 17 gennaio 1997, n. 136. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.119 del 24 Maggio 1997.

⁴⁰ World Health Organization (2023). *Package of interventions for rehabilitation*. Geneva, July 2023. ISBN: 9789240071100

⁴¹ Associazione Italiana Sclerosi Multipla., 2024. “*NMOSD (Spettro dei Disordini della NeuroMielite Ottica): aspetti clinici e criteri diagnostici e terapie*”. <https://aism.it>

⁴² Multiple Sclerosis International Federation, 2024. “*Atlas of MS 2013. Mapping Multiple Sclerosis around the world*”. <https://www.atlasofms.org/>

⁴³ European Multiple Sclerosis Platform, 2012. “*Recommendations on Rehabilitation Services for Persons with Multiple Sclerosis in Europe*”. <https://emsp.org>

⁴⁴ Governo italiano, 1998. *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.165 del 16. 07.1999, Suppl. Ordinario n. 132.

⁴⁵ Assemblea legislativa della Liguria, 2017. *Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali pubbliche e private*. Bollettino ufficiale della Regione Liguria, Anno 48 – N.06, Parte I, 17.05.2017.

⁴⁶ Giunta Regionale Liguria, 2017. *Manuale per l'accreditamento istituzionale Regione Liguria*. Bollettino Ufficiale della Regione Liguria, Anno 49 – N. 49 Supplemento, Parte II, 05.12.2018, pg. 11.

⁴⁷ Mastrillo a., 2022. “*Fabbisogno, accesso all'Università e situazione occupazionale delle professioni sanitarie*”. I luoghi della cura online; nr. 1-2022. www.luoghicura.it

⁴⁸ Presidenza della Repubblica, 1999. “*Articolo 6 - Integrazioni all'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”. D.Lgs. n. 229 del 19 Giugno 1999. “*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'Articolo 1 della Legge 30 Novembre 1998, n. 419*”

⁴⁹ Istituto Nazionale di Statistica, 2024. “*Il Censimento permanente della popolazione in Liguria. Anno 2022*”.

https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Focus_CENSIMENTO-2022_Liguria.pdf

⁵⁰ EpiCentro ISS, 2013. “*Demenze. Informazioni generali*”. <https://www.epicentro.iss.it/demenza/>

-
- ⁵¹ Vanacore N., Maggini M. e Raschetti R., Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, 2005. “***Epidemiologia della demenza di Alzheimer in Italia***”. Notiziario dell’Istituto Superiore di Sanità 2005;18(2):i-ii).
- ⁵² Zoli S., 2019. “***Parkinson: tutte le differenze fra uomini e donne***”. Fondazione Umberto Veronesi: Magazine, Neuroscienze. 25 Novembre 2019.
- ⁵³ Fondazione LIMPE per il Parkinson Onlus, 2024. “***Tutto sul Parkinson***”. <https://www.fondazioneimpe.it>.
- ⁵⁴ Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, 2024. “***Linee di indirizzo per la promozione della salute e del benessere nelle persone alla prima manifestazione psicotica o ad alto rischio di psicosi***”. All. Circolare n. 4 del 02 Maggio 2024. Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna.
- ⁵⁵ Fondazione Umberto Veronesi, 2024. <https://www.fondazioneveronesi.it/>
- ⁵⁶ IRCCS Istituto Clinico Humanitas, 2024. <https://www.humanitas.it>
- ⁵⁷ AUSL-IRCCS di Reggio Emilia, Dipartimento Medicina Specialistica Reumatologia “***Lupus eritematoso sistemico. Informazioni per i pazienti***”, 2022.
- ⁵⁸ quotidianosanità.it, 2024. “***Lupus erimatoso sistemico. Aifa approva rimborsabilità di anifrolumab***”. 10 Maggio 2023.

Ringraziamenti



I primi ringraziamenti sono dovuti a chi mi ha dato la possibilità di conciliare lavoro e studio: le Direzioni Sanitarie dell'Istituto Clinico Scientifico Maugeri e del Servizio di Riabilitazione AISM Liguria.

Ringrazio chi mi ha camminato accanto in questi tre lunghi anni.

Maddalena e Orlando, che sono stati partecipi di questo sforzo, rinunciando a qualche comodità. Il sacrificio ci ha fatti crescere insieme e ora insieme possiamo esserne orgogliosi.

Alessandro che è il balsamo della mia anima ed è stato compagno paziente delle domeniche di sole passate in casa a studiare.

Marina, sorella d'elezione. Finalmente, dopo vent'anni di percorsi paralleli e asincroni, arriviamo fianco a fianco a questo traguardo.

Ringrazio gli amici, che hanno punteggiato il percorso con parole di fiducia e d'incoraggiamento.

Ringrazio i colleghi che, loro malgrado, hanno saputo tollerare negli ultimi mesi gli effetti della mia crescente disattenzione.

Ringrazio tutti coloro che non posso nominare uno ad uno, quelle e quelli che nutrono con costanza la fonte del mio amore per la Terapia occupazionale; le persone che portano con sé il carico della disabilità e che si affidano alle mie conoscenze e capacità, loro che mi ripagano esprimendo stima e gratitudine e talvolta affetto.

