ISSN 2785-745X

FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e Riabilitativa

Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (set-lug)

Editore Domenico Uliano – via Giosuè Carducci, 48 – 86100 Campobasso
Conforme Indicazioni FNOMCeO
Registrazione Tribunale di Campobasso, Registro della Stampa Periodica n. 3/17 del 25/10/2017

FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e Riabilitativa

fondata da David Antonio Fletzer e Domenico Uliano

Direttore Responsabile / Editore

- Domenico Uliano *(Centro di Riabilitazione e Fisioterapia Kinesis di Campobasso; già Direttore del Dipartimento Interaziendale di Riabilitazione ASREM Regione Molise e Docente presso l'Università degli Studi del Molise)*

Comitato di Redazione

- Caterina Albensi *(Dirigente Medico Neuroriabilitazione 5 IRCSS-Fondazione Santa Lucia Roma; Professore a contratto dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata")*
- Giuseppe Cannata *(Ricercatore Confermato – Professore Aggregato della Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Direttore Sanitario del Presidio Multifunzione Comunità Capodarco di Roma)*
- Accursio Miraglia *(Docente presso la Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; Direttore Sanitario del Centro di Educazione Psicomotoria di Sciacca, Agrigento)*
- Morena Ottaviani *(Direttore Sanitario del CMR Centro Medico Riabilitativo di Casarza Ligure, Genova; Responsabile dell'Ambulatorio di Riabilitazione c/o Studio Radiologico Tenconi e Centro Radiologico Fisioterapico Gallaratese di Milano)*

Comitato Scientifico

- Renato Avesani *(già Direttore del Dipartimento di Riabilitazione IRCCS Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, Verona)*
- Daniella Branco Nolasco *(Professore Ordinario, Primario del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Ospedale Dr. Francisco Mouran, São Paulo, Brasile; Post-Laurea in Economia e Gestione della Salute)*
- Eduardo de Melo Carvalho Roca *(MD, PhD; Physiatrist Assistant from Rehabilitation Center of Santa Casa de São Paulo, Brazil; Professor of Physical Medicine and Rehabilitation in Santa Casa de São Paulo Medicine Faculty, Brazil)*

Editore Domenico Uliano – via Giosuè Carducci, 48 – 86100 Campobasso
ISSN 2785-745X – Conforme Indicazioni FNOMCeO
Registrazione Tribunale di Campobasso, Registro della Stampa Periodica n. 3/17 del 25/10/2017

- Paolo Di Benedetto *(Consulente Fisiatra presso Centro Polimedica di Udine; già Direttore di Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione)*
- David Antonio Fletzer *(Specialista in Fisioterapia; Specialista in Ortopedia; già Direttore dell'UOC Centro Spinale del Centro Paraplegici di Ostia, ASL Roma D; già Presidente della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa 2008-2011)*
- Calogero Foti *(Professore Ordinario, Titolare della Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Responsabile del Programma Clinico di Tipo A di Fisiatria del Policlinico Tor Vergata di Roma)*
- Antonio Frizziero *(MD, PhD; Professore Associato di Medicina Fisica e Riabilitativa, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma)*
- Ziad Mohammad Hawamdeh *(Professor of Physical Medicine and Rehabilitation, School of Medicine, The University of Jordan; Head of Rehabilitation Medicine Department, Jordan University Hospital)*
- Marco Monticone *(Professore Ordinario, Direttore della Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Cagliari; Direttore della Struttura Complessa di Neuroriabilitazione dell'ARNAS G. Brotzu di Cagliari)*
- Jannis Vasileios Papathanasiou *(Professore Ordinario, Cattedra di Kinesiterapia, Facoltà di Sanità Pubblica "Prof. Dr. Tzecomir Vodenicharov, DSc.", Università di Medicina di Sofia, Bulgaria; Cattedra di Radiologia, Allergologia e Fisioterapia, Facoltà di Odontoiatria, Università di Medicina di Plovdiv, Bulgaria)*
- Eugenia Rosulescu *(PhD, MD; PRM Specialist; Associate Professor, Vice Dean Faculty of Physical Education and Sport, Department of Physical Therapy and Sports Medicine, University of Craiova, Romania)*

Social

- Mihaela Murè *(Responsabile e Dirigente di Struttura Complessa, Centro Ambulatoriale e Residenziale dell'Istituto Santa Chiara di Lecce, Presidio di Riabilitazione Funzionale)*
- Elena Saccoliti *(Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata")*

Editore Domenico Uliano – via Giosuè Carducci, 48 – 86100 Campobasso
ISSN 2785-745X – Conforme Indicazioni FNOMCeO
Registrazione Tribunale di Campobasso, Registro della Stampa Periodica n. 3/17 del 25/10/2017

FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

FISIATRIA ITALIANA è cresciuta, da quando, nel 2016, un po' visionari, abbiamo immaginato un percorso che non è ancora concluso. É ormai diventata uno strumento efficace di informazione per i fisiatri, utile per un confronto sulle questioni che si pongono nelle attività lavorative/sociali e per raccontare le semplici "eccellenze" del quotidiano (si raccontano le virtù di grosse strutture o si pubblicizzano finanziamenti importanti, ma poco si dice e si sa delle occasioni promosse e portate avanti dai singoli). Insomma una PAGINA per I FISIATRI, dove ci sia inclusione e divulgazione.

Non siamo una lobby professionale, ma una categoria lavorativa, riconosciuta nel mondo intero, che crede nelle potenzialità del recupero di funzioni una volta instauratasi una disabilità causata da una patologia. Dopo la crescita dei posti letto di riabilitazione negli ospedali, assistiamo ora alla loro contrazione specialmente negli ospedali a gestione pubblica, accompagnata da un impulso, non sempre omogeneo e coerente, delle offerte sul territorio e quindi ci rivolgiamo, con molta attenzione, anche a quei fisiatri che lavorano negli ambulatori, che certamente sono stati per anni dimenticati. Allo stesso tempo ci rivolgiamo a quanti esercitano nel privato e che spesso devono rispondere alle richieste che le lunghe lista di attesa nel pubblico non soddisfano. Due mondi che meritano grande attenzione e che sono possibile fonte di crescita, sia professionale che aziendale, anche per molte industrie del settore, sia degli elettromedicali sia farmaceutiche.

Ci rivolgiamo soprattutto ai giovani neospecialisti e specializzandi che rappresentano il nostro futuro e che stanno trovando su Fisiatriaitaliana.it uno spazio accogliente dove pubblicare i propri lavori scientifici.

La Rivista si è rifatta il look ed è dotata di nuove potenti funzioni, con una nuova veste grafica. Ci siamo dotati di un Comitato di Redazione e di un Comitato Scientifico, che vede la partecipazione di diversi colleghi, che rivestono o hanno rivestito ruoli di lustro in Università ed Aziende ospedaliere nazionali ed internazionali. E tutto è sempre in divenire.

Ci siamo così sottoposti alla revisione da parte del CNR ed abbiamo conquistato un altro traguardo: l'attribuzione del codice ISSN (2785-745X), che ha rappresentato, per noi, una prima ed importante tappa nel percorso di crescita scientifica della Rivista che non si è ancora concluso.

Fisiatria Italiana è presente nel catalogo ANCE (codice E266519), il database gestito dal Consorzio Interuniversitario CINECA in cui vengono censite a livello nazionale le riviste e le serie valevoli per l'attività scientifica valutabile dall'ANVUR, l'Agenzia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca.

Fisiatria Italiana è una rivista completamente open access: tutti i contenuti sono liberamente disponibili senza spese a carico dell'utente o del suo istituto. Gli utenti possono leggere, scaricare, copiare, distribuire, stampare, cercare o linkare i testi completi degli articoli o

utilizzarli per qualsiasi altro scopo legittimo, senza chiedere preventiva autorizzazione all'editore o agli autori.

Crediamo nella voglia dei giovani di afferrare con forza il proprio futuro professionale, evitando a loro, ma anche ai nostri occhi, le tristi scene che li hanno visti solo come massa da manovrare, in fila per due, nelle occasioni elettorali. A loro sarà sempre riservato un posto in primo piano tra di noi.

E se tutto questo servirà anche a dare nuove gambe e menti alla FISIATRIA in Italia, sarà un bel regalo per tutti.

FISIATRIA ITALIANA

fisiatriaitaliana.it

CALL FOR PAPERS

La rivista Fisiatria Italiana invita i lettori ad inviare contributi riguardanti esperienze quotidiane e sul campo, buone prassi, progetti innovativi, riflessioni sul mondo della FISIATRIA. L'invito è rivolto AI COLLEGHI FISIATRI ED AGLI OPERATORI del settore riabilitativo dei servizi pubblici e privati, ma anche alle Associazioni delle Persone con disabilità, agli utenti ed ai loro familiari. I contributi, previa valutazione del Comitato di Redazione, saranno pubblicati nella relativa categoria di attribuzione.

Altresì Fisiatria Italiana è aperta al contributo di articoli scientifici, provenienti dal mondo dei ricercatori e degli studiosi. Le proposte di articoli saranno valutate con una procedura anonima dal Comitato Scientifico. Successivamente alla valutazione, gli articoli verranno redazionati e impaginati nel formato tradizionale della rivista. Il PDF sarà reso disponibile per il download.

La rivista aderisce alle linee guida descritte nei Principi di Trasparenza e Buone Pratiche nell'Editoria Accademica del COPE (Committee on Publication Ethics).

Gli articoli di Fisiatria Italiana vengono pubblicati assegnandoli alle seguenti categorie:

- Editoriali
- Attualità
- Disabilità e Società
- Interviste
- Linee Guida/EBM/EBP
- Articoli di Ricerca
- Revisioni della Letteratura e Recensioni
- Case Report e Report Brevi
- Perle Cliniche e Professionali
- Angolo del Legale
- Specialisti in Formazione
- Arte, Tempo Libero e Disabilità
- Storia e Ricordi

Gli articoli della categoria Specialisti in Formazione possono essere scritti dagli stessi Specialisti in Formazione, oppure da Docenti, Specialisti già formati, organi accademici, legislativi e amministrativi e qualsiasi figura professionale interessata, purché incentrati sul mondo degli Specialisti in Formazione. A questa categoria possono essere assegnati in seconda battuta anche articoli categorizzati altrove per tipologia (Articoli di Ricerca, Case Report e

Report Brevi, Revisioni della Letteratura e Recensioni, ecc.), di cui è primo autore e/o corresponding author uno Specialista in Formazione.

Nella submission di un articolo, è opportuno che gli autori indichino una o più categorie cui possa essere assegnato; l'assegnazione definitiva sarà comunque a discrezione del Board.

Invia il tuo articolo

L'articolo da sottoporre per la pubblicazione deve essere inviato a **info@fisiatriaitaliana.it**.

Deve essere preliminarmente uniformato al **template** in formato Word, inserendolo nel **template** stesso e seguendone con cura tutte le indicazioni redazionali e tipografiche. In caso di accettazione, il file Word risultante verrà convertito nel file PDF dell'articolo scaricabile dal sito, pertanto è indispensabile che gli autori prestino la massima attenzione alla sua veste redazionale e tipografica fin dalla prima stesura.

La traduzione in inglese del titolo e i riassunti e le parole chiave in italiano e in inglese sono obbligatori per Articoli di Ricerca, Revisioni della Letteratura, Case Report e Report Brevi. Si sottolinea la necessità che i riassunti in italiano e in inglese vengano mantenuti entro la lunghezza massima di 150 parole ciascuno, per consentire una corretta impaginazione.

L'articolo va inviato in formato Word, unitamente alla **cover letter**, debitamente compilata nel relativo template, firmata dal corresponding author a nome di tutti gli autori e quindi convertita direttamente dal corresponding author in formato PDF non modificabile.

Il Direttore Responsabile e il Comitato di Redazione effettueranno una prima valutazione della qualità complessiva dell'articolo, della sua attinenza alle tematiche trattate dalla rivista e della sua conformità al **template** ed alle istruzioni per gli autori in esso contenute. In caso di esito favorevole, a seconda della tipologia l'articolo verrà pubblicato oppure sottoposto al Comitato Scientifico, che sceglierà almeno due esperti incaricati della peer review, dove referee e autori rimarranno anonimi: entro 30 giorni il processo di referaggio deciderà se accettare l'articolo, oppure richiederne una revisione (gli autori avranno a disposizione fino a 30 giorni per effettuarla), oppure rifiutarlo.

Gli articoli non conformi al **template** ed alle istruzioni verranno rispediti agli autori affinché provvedano alle necessarie modifiche prima di avviare il processo di referaggio.

La pubblicazione open access è gratuita, ma gli autori dovranno curare a proprie spese la formattazione dell'articolo secondo il **template**, la corretta forma inglese delle traduzioni ed eventuali revisioni che si rendano necessarie. La Direzione potrà eventualmente richiedere agli autori l'attestazione formale di una traduzione di madrelingua.

Gli autori mantengono i diritti sul proprio articolo e cedono a Fisiatria Italiana il diritto di prima pubblicazione sotto una licenza Creative Commons Attribuzione 4.0 Internazionale (CC BY 4.0), che consente di utilizzare liberamente l'articolo indicandone gli autori e la prima pubblicazione su questa rivista, fornendo un link alla licenza e specificando se sono state effettuate delle modifiche.

Gentili utenti, anche ai sensi e per gli effetti delle Linee Guida emesse dal Garante della Privacy in data 25 gennaio 2012, l'Editore intende comunicare alcune avvertenze per l'utilizzo dei servizi di questo sito, connesse all'invio di post e contributi da pubblicare:

- **Vi ricordiamo che i dati di contatto (quali ad esempio l'indirizzo di posta elettronica) da voi inseriti nel messaggio saranno pubblicati unitamente al vostro commento;**
- **Vi invitiamo a valutare attentamente l'opportunità di inserire, all'interno dei commenti, dati personali;**
- **Vi invitiamo a valutare attentamente l'opportunità di pubblicare foto o video che consentano di identificare o rendere identificabili persone e luoghi;**
- **Vi invitiamo a prestare particolare attenzione alla possibilità di inserire, nei vostri interventi, dati che possano rivelare, anche indirettamente, l'identità di terzi;**
- **Vi ricordiamo che i dati da voi immessi nei vostri post e commenti saranno resi pubblici sul sito internet fisiatriaitaliana.it e rimarranno archiviati nello stesso senza limiti di tempo e saranno indicizzabili e reperibili anche dai motori di ricerca generalisti (Google, Yahoo etc.);**
- **Il Board Editoriale non può essere ritenuto responsabile delle opinioni e dei contenuti espressi dagli autori negli articoli pubblicati in questa Rivista.**

FISIATRIA ITALIANA

Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (lug-set)

INDICE

Editoriali

1. Il buonsenso di mezza estate
Domenico Uliano PDF

Disabilità e Società

3. RSA in crisi, a pagare sono gli anziani "Dimenticati nei letti senza personale"
David Antonio Fletzer PDF

Perle Cliniche e Professionali

5. Un refresh sullo studio professionale in attività sanitarie della riabilitazione
Domenico Uliano PDF

Report Brevi

7. Guna collagen medical devices nel trattamento del dolore in casi ambulatoriali di osteoartrosi
Dimitri Lepore PDF

Perle Cliniche e Professionali

15. La Persona anziana nel Presidio riabilitativo ambulatoriale
Morena Ottaviani PDF

Linee Guida/EBM/EBP

18. La tutela della fragilità in Riabilitazione
Giuseppe Cannata et al. PDF

Angolo del Legale

24. Il coinvolgimento del minore nelle decisioni di cura (seconda parte)
Francesca Santangelo PDF

Fisiatria Italiana – Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (lug-set) – ISSN 2785-745X

Il buon senso di mezza estate

Domenico Uliano

Campobasso

In una torrida giornata di agosto, al riparo degli ombrelloni, tra Umarell neo sovranisti ed allarmanti urla elettorali, ci siamo imbattuti in un sito internet che parlava di "buon senso". Il buonsenso, scrive lo Zingarelli, è "la capacità di comportarsi con saggezza e senso della misura, attenendosi a criteri di opportunità generalmente condivisi"

Dunque un senso della misura, ispirato anche dalla cultura comune e quindi, per questo, senza sopraffazioni e discriminazioni tra appartenenti alla stessa"cordata".

Come in un cloud abbagliante che smorza a stento gli intensi raggi del sole, ci viene da pensare a cosa potrebbe essere, nella confusione epocale che stiamo vivendo, di buonsenso.

É di buonsenso, ad esempio, avere una Società scientifica che, utilizzando le competenze di medici specialisti e dunque formati sui banchi e sul campo, possa mettere a disposizione la propria scienza al servizio della collettività, indirizzando scelte e decisioni sulla base di reali competenze e provate capacità. Guidata da medici specialisti scelti da pari e non da volenterosi studenti ….

Sarebbe di buonsenso avere una dirigenza che riuscisse a non parlare più nei propri documenti di area post-acuzie, che è sempre più un termine fuorviante. Il buonsenso suggerirebbe di identificare una area omogenea della riabilitazione per codice 56, 75, 28, lasciando il codice 60 ad un'area assistenziale, come dai documenti dei percorsi riabilitativi del Ministero.

Sarebbe di buonsenso lavorare per un Decreto appropriatezza che salvaguardi Persone ed Operatori, tutelando l'intera Disciplina nella sua unitarietà, senza retrocedere i Fisiatri e le disabilità di provenienza ortopedica ad esempio e senza favorire la frammentazione della Disciplina tra mille specialisti d'organo.

Certo sarebbe anche di buonsenso affidare la direzione di un Dipartimento di Riabilitazione ad un Fisiatra e non ad uno Psicologo, o la direzione di un Distretto sanitario ad un Medico competente e specialista e non ad un Infermiere.

Sarebbe poi di buonsenso avere un Sindacato che fosse in grado di creare rapporti sindacali chiari e reciproci con le altre organizzazioni, sia dei Medici che di altre categorie, per trasferire sui tavoli delle discussioni e delle decisioni importanti i bisogni e le richieste di una intera area sanitaria e sociale quale quella riabilitativa.

Sarebbe certamente di buonsenso riprendere il cammino delle battaglie contro l'abusivismo della Professione medica, in un contesto in cui é sempre più complicato definire ruoli e competenze ed in cui tutti, senza averne spesso il diritto, portano a casa spazi non propri.

Ed in tutto questo sarebbe di buonsenso far crescere giovani in formazione nei luoghi dove le "cose" si fanno davvero, in piena libertà, fidelizzandoli ad una Disciplina e ad una Società scientifica non per vederli poi in fila per due al momento delle elezioni, ma per affidare

realmente a loro le sorti future della Fisiatria, senza vederli fuggire, come cavalli al galoppo, appena conquistato un agognato pezzo di carta.

E soprattutto sarebbe di buonsenso avere una vision globale per capire realmente chi siamo, dove siamo e dove vogliamo arrivare, individuando e condividendo con chiarezza il nostro percorso, senza il quale niente e nessuno ci potranno condurre alla meta.

Pensieri di buonsenso che svaniscono però l'ombrellone, infrangendosi contro gli scogli della vita quotidiana, tra prezzo del gas che sale. missili e bombe, palloni gonfiati della politica ferragostana e salotti della fisiatria anche essa (ahimè) nostrana.

Fisiatria Italiana – Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (lug-set) – ISSN 2785-745X

RSA in crisi, a pagare sono gli anziani "Dimenticati nei letti senza personale"

David Antonio Fletzer

Roma

In questa estate in cui i cinema arrancano (ed è triste perché per me i film hanno senso solo nel buio delle sale cinematografiche e non sui divani di casa), i teatri sono chiusi (ma finalmente si delinea una stagione teatrale piena di novità dopo i quasi 2 anni di pandemia), la televisione è piena di repliche (consiglio per gli amanti dei gialli il canale 38 e 39 e nel primo il martedì nel prime time la serie di Balthazar, brillante medico legale parigino, e nel secondo i Poirot del sabato sera) e i viaggi sono paralizzati da tutti i voli cancellati per mancanza del personale eliminato con la pandemia (tanto che, per esempio, la Lufthansa ha trasformato molti voli nazionali in trasferimenti in treno), la lettura rimane la principale attività per il tempo libero, ma, invece che recensire qualche libro, voglio soffermarmi su un articolo di la Repubblica apparso a pagina 15 mercoledì 24 agosto con il titolo come quello di questo post.

Dopo gli scandali avvenuti in quasi tutte le regioni nelle RSA durante la pandemia, ora la situazione sta precipitando ed infatti l'articolo ha come sottotitolo "scarsa igiene e casi di 3 operatori per 50 ospiti. Ma anche posti tagliati per fare fronte ai costi più alti di gestione".

Si parla di 4500 RSA, in maggioranza private, con 300 mila ospiti non autosufficienti, di cui tanti con demenza, il cui costo medio per persona è di 3000€ per le strutture convenzionate.

L'articolo è veramente demoralizzante e se non dovessimo malignamente pensare che si cerca una "soluzione finale" della terza età meno protetta tramite un risparmio da parte dell'INPS delle rispettive pensioni e migliorare i bilanci regionali risparmiando il contributo di 1.500€ mensili (meno di quanto la Camera ed il Senato danno mensilmente per le spese di cancelleria ad ogni deputato e senatore), allora dovremmo dire che anche in questo caso non si rispetta il valore dei nostri ANZIANI.

Qualcuno dirà, a ragione, che il "mio parlare" di questo problema sociale è solo dovuto ad un "mio interesse specifico" e non lo nego, anche se da giovane medico ho sempre cercato di instillare nel personale sanitario il rispetto per i vecchi, osservando il differente comportamento che riscontravo come reazione ad una perdita urinaria al letto di un bambino ricoverato per lussazione congenita d'anca o per un PTC rispetto ad un anziano operato per frattura di collo femore o di artroprotesi d'anca per coxartrosi.

I costi generali, specie dell'energia, ma non solo, delle RSA sono aumentati e così si cerca di risparmiare riducendo il personale o diminuendo i posti letto.

Mi fa piacere sentire le iniziative presenti nei vari programmi elettorali per il 25 settembre a carico dei giovani e guai se volessi mettere gli anziani in contrapposizione ai giovani, ma certamente questa situazione delle RSA, mi strazia allo stesso modo di vedere anziani che dormono per la strada o che tendono la mano per chiedere uno spiccio di elemosina.

Nelle civiltà antiche gli ANZIANI con la loro memoria storica, che significava saggezza, erano il principale valore delle diverse Culture, mentre ora, nel mondo di giovani influencer ricchi di like e di euro, pensare che le forze dell'ordine hanno trovato cucine di 2 RSA della civile Pavia piene di blatte ci fa capire quale è la nostra epoca.

Nel Piano di Indirizzo per la Riabilitazione approvato nel 2011 non ci fu permesso di affrontare il grande problema della LUNGODEGENZA ovvero del codice 60, ma nonostante questo si cercò di far capire che una cosa è la LUNGOASSISTENZA a gestione medico/infermieristica ed altra cosa è la LUNGODEGENZA RIABILITATIVA affidata al fisiatra/fisioterapista/terapista occupazionale ed ovviamente anche al personale infermieristico. Non differenziare queste due diverse richieste con differenti codici ministeriali creava confusione e nella confusione ci perde sempre il paziente.

Ora una cosa è la lungoassistenza/lungodegenza riabilitativa altro sono le RSA ma sono aspetti di uno stesso problema ovvero l'invecchiamento e la sempre minore efficacia della grande rete sociale rappresentata dalla FAMIGLIA.

Mi si potrà dire che nel 2021 per la prima volta la vita media è diminuita, ma io vorrei che non venissero dimenticati i camion militari di Bergamo che rappresentano meglio di ogni parola l'Italia del 2020, e la TRISTEZZA e la DESOLAZIONE di quei giorni!

Dico questo perché ho capito da tempo che la memoria è ormai una capacità mentale quasi scomparsa sostituita dall'egoismo e dalla voglia di apparire/emergere rispetto alla massa. Consentitemi, allora di terminare con le parole del Vangelo di Luca dell'ultima domenica di questo caldo agosto 2022.

"Quando sei invitato a nozze da qualcuno, non metterti al primo posto, perché non ci sia un altro invitato più degno di te, e colui che ha invitato te e lui venga a dirti: "Cedigli il posto!". Allora dovrai con vergogna occupare l'ultimo posto. Invece, quando sei invitato, va' a metterti all'ultimo posto, …… perché chiunque si esalta sarà umiliato, e chi si umilia sarà esaltato»."

"Quando offri un pranzo o una cena, non invitare i tuoi amici né i tuoi fratelli né i tuoi parenti né i ricchi vicini, perché a loro volta non ti invitino anch'essi e tu abbia il contraccambio. Al contrario, quando offri un banchetto, invita poveri, storpi, zoppi, ciechi; e sarai beato perché non hanno da ricambiarti." (Lc 14,1.7-14)

P. S. oggi laicamente ho letto questo aforisma di anonimo "Ci deludono sempre quelli a cui avevamo riservato un posto in prima fila"

Fisiatria Italiana – Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (lug-set) – ISSN 2785-745X

Lo studio professionale in attività sanitarie della riabilitazione

Domenico Uliano

Campobasso

Lo studio professionale:

è il luogo in cui il singolo professionista esercita la propria attività professionale in maniera autonoma. Lo studio professionale può essere aperto con la comunicazione al Sindaco previa auto dichiarazione di svolgere esclusivamente in proprio l'attività professionale senza l'ausilio di mezzi e di personale.

L'attività professionale deve assumere carattere di assoluta personalità non essendo consentito l'esercizio della stessa tramite un'organizzazione anche minima che travalichi il rapporto professionista/paziente. In questo senso non è consentita la presenza di dipendenti fissi che svolgano attività similare a quella di un centro di prenotazione.

Inoltre non è altresì consentita la presenza all'interno dello stesso studio di altri professionisti che travalichino il rapporto uno a uno professionista/paziente.

Nello studio professionale non è assolutamente consentito l'utilizzo di dispositivi medici che richiedano il rispetto della normativa di cui al DPR 14/01/97 requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici.

Dal punto di vista strutturale lo studio deve avere un numero di locali che siano strettamente necessari per l'esercizio della propria professione individuale nei confronti del singolo paziente. In questo senso non è consentito l'utilizzo di palestre, spazi destinati al trattamento contemporaneo di più pazienti, pluralità di box.

Lo studio professionale del professionista sanitario della riabilitazione:

fermo restando il rispetto dei principi e dei requisiti sopra descritti, nell'esercizio della propria attività professionale il professionista sanitario della riabilitazione è tenuto, nell'espletamento delle sue prestazioni, al rispetto dei limiti derivanti dal proprio profilo professionale.

In particolare, la possibilità di esercizio da parte del professionista sanitario della riabilitazione è limitata "in riferimento alla diagnosi e alle prescrizioni del medico". Pertanto, il professionista sanitario della riabilitazione dovrà svolgere i trattamenti di sua competenza solo ed esclusivamente entro i confini della diagnosi formulata dal medico e delle prescrizioni di cura da questo stabilite.

Come per lo studio professionale del medico, il professionista sanitario della riabilitazione non potrà utilizzare alcun dispositivo medico che, oltre a comportare rischi per la salute del

paziente, necessiti per la sua presenza ed il suo esercizio nello studio che quest'ultimo rispetti tutti i requisiti di cui al D.P.R. 14.01.1997.

Come nello studio medico non è consentita la presenza contestuale di altro sanitario medico o professionista sanitarie della riabilitazione, anche nello studio professionale del professionista sanitario della riabilitazione vale il medesimo divieto. Infatti, l'eventuale compresenza di altri soggetti configurerebbe necessariamente la sussistenza di un Ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitativa.

In questo caso, infatti, non è più possibile configurare l'espletamento di una attività professionale resa in forma individuale, nel rispetto dei confini del relativo profilo professionale. Si è in presenza dell'Ambulatorio, pertanto, quando la struttura in cui si svolgono prestazioni di carattere sanitario è caratterizzata dalla complessità dell'insieme delle risorse (umane, materiali ed organizzative) utilizzate per l'esercizio delle attività.

La violazione anche di uno solo dei precetti sopra esposti comporterà l'impossibilità di far rientrare la struttura del sanitario nell'alvo dello studio professionale, configurandosi la diversa fattispecie dell'ambulatorio di Medicina Fisica e Riabilitativa con la conseguente necessità della previa autorizzazione regionale e quindi del pieno rispetto della normativa che disciplina l'apertura e l'esercizio dell'Ambulatorio

Fisiatria Italiana – Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (lug-set) – ISSN 2785-745X

Guna collagen medical devices nel trattamento del dolore in casi ambulatoriali di osteoartrosi

Dimitri Lepori

Firenze

D. Lepori

GUNA COLLAGEN MEDICAL DEVICES NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE IN CASI AMBULATORIALI DI OSTEOARTROSI

GUNA COLLAGEN MEDICAL DEVICES IN THE TREATMENT OF PAIN IN OUTPATIENT CASES OF OSTEOARTHRITIS

RIASSUNTO

Questo lavoro si propone di valutare gli effetti della somministrazione di alcuni Guna Collagen Medical Devices nella sintomatologia dolorosa acuta e cronica associata a stati di Osteoartrosi.
Lo scopo dello studio è la valutazione di come la somministrazione di MDs specifici per ogni Distretto anatomico sia in grado di modulare il dolore e di migliorare la risposta funzionale e motoria.
– Appurato lo stato clinico dei pazienti e dopo aver richiesto, ove possibile, di sospendere i trattamenti farmacologici antinfiammatori, antalgici o di altra natura, si è proceduto con la somministrazione con tecnica infiltrativa sottocutanea, loco-regionale (Mesoterapia). Le infiltrazioni sono state effettuate a cadenza settimanale (1 seduta/settimana x 12 settimane consecutive) in 20 pazienti affetti da dolore correlato alla propria condizione artrosica di diversa entità clinica (da moderata a severa).
I 20 pazienti presentavano i seguenti disturbi: 5 pazienti dolore al ginocchio, 7 pazienti dolore lombare, 5 pazienti dolore cervicale, 3 pazienti quadro doloroso di spalla.
I parametri di valutazione adottati sono il Questionario WOMAC per il ginocchio, la Scala VAS per il dolore (0-10) e la Scala VAS per la sensazione soggettiva di miglioramento funzionale nei movimenti (0-10).
I Questionari sono stati sottoposti ai pazienti prima dell'inizio della terapia (T0) e dopo la 1ª, 2ª, 3ª, 6ª e 12ª settimana di terapia.
La terapia adottata ha previsto l'utilizzo di MDs specifici, somministrati da soli, utilizzando siringhe da 5 ml con aghi 30G x 12mm. Ad ogni seduta sono stati raccolti i dati secondo il Questionario WOMAC e le due Scale VAS adottate. Alla fine del periodo di trattamento, in seguito alla elaborazione dei dati raccolti e all'osservazione dei pazienti per 6 mesi dopo la terapia, si è potuto constatare una notevole riduzione del dolore percepito ed evocato e un miglioramento generale della condizione funzionale articolare.

PAROLE CHIAVE **GUNA COLLAGEN MEDICAL DEVICES, MD-NECK, MD-SHOULDER, MD-LUMBAR, MD-KNEE, DOLORE CERVICALE, DOLORE SCAPOLO-OMERALE, DOLORE LOMBARE, DOLORE AL GINOCCHIO, DOLORE ARTICOLARE, OSTEOARTROSI**

IL DOLORE OSTEOARTROSICO

Nel corso della vita professionale di un medico ambulatoriale il dolore riveste un'importanza notevole; frequentemente è presente ed affianca le più diverse situazioni cliniche, divenendo il motivo per cui viene richiesto il consulto medico; nelle malattie croniche il dolore ha un forte impatto sulla qualità di vita dei pazienti, potendone limitare per esempio mobilità, capacità lavorativa, benessere psico-fisico e relazioni sociali.

– Nelle patologie osteoarticolari come

SUMMARY: **The aim of this study is to evaluate the effects of the administration of Guna Collagen Medical Devices in acute and chronic pain symptoms associated with Osteoarthritis. The goal of this study is to evaluate how the administration of district-specific MDs can modulate pain and improve functional and motor responses. After ascertaining the patient's clinical state and requesting, if possible, the suspension of anti-inflammatory, analgesic or similar drugs, we proceeded with the administration of subcutaneous, loco-regional infiltration, according to the Mesotherapy technique. The infiltrations were carried out on a weekly basis (1 session/week x 12 weeks) in 20 patients suffering from pain related to their osteoarthritic condition of varying clinical entity (from moderate to severe). The 20 patients presented the following complaints: 5 knee pain, 7 low back pain, 5 neck pain, 3 shoulder-related pain. The assessment parameters used were the WOMAC questionnaire for knee pain, the VAS scale for pain and the VAS scale for subjective sensation of functional improvement in movement (0-10). The questionnaires were given to the patients before the start of the therapy (T0) and after the 1st, 2nd, 3rd, 6th and 12th week of treatment. Therapy involved the use of specific Collagen MDs, administered alone without other drugs, using 5 ml syringes, 30G x 12mm needles. At each treatment data were collected according to the WOMAC questionnaire and the two VAS Scales adopted. At the end of the treatment period, following the processing of the collected data and the observation of the patients for 6 months after the therapy, it was observed a significant reduction in perceived and evoked pain as well as a general improvement in the functional condition of the joints.**

KEY WORDS: **GUNA COLLAGEN MEDICAL DEVICES, MD-NECK, MD-SHOULDER, MD-LUMBAR, MD-KNEE, NECK PAIN, SHOULDER PAIN, LOW BACK PAIN, KNEE PAIN, JOINT PAIN, OSTEOARTHROSIS**

l'**Osteoartrosi (OA)**, il dolore è spesso oneroso da sopportare.
– È molto importante – quindi – tutelare il più possibile i pazienti dal dolore acuto, ma soprattutto cronico.

Vi sono varie metodologie per inquadrare il dolore e la dimensione che esso riveste; quella dell'IASP *(International Association for the Study of Pain)* e dell'OMS, tra le più condivise, stigmatizzano entrambe la forte rilevanza che il dolore riveste sulla qualità di vita di chi ne soffre.

Si possono identificare alcune tipologie di dolore; dal punto di vista classificativo: dolore acuto, cronico, procedurale, evocato, riferito, spontaneo, ecc.

In comune vi è la via nervosa e la sua gerarchia fisio-anatomica: il dolore coinvolge numerosi aspetti, medici, psicologici e psichiatrici.
Nelle patologie osteoarticolari è legato all'iperattivazione delle **fibre nervose** dolorifiche di tipo **A Delta** e **c**.
Queste fibre nocicettive somatiche sono localizzate nel periostio, endostio, capsula articolare e strutture peri-articolari.

Va da sé che vi sia, soprattutto nella patologia cronica, anche una importante componente psicofisiologica-somatomorfa a forte connotazione affettivo-emozionale che incide sul dolore percepito.

– La maggior parte degli stati algici legati ai quadri osteoarticolari presenta una clinica multifattoriale spesso correlata a patologia cronica degenerativa; la più frequente è l'OA.

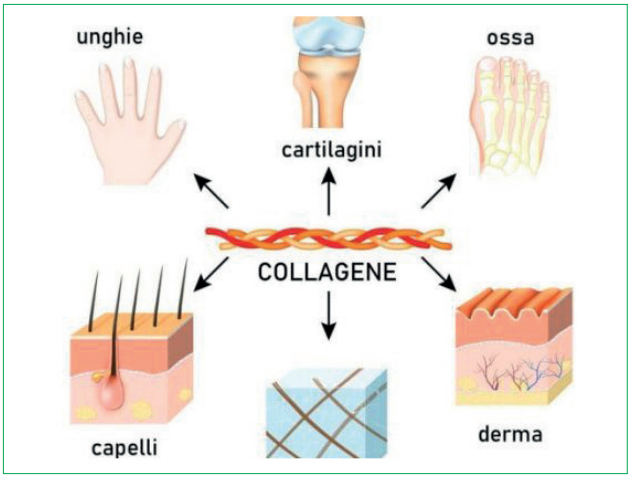
Nell'OA Il dolore rappresenta un vasto insieme di quadri clinici e dolorosi.

Ciò che accomuna queste situazioni è il dolore persistente legato o meno a quadri patologici di infiammazione e degenerazione.
– Le articolazioni sono oggetto di processi infiammatori acuti o cronici legati ad un mosaico di problematiche che si sviluppano, accumulandosi nel tempo.
Le cause più frequenti sono:
– lavorative (lavori faticosi, ripetitivi, sedentari, eseguiti con posture innaturali, ecc.)
– alterazioni morfo-funzionali (displasie, scoliosi, alterazioni dei rapporti articolari, ecc.)
– traumatiche
– iatrogene/post-operatorie
– metabolico/alimentari/endocrine.

Negli ultimi anni si è più propensi ad avallare il concetto di una natura multifattoriale alla base dei processi degenerativi, come sta avvenendo per l'OA, abbandonando la precedente visione di *iter* inevitabilmente legato all'invecchiamento.

Tutti questi quadri hanno in comune l'attuazione di processi infiammatori che si palesano sotto forma di danno a carico di legamenti, tendini, aponeurosi, fasciame articolare e cartilagine intrarticolare, colpendone la componente collagenica.
Il collagene – infatti – è il componente principale di tutte le strutture costituenti le articolazioni (extra ed intra).

FIG. 1



OSTEOARTROSI

L'OA è definita come malattia degenerativa a carico delle articolazioni; si assiste a distruzione e perdita potenziale di cartilagine articolare, danno all'osso subcondrale che va in eburneazione, danno ai margini articolari con restrizione dello spazio articolare, formazione di osteofiti e geoidi sui capi articolari.

È la patologia articolare più comune nella popolazione adulta; è generalmente diagnosticata verso la 5ª/6ª decade di vita ed è pressochè onnipresente a livello pluriarticolare nella 8ª decade; anche se non necessariamente sintomatica è ben accertabile alla diagnostica radiologica.

Al di sotto dei 40 anni l'OA ha cause traumatiche reiterate/croniche e colpisce prevalentemente il genere maschile.
Normalmente solo la metà dei pazienti OA presenta sintomi, tra cui il dolore è il più importante.
L'OA è un danno a carico del tessuto cartilagineo articolare costituito da collagene *in primis*.

L'OA può essere primaria, spesso idiopatica o secondaria (numerose cause che modificano il microambiente, il metabolismo e le caratteristiche della cartilagine articolare).

I distretti ossei colpiti da OA sono:
– Grandi articolazioni, 95%: colonna vertebrale 54%; ginocchio 27%; anca 7%; spalla, gomito, mano e dita 7%.

– Piccole articolazioni, 5%: articolazione astragalo-calcaneare 4%; articolazione metatarso-falangea del 1° dito 1%.

La maggioranza delle articolazioni colpite da OA sono sottoposte ad un carico statico (grandi articolazioni), mentre la minoranza sono sottoposte ad un carico dinamico.
Occorre ricordare che le articolazioni, in situazioni normali, non hanno un attrito tale da danneggiare i capi ossei e la cartilagine articolare, sia con un uso abituale, iperutilizzo o traumatismo.

– La cartilagine ialina intrarticolare non è vascolarizzata; è costituita da acqua e proteine collageniche (95%) e da condrociti (5%).
Poichè la cartilagine non è provvista di vasi sanguigni o linfatici, il metabolismo e la salute articolare sono legati alla "spremitura" articolare, ovvero alla fisiologica compressione e decompressione delle cartilagini ialine durante il movimento, garantendo – così – la regolazione metabolica per diffusione.

L'infiammazione alla base dell'OA genera sclerosi e rigidità che causano un ciclo vizioso che aggrava progressivamente il danno articolare.
Qualsiasi sia la causa, si può sempre osservare una discrepanza tra carico fisico e conseguente stress meccanico con capacità di assorbire ed ammortizzare tale lavoro da parte delle articolazioni; così si assiste ad un progressivo assottigliamento delle cartilagini articolari, esposizione dell'osso, infiammazione delle capsule articolari ed edema dei tessuti molli periarticolari.

L'OA vede ridursi sempre più la fisiologica capacità delle componenti articolari di scorrere liberamente tra esse.
– Il corretto funzionamento articolare dipende dalla qualità delle sue componenti cartilaginee; se queste conservano le proprietà meccaniche e metaboliche, l'articolazione vedrà ridursi la possibilità di andare incontro ad OA, deterioramento e di produrre dolore.
Nel tempo molti fattori concorrono alla riduzione delle capacità metaboliche del collagene di mantenere le fisiologiche dinamiche di sintesi e di degradazione.
L'allettamento prolungato, l'immobilità o una mobilità non sufficiente a fornire gli stimoli meccanici alle articolazioni, in cui il movimento è uno dei fattori che regola il metabolismo della cartilagine e del collagene in base alla "spremitura" meccanica legata al carico articolare statico-dinamico, instaurano un deficit delle capacità di sintesi di collagene e quindi della rigenerazione cartilaginea fisiologica e la corretta gestione della lubrificazione articolare (ac. ialuronico *in primis*).

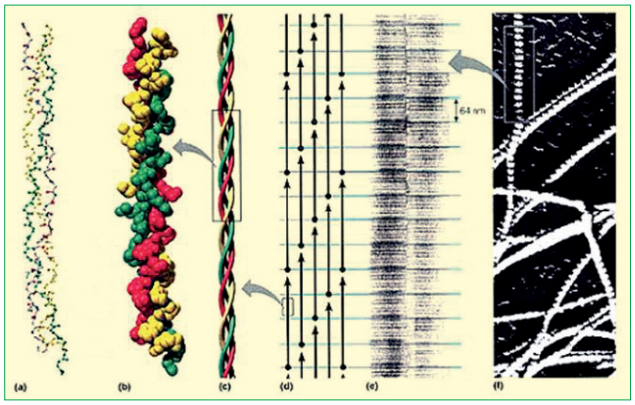


FIG. 2

L'OA per molto tempo è stata considerata una malattia degenerativa su base senile; negli ultimi anni – invece – si tende a considerare tale patologia inserita in un quadro multifattoriale che genera una complessa eziologia e patogenesi del danno articolare, con base biochimica-cellulare coinvolgente i condrociti, il collagene e la cartilagine.
– Si è potuto osservare che uno dei primi elementi che conducono all'OA sia la sofferenza dei condrociti che porta ad un rilascio di enzimi e molecole segnale, i quali inducono – nel tempo – un alterato *turnover* degli elementi costituenti le strutture articolari.

L'IMPORTANZA DEL COLLAGENE

Il collagene rappresenta il 7% circa del peso di un organismo adulto.
Nel corpo umano è così abbondante da costituire circa il 30% delle proteine totali; si trova praticamente ovunque (pelle, denti, ossa, tendini, articolazioni, sierose degli organi e parete dei vasi, ecc.) (FIG. 1); ha notevoli funzioni metaboliche e di sostegno connettivale e svolge anche funzioni biochimiche relative all'omeostasi tissutale, come ad es. la **funzione tampone**.

– Come sopraddetto, l'importanza del collagene risiede nel fatto che esso sia la struttura proteica più rappresentata, versatile e ubiquitaria dell'organismo.

Il collagene svolge un ruolo attivo e non passivo come mero elemento strutturale; è infatti in grado di adattare il proprio metabolismo in funzione del peso corporeo e della pressione che subisce, co-

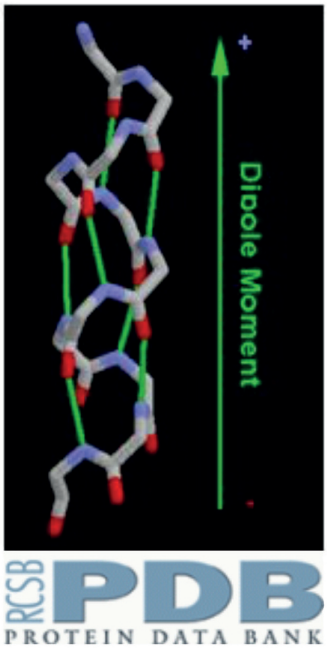
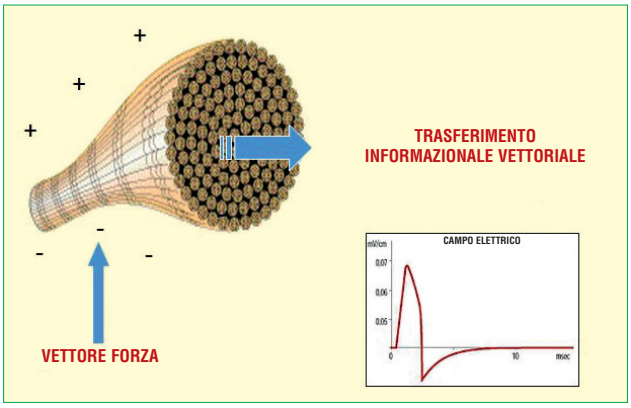
FIG. 3


FIG. 4



me i FACIT *(Fibril Associated Collagens with Interrupted Triple Helices)*.

Il collagene ha inoltre caratteristiche di **bioconduttore** e di **biosensore**, con proprietà **piezoelettriche** e di **trasferimento informazionale vettoriale**; interagisce con l'acqua e genera scambi ionici: queste caratteristiche biofisiche forniscono un potente ruolo metabolico al collagene all'interno delle strutture che esso forma (FIGG. 2, 3, 4).

L'unità base del collagene è il tropocollagene, formato da tre eliche levogire di peptidi; questa unità è legata a glucosio e galattosio che si uniscono a specifici aminoacidi. Questa struttura di base garantisce enormi proprietà al collagene, soprattutto la ripetizione di specifiche triplette aminoacidiche; ogni tipologia di collagene presenta una specifica variazione delle triplette aminoacidiche.
Il tropocollagene dà origine al procollagene che polimerizza in protocollagene fuori dalla cellula grazie ad un meccanismo di auto-assemblaggio auto-catalitico, dove intervengono alcune Ossidasi.

Le singole unità di protocollagene sono pronte per assemblarsi a propria volta dando origine al collagene maturo che presenta una periodicità (vera e propria micro-metameria) (FIG. 2).

GUNA COLLAGEN MEDICAL DEVICES: IL NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO AL DOLORE NELLE PATOLOGIE OSTEOARTICOLARI

I Guna Collagen Medical Devices (MDs) sono un efficace presidio terapeutico, considerata la ricchezza di collagene delle strutture coinvolte nelle patologie articolari come l'OA.

La somministrazione di collagene di derivazione suina ha effetti positivi nella gestione/riduzione di alcuni enzimi litici; i più importanti sono le metalloproteasi MMP-9, MMP-13 e Catepsina K.
– Molti studi evidenziano l'importanza delle MMPs e di altri enzimi litici nella genesi e nel mantenimento cronico del danno articolare su base enzimatica-infiammatoria, dove si verifica uno sbilanciamento del metabolismo collagenico a favore della degradazione dello stesso rispetto alla neo-sintesi; oltre alle MMPs vi sono altri enzimi collagenolitici, ad esempio altre collagenasi e le ROS, spesso in un quadro più ampio di *Low Grade Inflammation* su base multifattoriale.

– Vi è una notevole evidenza in letteratura medico-scientifica (più di 40 arti-

TAB. 1

I 13 Guna Collagen Medical Devices.

	GUNA Medical Device	COMPOSIZIONE
SPECIFICI DISTRETTUALI	**MD-NECK** (Cervicale)	Collagene + Silicio
	MD-THORACIC (Toracico)	Collagene + *Cimicifuga racemosa*
	MD-LUMBAR (Lombare)	Collagene + *Hamamelis virginiana*
	MD-SHOULDER (Spalla)	Collagene + *Iris versicolor*
	MD-HIP (Anca)	Collagene + Fosfato di Calcio
	MD-KNEE (Ginocchio)	Collagene + *Arnica montana*
	MD-SMALL JOINTS (Piccole articolazioni)	Collagene + *Viola odorata*
	MD-POLY (Pluri-articolarità)	Collagene + *Drosera rotundifolia*
	MD-ISCHIAL (Sciatico)	Collagene + *Rhododendron chrysanthum*
SPECIFICI TISSUTALI	**MD-MUSCLE** (Muscolo)	Collagene + *Hypericum perforatum*
	MD-NEURAL (Nervo)	Collagene + *Citrullus colocynthis*
	MD-MATRIX (Matrice Extra Cellulare)	Collagene + Ac. citrico, Nicotinamide
	MD-TISSUE (Tessuti molli)	Collagene + Ac. ascorbico, Gluconato di Magnesio, Piridossina cloridrato, Riboflavina, Tiamina cloridrato

coli) circa i risultati positivi della infiltrazione intra-articolare e/o peri-articolare di MDs che migliorano la risposta del tessuto alle MMPs ed inducono processi riparativi a livello articolare e periarticolare (www.collagenmd.guna.com).

– Pertanto è stato deciso di utilizzare i MDs in pazienti selezionati presentanti franca OA.

I Guna Collagen Medical Devices sono dispositivi medici iniettabili a base di collagene altamente biocompatibile, di origine suina, dotato della più alta istocompatibilità con il collagene umano.
La selezione molecolare è di alta qualità, tramite filtrazione tangenziale e sterilizzazione delle fibre collageniche, con controllo del peso molecolare.
Il collagene così ottenuto è molto puro e biodisponibile (TAB. 1).

I MDs possiedono inoltre molecole biologiche ancillari che aumentano lo specifico tropismo articolare e l'efficacia del collagene verso il *target* preposto.
I possibili utilizzi rientrano nell'ambito della prevenzione secondaria e della terapia.
Si è deciso di procedere con l'utilizzo dei MDs anche perché non presentano effetti collaterali, sono molto sicuri e maneggevoli ed il loro utilizzo è rapido ed immediato, adatto anche in un contesto ambulatoriale.
Inoltre, dalla letteratura si apprende che risultino ben tollerati dai pazienti.

MATERIALI E METODI

In questo studio sono stati reclutati **20 pazienti** (13 M e 7 F) sofferenti di OA.

La diagnosi è stata formulata in tutti i casi attraverso visita specialistica antecedente il reclutamento nel presente studio.
– I pazienti (60-85 aa) sono stati suddivisi in gruppi a seconda dell'area presentante il danno artrosico e il disturbo algico.

Pazienti M: **5** con **Gonartrosi**, **5** con **Spondiloartrosi lombare** e **3** con **Spondiloartrosi cervicale**.

Pazienti F: **3** con **OA di spalla**, **2** con **Spondiloartrosi lombare** e **2** con **Spondiloartrosi cervicale**.

– Previa firma del consenso informato (scopo, modalità, svolgimento del trattamento e prodotti per lo studio in essere), tutti i pazienti sono stati sottoposti al **trattamento infiltrativo di Mesoterapia** con cadenza settimanale x 12 settimane consecutive nel quale veniva somministrato il MD specifico dell'area di trattamento.

I Questionari sono stati sottoposti ai pazienti alla 1ª, 2ª, 3ª, 6ª e 12ª settimana.

Tutti i pazienti hanno compilato 2 Questionari VAS *(Visual Analogue Scale)*, uno per il dolore e l'altro per la valutazione del miglioramento soggettivo percepito.
I 5 pazienti M affetti da Gonartrosi hanno compilato anche il WOMAC *(Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index)*.
Per effettuare lo studio è stato chiesto ai pazienti di sospendere ove possibile le terapie in corso per non inficiare l'esito dei risultati.

PAZIENTI M

- **Gruppo Gonartrosi**:
5 pazienti, età media 70,8 anni (min. 60 - max. 82), con diagnosi pregressa di franca Gonartrosi.
– Trattamento: MD-Knee.

- **Gruppo Spondiloartrosi lombare**:
5 pazienti, età media 72,4 anni (min. 61 - max. 85), con diagnosi di Spondiloartrosi lombare con problematiche discali, processi osteofitici e rettilineizzazione del rachide lombare.
– Trattamento: MD-Lumbar.

- **Gruppo Spondiloartrosi cervicale**:
3 pazienti, età media 73,3 anni (min. 68 - max. 79), con diagnosi di processo conclamato di Spondiloartrosi cervicale.
– Trattamento: MD-Neck.

PAZIENTI F

- **Gruppo OA scapolo-omerale**:
3 pazienti, età media 68,3 anni (min. 68 - max. 72), con un quadro variabile ma riconducibile ad un processo di Osteoartrosi scapolo-omerale.
– Trattamento: MD-Shoulder.

- **Gruppo Spondiloartrosi lombare**:
2 pazienti, età media 67,5 anni (min. 66 - max. 69), con diagnosi di franca Spondiloartrosi lombare.
– Trattamento: MD-Lumbar.

- **Gruppo Spondiloartrosi cervicale**:
2 pazienti, età media 69 anni (min. 67 - max. 71), con diagnosi di franca Spondiloartrosi cervicale.
– Trattamento: MD-Neck.

RISULTATI, DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Al termine delle 12 settimane di trattamento, tutti i 20 pazienti avevano completato il ciclo terapeutico.
I dati raccolti sono stati elaborati con il metodo statistico della distribuzione media (FIG. 5), studio statistico di semplice modalità, efficace e molto adatto ad una esperienza ambulatoriale.
– Questo studio statistico si basa sulla media dei valori raccolti al fine di eliminare o ridurre gli errori di min. e di max. dei valori di distribuzione; ciò

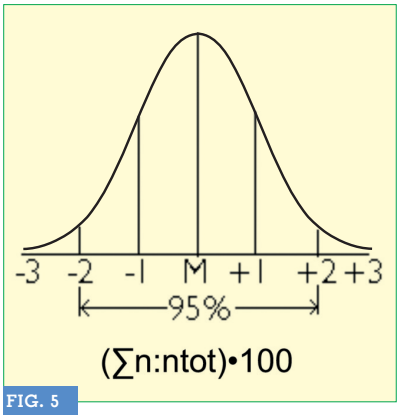


FIG. 5

Distribuzione media dei valori statistici; campana di distribuzione con sommatoria.

permette una valutazione oggettiva e piuttosto affidabile dei risultati ottenuti nella popolazione considerata.

Come si evidenzia dai risultati in TABB. 2 e 3 vi è stato un graduale, contenuto miglioramento nelle prime 3 settimane di trattamento (riduzione del dolore percepito, accompagnato da un modesto miglioramento globale soggettivo percepito).

– Il miglioramento e l'abolizione del dolore risultano sostanzialmente diversi rispetto ai quadri iniziali **dopo la 6ª settimana di trattamento** infiltrativo in Mesoterapia; i risultati ottenuti si mantengono anche alla 12ª settimana con ulteriore miglioramento.

Considerando i dati al termine della 12ª settimana si può affermare che il trattamento abbia avuto un effetto molto positivo sulla condizione algica e sul benessere generale dei pazienti.

La bassissima invasività e la velocità di somministrazione dei MDs ha – inoltre – permesso una aderenza pressoché totale alla terapia generando un buon *feedback* e soddisfazione da parte dei pazienti.
Il trattamento infiltrativo con i Guna Collagen MDs ha sicuramente una gran-

A

	WOMAC basale	WOMAC 1° sett.	WOMAC 2° sett.	WOMAC 3° sett.	WOMAC 6° sett.	WOMAC 12° sett.
1	59	59	55	53	45	38
2	56	55	52	53	46	32
3	53	53	50	49	38	20
4	51	50	50	48	41	28
5	52	52	51	49	41	26
	54,2	53,8	51,6	50,4	42,2	30,8

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	9	8	8	7	5	4
2	9	9	9	8	6	4
3	8	7	7	8	7	5
4	8	7	6	6	5	3
5	7	7	6	6	5	3
	8,2	7,6	7,2	7	5,6	3,8

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	0	0	2	2	5	7
2	0	1	2	3	5	6
3	0	1	1	2	3	7
4	0	2	2	3	5	8
5	0	1	1	2	4	8
	0	1,0	1,6	2,4	4,4	7,2

B

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	9	9	8	8	5	4
2	8	7	7	6	4	2
3	9	9	8	8	6	4
4	7	7	5	6	3	1
5	6	5	5	5	3	2
	7,8	7,4	6,8	6,6	4,2	2,6

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	0	1	1	2	4	7
2	0	2	2	3	5	8
3	0	1	2	2	4	7
4	0	1	1	2	6	8
5	0	2	2	3	5	8
	0	1,4	1,6	2,4	4,8	7,6

C

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	9	9	9	8	6	3
2	9	8	7	7	5	2
3	8	8	8	7	5	2
	8,6	8,3	8	7,3	5,3	2,3

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	0	1	1	2	4	7
2	0	0	1	1	5	8
3	0	1	2	2	6	8
	0	0,7	1,3	1,7	5	7,6

TAB. 2

Pazienti M (n° 13) suddivisi per patologia.
A – Gonartrosi (n° 5) – da sinistra a destra: punteggio WOMAC per Gonartrosi, VAS per il dolore percepito e VAS per il miglioramento soggettivo percepito.
B – Spondiloartrosi lombare (n° 5) – sinistra: VAS per il dolore percepito; destra: VAS per il miglioramento soggettivo percepito.
C – Spondiloartrosi cervicale (n° 3) – sinistra: VAS per il dolore percepito; destra: VAS per il miglioramento soggettivo percepito.

A

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	8	8	7	7	4	2
2	9	8	8	7	3	1
3	8	7	7	7	4	2
	8,3	7,6	7,3	7	3,6	1,6

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	0	0	1	1	3	7
2	0	1	2	2	4	8
3	0	2	2	2	4	8
	0	1	1,6	1,6	3,6	7,6

B

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	7	7	6	6	4	2
2	8	7	7	6	4	2
	7,5	7	6,5	6	4	2

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	0	2	2	3	5	8
2	0	2	3	4	6	9
	0	2	2,5	3,5	5,5	8,5

C

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	9	9	8	7	4	2
2	9	9	9	7	5	2
	9	9	8,5	7	4,5	2

	VAS basale	VAS 1° sett.	VAS 2° sett.	VAS 3° sett.	VAS 6° sett.	VAS 12° sett.
1	0	2	3	2	4	8
2	0	2	2	3	5	8
	0	2	2,5	2,5	4,5	8

TAB. 3

Pazienti F (n° 7) suddivise per patologia.

A – Artrosi scapolo-omerale (n° 3) – sinistra: VAS per il dolore percepito; destra: VAS per il miglioramento soggettivo percepito.
B – Spondiloartrosi lombare (n° 2) – sinistra: VAS per il dolore percepito; destra: VAS per il miglioramento soggettivo percepito.
C – Spondiloartrosi cervicale (n° 2) – sinistra: VAS per il dolore percepito; destra: VAS per il miglioramento soggettivo percepito.

de importanza nel trattamento delle artropatie e del dolore.

È un ambito – questo – di sempre maggiore richiamo da parte del medico, in quanto le patologie articolari sono in aumento progressivo nella popolazione.

– Vi sono molte strategie per la gestione dell'OA (viscosupplementazione, PRP, collagene per via orale, ecc.), ma, tra i trattamenti infiltrativi, l'utilizzo dei Guna Collagen Medical Devices spicca per qualità e sicurezza.

In base all'esperienza fatta ed alla letteratura si può affermare che essi presentino un insieme di caratteristiche uniche e ideali per il trattamento e la gestione, anche ambulatoriale (aspetto importantissimo) delle OA.

I Guna Collagen Medical Devices possiedono un ottimo profilo di formulazione, sono prodotti altamente purificati e sono uniti ad ancillari che ne aumentano gli aspetti terapeutici; in 10 anni non è stato riportato alcun effetto avverso e presentano un vasto campo di impiego (13 MDs variamente combinabili tra di essi, se necessario).
– Inoltre, producono un effetto terapeutico riscontrabile in un minor numero di sedute e più duraturo nel tempo rispetto ad altre strategie terapeutiche e possono essere somministrati anche in comorbidità del paziente sottoposto alle singole, specifiche terapie del caso. ■

Bibliografia essenziale

- Athenstaedt H. – Permanent electric polarization and pyroelectric behaviour of the vertebrate skeleton. 3. The axial skeleton of man. Z Zellforsch Mikrosk Anat **1969**; 93(4):484-504.
- Courties A. *et* Al. – Metabolic stress-induced joint inflammation and osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage **2015** Nov; 23(11):1955-65.
- Kustermann K. – Malattie reumatiche e terapia omotossicologica. Guna Editore; **1995**.
- Mackey A.L. *et* Al. – Changes in human muscle collagen content following exercise. Muscle Res Cell Motil, **2002**; 23-9.
- Milani L. – Un nuovo e raffinato trattamento iniettivo delle patologie algiche dell'Apparato locomotore. Le proprietà *bio-scaffold* del collagene e suo utilizzo clinico. La Med. Biol., **2010**/3; 3-15.
- Milani L. – I Guna Collagen Medical Devices 10 anni dopo. Analisi ragionata di 2 recenti importanti ricerche e *update* della Letteratura. La Med. Biol., **2019**/2; 3-18.
- Milani L. – I Guna Collagen Medical Devices

nel trattamento locale delle artro-reumopatie algiche. Rassegna degli studi clinici e *clinical assessment* 2010-2012. La Med. Biol., **2013**/2; 3-18.
- Rengling G. – Magnetic fields and connective tissue regulation. Electromagnetic Biology and Medicine. Vol 20, Issue 2 June **2001**.
- Ruocco A. – L'omomesoterapia nella clinica ortopedica e neurologica. Guna Editore; **2018**.
- Savolainen J. *et* Al. – Effect of immobilization on collagen synthesis in rat skeletal muscles. Am. J Physiol, **1987**; 252: 883-8.
- www.ministero della salute.it>Home>temi e professioni> Assistenza, ospedale e territorio>Cure palliative e Terapia del dolore>Definire e Valutare il dolore.
- Xu D., Shen W. – Chicken collagen type II reduces articular cartilage destruction in a model of osteoarthritis in rats. West Ind Med J, Vol. 56, 3; June **2007**.
- Yunus M.B. *et* Al. – Pathologic changes in muscle in primary fibromyalgia syndrome. Am J Med, **1986**; 81 (Suppl. 3A): 38-42.

L'Autore ringrazia gli editor dei siti web da cui sono tratte le immagini di:

Fig. 1
https://www.healthintegratori.com/collagene-integratore-dalla-cartilagine-alla-bellezza-della-pelle/ ©
Fig. 2
https://besport.org/sportmedicina/equilibrio_corporeo_tessuto_connettivo.htm ©
Fig. 4
https://besport.org/sportmedicina/equilibrio_corporeo_tessuto_connettivo.htm ©

Riferimento bibliografico

LEPORI D. – Guna Collagen Medical Devices nel trattamento del dolore in casi ambulatoriali di Osteoartrosi. La Med. Biol., **2022**/3; 33-40.

autore

Dott. Dimitri Lepori
- Medico esperto in Neuralterapia e Medicina Integrata

Via di San Bartolo a Cintola, 86
I – 50142 Firenze

Fisiatria Italiana – Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (lug-set) – ISSN 2785-745X

Il paziente riabilitativo anziano nel presidio ambulatoriale

Morena Ottaviani

Genova

Esiste un'ampia casistica di pazienti riabilitativi che possono concretamente dimostrare come l'integrazione tra servizio pubblico ospedaliero e presidio ambulatoriale privato accreditato dovrebbe coordinarsi mettendosi al servizio del cittadino.

Ma qual è la tipologia di paziente più idonea ad avvalersi del servizio offerto dei presidi ambulatoriali privati accreditati? Mentre è indubbio che la riabilitazione intensiva debba essere prerogativa dell'ambiente ospedaliero, sia in regime di degenza sia in condizioni ambulatoriali, il presidio ambulatoriale privato accreditato è in grado di supportare la riabilitazione in tutti quei casi che potremmo definire "post-acuti", tra i quali possiamo contemplare ad esempio quei pazienti che, a seguito di un intervento maggiore o di un episodio neurologico recente, hanno esaurito il periodo riabilitativo in regime di degenza, pur non potendo ancor definire "ultimato" il percorso terapeutico.

Per quanto riguarda le patologie, il paziente anziano che necessita di supporto riabilitativo ambulatoriale può presentare sia problematiche di pertinenza neurologica sia ortopedica. Nel primo caso, si tratterà ovviamente di quadri clinici ormai stabilizzati, per i quali il presidio ambulatoriale potrebbe inoltre diventare il suo punto di riferimento per realizzare quelli che nel tempo diventeranno i suoi periodi di mantenimento (mediamente 1-2 cicli all'anno) con lo scopo di monitorare periodicamente il quadro generale e l'adeguatezza degli eventuali presidi in uso.

Il paziente che invece presenta una patologia di pertinenza ortopedica può presentare caratteristiche sia post-chirurgiche/traumatiche, sia di riacutizzazione di un quadro cronico. Nel primo caso il compito dell'equipe riabilitativa del presidio ambulatoriale consisterà nel proseguire e portare a termine un percorso generalmente già intrapreso dall'equipe ospedaliera durante il periodo di degenza. Ovviamente non tutti i casi post-chirurgici dimessi dalla struttura ospedaliera necessitano di proseguire il percorso riabilitativo; tuttavia, quando la coesistenza di più patologie sistemiche o l'età particolarmente avanzata, così come anche l'effetto "migratorio" della chirurgia ortopedica (cioè quei pazienti che decidono di optare per un ospedale lontano dalla propria residenza) hanno in qualche modo rallentato il progresso, laddove si può intuire la concreta possibilità di un ulteriore miglioramento delle condizioni di vita per l'assistito, vale sicuramente la pena di posticipare la piena dimissione riabilitativa.

È possibile che per alcuni assistiti si renda necessario un trasporto coadiuvato da personale e mezzi di pubblica assistenza; in questo caso il Medico Fisiatra del presidio ambulatoriale ed il MMG relazioneranno la situazione clinica onde poter usufruire del servizio mediante S.S.N. attraverso gli uffici competenti dell'ASL di riferimento.

Fin qui abbiamo descritto le situazioni in cui riabilitazione degenziale e riabilitazione ambulatoriale si intersecano per accompagnare il paziente verso la consueta "miglior condizione possibile".

Tuttavia esiste un intero universo di patologie croniche, in fase di riacutizzazione più o meno intensa, che razionalmente sarebbe opportuno fossero gestite direttamente negli spazi del presidio ambulatoriale in prima battuta. Nel contesto ambulatoriale, infatti, l'assistito potrà trovare ad integrazione dei LEA molte tra quelle terapie antalgiche il SSN ha escluso e che, solitamente, sono di difficile reperimento negli ambulatori esclusivamente pubblici.

Il paziente approda all'ambulatorio con la richiesta di visita fisiatrica, a seguito della quale scaturisce un PRI che potrebbe appunto contenere sia prestazioni in convenzione con il SSN sia prestazioni non rimborsabili e pertanto a carico del paziente; sarà poi una libera scelta di quest'ultimo decidere serenamente se avvalersene o meno. Per le prestazioni a carico del SSN, lo scenario varia da regione a regione o, fino a non molto tempo fa, addirittura da ASL ad ASL. Purtroppo, non in tutte le Regioni i centri ambulatoriali accreditati sono provvisti della facoltà di effettuare ai pazienti le prescrizioni su ricettario regionale direttamente, senza costringerli ad un assurdo pellegrinaggio tra MMG e ambulatorio di riabilitazione. Soprattutto quando si tratta di anziani, che magari non hanno la possibilità di delegare qualcuno per assolvere a questo assurdo andirivieni, bisogna riconoscere che il disservizio è notevole. Probabilmente bisognerebbe superare ataviche diffidenze assurde ed anacronistiche per agevolare l'assistito, tenendo ben presente che attualmente le risorse tecnologiche a disposizione consentono un monitoraggio agevole e costante delle attività delle varie strutture; inoltre, serve ricordare che anche i presidi ambulatoriali sono vincolati da rigidi budget ben definiti in sede contrattuale.

In alcune strutture i pazienti, all'atto della dimissione dalla presa in carico, ricevono un opuscolo personalizzato in cui sono illustrati gli esercizi più indicati al singolo caso clinico: ciò allo scopo di educare il paziente al mantenimento autonomo della prestanza fisica, autosomministrandosi l'esercizio a cadenza quotidiana. Purtroppo questo non è sempre sufficiente, pertanto presso alcuni Ambulatori Riabilitativi, vengono istituti piccoli gruppi di ex-pazienti (4-5 al massimo) che settimanalmente si incontrano col Terapista ed effettuano una sorta di mantenimento terapeutico. Negli anni ho constatato che, oltre ad essere un buon metodo per consentire una certa aggregazione, in questo modo viene sconfitta quella forma di "pigrizia" che rende assai difficile mantenere la costanza dell'esercizio autonomo da soli. I pazienti apprezzano e dichiarano di sentirsi rassicurati rispetto alla frequentazione di un ambiente più per così dire "sportivo".

Sostanzialmente, quindi, di cosa necessita l'assistito anziano che afferisce presso un ambulatorio di riabilitazione accreditato? Uno dei requisiti principali è la facile accessibilità dell'ambulatorio, ivi compresa la sede nei pressi di fermate dei mezzi pubblici. Anche semplificare quanto più possibile la burocrazia è sicuramente apprezzato da tutti gli utenti, ma in particolar modo dall'utente anziano; ad esempio, fornire all'atto della prenotazione un semplice foglio in cui vengono fornite indicazioni su quanto accadrà nelle settimane successive, dando suggerimenti anche sul tipo di abbigliamento da indossare, aiuta certamente queste persone ad affrontare qualcosa che, in questo modo, risulta essere un po' meno ignoto. Un altro aspetto, sempre importante in ambito riabilitativo ma ancor di più con questa tipologia di pazienti, è la continuità assistenziale da parte dei medesimi operatori: per l'anziano potersi rapportare sempre con lo stesso Medico e/o lo stesso Terapista rende più stimolante il lavoro da portare avanti per raggiungere gli obiettivi prefissati. A tale proposito, è bene sottolineare l'importanza della chiarezza da parte del personale assistenziale (prima del Fisiatra e poi del Fisioterapista) in merito agli obiettivi raggiungibili: è del tutto controproducente ed eticamente deplorevole creare nel paziente una falsa aspettativa di successo riabilitativo con "restitutio ad integrum", illuderlo di poter tornare al medesimo livello prestazionale precedente l'evento

critico, se non esistono fondate certezze in merito. Ogni progresso deve essere vissuto dal paziente come un successo, una conquista, e non certo come un fallimento nel tentativo di "tornare come prima". È necessario essere molto critici ed obiettivi, considerare l'insieme della persona, la sua postura, le sue patologie secondarie, analizzare con scrupolo le sue potenzialità ed esprimersi in termini prognostici sempre in modo piuttosto cauto, dando sufficienti stimoli emotivi al lavoro riabilitativo ma prospettando un risultato finale sempre un po' più scarso di quanto realmente ci si potrebbe attendere. Soprattutto quando il percorso è lungo ed i progressi saranno lenti e minimali, occorre stimolare il paziente motivandolo quotidianamente affinché non si arrenda ma continui il lavoro riabilitativo insieme al fisioterapista.

Infine, sarebbe opportuno spendere alcune parole in merito all'educazione sanitaria del paziente anziano. Comportarsi con queste persone in modo da rendere comprensibile tutto ciò che riguarda le problematiche che devono affrontare, renderle edotte in merito a quali comportamenti tenere per meglio affrontare e contrastare le patologie degenerative che le affliggono, tutto ciò che rende i nostri anziani pazienti attori co-protagonisti delle vicende che li riguardano, contribuisce al successo del nostro operato di Ri-abilitatori. Personalmente, con la collaborazione con l'Amministrazione Comunale abbiamo organizzato diversi incontri serali Open dove Fisiatra, Terapista, Medico dello Sport e Tecnico Podologo hanno affrontato alcuni temi di comune interesse rivolgendosi ai pazienti stessi. Abbiamo parlato di Osteoporosi, di Rachialgie, di Patologia di Spalla e di Postura, e l'interesse dei presenti è sempre stato vivace, così come sono stati apprezzati gli opuscoli informativi abbiamo appositamente realizzato e distribuito (ad esempio la tabella con il contenuto in calcio negli alimenti o le norme comportamentali per contrastare l'insorgenza di osteoporosi).

In conclusione, ancora una volta emerge come il lavoro del Fisiatra e della sua equipe debba svolgersi in modo trasversale, a 360°, non occupandosi solamente del "pezzo anatomico" responsabile del nostro intervento, ma di tutta la Persona che affida alle nostre competenze le sue speranze di Salute. Soprattutto se parliamo di Ex-giovani.

Fisiatria Italiana – Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (lug-set) – ISSN 2785-745X

La tutela della fragilità in Riabilitazione

The protection of frailty in Rehabilitation

Giuseppe Cannata[1,2*], Luigi Politano[2], Chiara Abbate[2], Domenico Mele[2], Giovanni Pontorno[2], Enrica De Miranda[2], Leandro Pantanelli[2], Barbara Lasalvia[2]

[1]*Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa, Dipartimento di Scienze Cliniche e Medicina Traslazionale*
[2]*Presidio Multifunzione Comunità Capodarco di Roma*

Riassunto
La condizione di fragilità del paziente rappresenta un elemento cruciale che deve essere tenuto presente nell'intraprendere qualsiasi provvedimento gestionale e terapeutico nelle strutture riabilitative. Essa, infatti, assomma in sé tutte le tre *Key Action Areas* identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità quali ambiti basilari in cui applicare buone pratiche per ridurre drasticamente i danni evitabili correlati alla terapia: situazioni ad alto rischio, polifarmacoterapia, transizioni delle cure.
Parole chiave: fragilità, riabilitazione, Key Action Areas, buone pratiche.

Abstract
The frailty of the patient is a crucial element that must be kept in mind when undertaking any management and therapeutic measures in rehabilitation facilities. In fact, it combines all three Key Action Areas identified by the World Health Organization as basic areas in which to apply good practices to drastically reduce avoidable damage related to therapy: high-risk situations, polypharmacy, transitions of care.
Key words: frailty, rehabilitation, Key Action Areas, good practices.

Nell'ambito della gestione del governo clinico, sia le pratiche terapeutiche non sicure che gli errori terapeutici rappresentano una delle principali cause di danni evitabili all'interno dei singoli sistemi sanitari.

Sistemi di gestione farmacologica inefficaci oppure fattori umani come affaticamento, cattive condizioni ambientali e carenza di personale influiscono negativamente sulle pratiche di prescrizione, trascrizione, somministrazione e monitoraggio delle terapie, potendo quindi causare gravi danni, disabilità e persino la morte. Sono già stati sviluppati molteplici interventi per affrontare la frequenza e l'impatto degli errori terapeutici, ma la loro attuazione è varia[1].

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel documento *Medication Without Harm*, ha identificato tre *Key Action Areas* nella cui gestione vanno applicate buone pratiche per l'utilizzo di interventi, strumenti e tecnologie volti a minimizzare i rischi di eventi terapeutici avversi per il paziente[2]:

- **situazioni ad alto rischio:** bambini, anziani, situazioni cliniche gravi e uso di regimi terapeutici complessi, presenza di concomitanti patologie renali e/o epatiche;

* Corresponding author: Giuseppe Cannata (giu.cannata@virgilio.it)

- **polifarmacoterapia:** l'uso di routine di quattro o più farmaci da parte di un paziente, legato alla maggiore aspettativa di vita ed alla maggiore incidenza di patologie croniche, aumenta le probabilità di effetti collaterali e di interazioni tra farmaci, oltre a rendere più difficile l'aderenza terapeutica;
- **transizioni delle cure:** trasferimenti del paziente fra strutture o reparti diversi e passaggi di consegne fra Operatori aumentano la possibilità di difetti nella comunicazione, e di conseguenza il rischio di errori terapeutici che possono portare a gravi errori terapeutici.

Lo *Strategic Framework of the Global Patient Safety Challenge* dell'OMS descrive quattro domini in cui si articola la sfida di ridurre drasticamente i danni evitabili correlati alla terapia: pazienti e il pubblico, operatori sanitari, farmaci e sistemi e pratiche terapeutiche. Ogni dominio presenta quattro sottodomini. Le tre *Key Action Areas* sono rilevanti in ogni ambito e quindi formano un cerchio interno comune a tutti i domini e sottodomini.

© World Health Organization 2018. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.

La condizione di fragilità del paziente assomma in sé tutte le tre *Key Action Areas*: pertanto rappresenta un elemento cruciale che deve essere tenuto presente nell'intraprendere qualsiasi provvedimento gestionale e terapeutico nelle strutture riabilitative.

Definizione di fragilità

Il malato fragile è la persona affetta da patologie multiple, con stato di salute instabile, spesso disabile e di età avanzata, che si trova in una condizione, anche temporanea, di maggiore rischio di eventi patologici sfavorevoli (eventi avversi). Tale condizione è potenzialmente suscettibile di prevenzione e cura attraverso una rete di gestione integrata.

Più in dettaglio, questa condizione è dovuta ai seguenti fattori causali presenti con rilevanza diversa e così classificabili:

1. fattori clinici:
   - una o più malattie, spesso croniche (comorbidità)
   - instabilità clinica (gravità)
   - riduzione della massa muscolare (sarcopenia)
   - deficit cognitivi
   - riduzione del visus
   - aterosclerosi cerebrale
   - politerapia farmacologica (soprattutto uso di sedativi e/o ipnotici)
2. fattori funzionali:
   - riduzione di forza (astenia)
   - inabilità degli arti inferiori
   - disturbi dell'equilibrio e dell'andatura
   - condizione di non autosufficienza
   - dipendenza in una o più attività fondamentali della vita quotidiana (disabilità)
   - ridotte riserve funzionali di più organi e apparati (omeostenosi)
3. fattori psicologici:
   - paure
   - demoralizzazione (depressione)
   - isolamento
   - perdita di immagine/ruolo
   - difficoltà relazionali
4. fattori ambientali e sociali:
   - problemi socio-economici (basso reddito)
   - famiglia assente o inadeguata
   - situazione personale (lutto, solitudine, ...)
   - contesto (barriere architettoniche, precarietà rete sociale, ...)
   - livello culturale basso

Gli eventi avversi cui sono esposti i pazienti fragili sono:

- cadute spontanee o accidentali (anche durante le operazioni di assistenza)
- traumi
- incidenti
- malattie acute recidivanti
- ricovero in reparti ospedalieri
- guarigione lenta
- aumento della dipendenza da cure e da assistenza
- frequenti effetti indesiderati da farmaci (anche per errata assunzione o somministrazione)
- elevata mortalità

La presenza di più malattie nello stesso paziente, definita comorbidità, la disabilità e la fragilità sono chiaramente in relazione fra di loro.

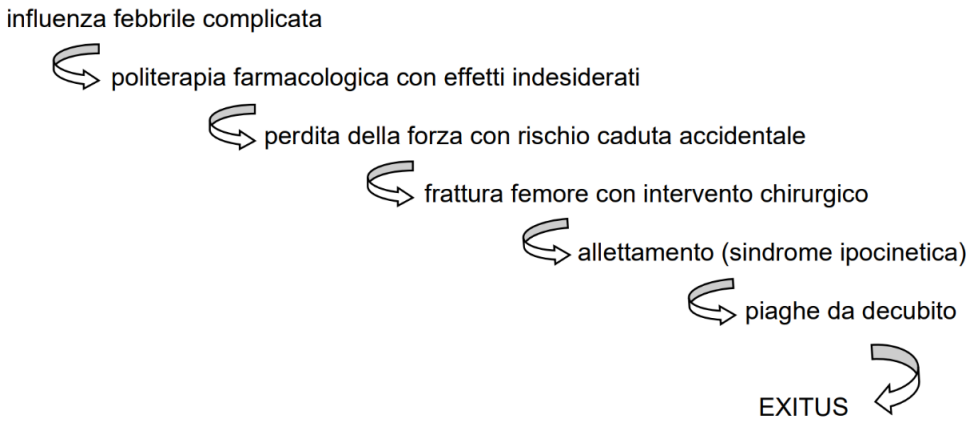
A questo riguardo si può correttamente affermare che:

- la comorbidità è un importante fattore di rischio per la fragilità;
- la fragilità può avere come esito un incremento della disabilità, da cui è allo stesso tempo favorita.

Per chiarire cosa si intende per fragilità, possiamo fare due esempi che richiamino situazioni che si possono verificare in presenza di un paziente disabile.

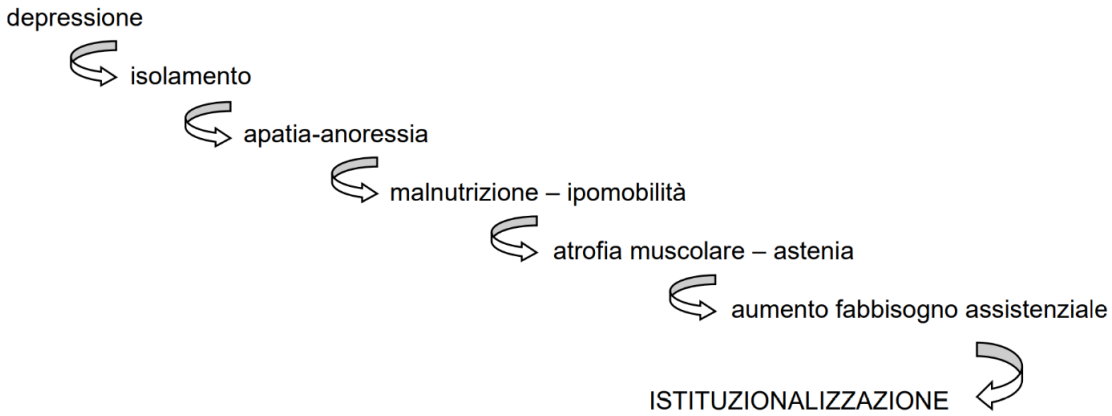
Illustriamo schematicamente quella che viene chiamata "complicanza a cascata di tipo clinico".

Il paziente disabile fragile può andare incontro a:



Un altro esempio può essere quello che viene chiamato "complicanza a cascata di tipo socio-sanitario", più frequente a domicilio per scarso supporto familiare.

Il paziente disabile fragile può andare incontro a:



Modalità di identificazione

La prevenzione degli eventi avversi a cui è predisposto il paziente fragile comporta la necessità di predisporre delle modalità di identificazione dei fattori causali sopra elencati.

Per l'identificazione del paziente fragile è richiesto l'impiego di una valutazione da parte del Medico Responsabile del Progetto Riabilitativo, dell'Infermiere e dell'Assistente Sociale che prenda in considerazione tutti i potenziali fattori di rischio della fragilità.

È infatti necessario che si effettui:

- valutazione fisica (vista, udito, farmaci, cadute, incontinenza, immobilità, demenza)
- valutazione psichica (cognitiva, affettiva, comportamentale)
- valutazione funzionale (deambulazione, abbigliamento, igiene, sfinteri)

- valutazione socio-ambientale (supporti sociali e familiari, condizioni economiche e culturali)

La cartella clinica riabilitativa in uso nel Presidio Multifunzione Comunità Capodarco di Roma, elaborata con il contributo di più figure professionali (équipe multiprofessionale) che utilizzano specifiche competenze e scale di valutazione accreditate, contiene le informazioni necessarie per definire il livello di rischio di eventi avversi a cui possono andare incontro gli utenti ricoverati.

Nell'ottica del piano di tutela della fragilità, la cartella clinica riabilitativa contiene le seguenti importanti informazioni:

- Diagnosi corretta, gravità e stadio evolutivo della/e malattia/e
- Terapia farmacologica con schema delle somministrazioni quotidiane
- Profilo della disabilità secondo la classificazione internazionale ICF
- Fabbisogno assistenziale misurato con l'Indice di Barthel
- Eventuale utilizzo di ausili per la mobilità o per le AVQ
- Stato cognitivo con Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)
- Tono dell'umore con scala della depressione ove prevista
- Situazione socio-familiare ed economica

Fa parte della cartella clinica dei pazienti appartenenti al Nucleo Residenziale anche la scheda infermieristica, che contiene per ogni paziente una valutazione del rischio di piaghe da decubito attraverso la somministrazione della Scala di Norton secondo apposita istruzione di lavoro.

Tra i pazienti presi in carico dal Presidio, tutti i pazienti ricoverati nel Nucleo Residenziale devono essere considerati fragili e necessitano delle attenzioni particolari.

È compito del Medico Responsabile prendere in considerazione il numero e la gravità dei fattori causali e quindi stabilire il livello di fragilità (alto, medio, basso), riportandolo nell'esame obiettivo specialistico della cartella clinica, e di richiedere precauzioni particolari a favore del paziente preso in carico, riportandole nella diaria del Progetto Riabilitativo.

Interventi di supporto per i pazienti fragili

L'approccio al paziente fragile può richiedere numerose attenzioni al personale sanitario preposto.

Può infatti essere necessario svolgere molte delle seguenti azioni:

- Prevenzione del peggioramento della disabilità motoria attraverso lo stimolo all'esecuzione nella vita quotidiana delle attività motorie residue o attraverso programmi di riabilitazione motoria assistita;
- Monitoraggio delle riserve fisiologiche con controlli internistici ed infermieristici soprattutto in occasione di malattie infettive intercorrenti;
- Controllo periodico del peso corporeo;
- Controllo dell'idoneità dell'apporto alimentare e idrico in base al piano nutrizionale adottato nella struttura;
- Rivalutazione periodica della terapia farmacologica;
- Controllo particolare del paziente che assume un nuovo farmaco;
- Verifica del rischio di errata somministrazione dei farmaci, riportando tempestivamente sulla scheda della farmacoterapia la riconciliazione farmacologica e curando la formazione specifica;

- Attenzione rafforzata nei confronti del rischio infettivo, massimizzando le misure preventive;
- Segnalazione immediata da parte di tutto il personale di alterazioni cutanee di qualsiasi tipo, in particolare di quelle che possano preludere a lesioni da decubito (es. arrossamento nelle aree a rischio, minime soluzioni di continuo, flittenule, ecc.);
- Valutazione attenta delle caratteristiche degli ambienti, minimizzando i rischi lesivi degli elementi architettonici e degli arredi;
- Assistenza adeguata alla persona per prevenire cadute nei trasferimenti anche attraverso l'uso di idonei ausili per la movimentazione;
- Individuazione precoce delle condizioni di perdita della vigilanza;
- Individuazione delle condizioni di depressione e/o di isolamento sociale;
- Attivazione dell'Assistente Sociale e del volontariato.
- Elasticità negli orari di visita e di uscita e presenza costante nella struttura di volontari e tirocinanti, per favorire la socializzazione e ridurre la tendenza all'isolamento;
- Utilizzo degli spazi aperti quando possibile.

Queste ed eventuali altre azioni devono essere previste dal Medico Responsabile e comunicate in modo chiaro ed esplicito agli operatori dell'équipe riabilitativa.

Gli organi gestionali di tutte le strutture riabilitative dovrebbero prevedere momenti formativi e di sensibilizzazione con lo scopo di diffondere il concetto di fragilità e di chiarire le responsabilità ed i ruoli di ciascun operatore, redigendo un documento specifico soggetto a revisione collegiale periodica.

Bibliografia

1. AGENAS – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Monitoraggio delle Buone Pratiche. Call 2022 – Medication Without Harm [consultato 22 ago 2022]. Disponibile su: https://buonepratiche.agenas.it
2. World Health Organization. Medication Without Harm [consultato 22 ago 2022]. Disponibile su: https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm

Conflitti di interessi
Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

Finanziamenti
Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti.

Fisiatria Italiana – Anno 2022 – Volume 7 – Fascicolo 8 (lug-set) – ISSN 2785-745X

Il coinvolgimento del minore nelle decisioni di cura (parte seconda)

Francesca Santangelo

Sciacca (Ag)

Riprendendo il tema sul coinvolgimento del minore nelle decisioni che riguardano le sue cure sanitarie, è chiaro che si crei una situazione particolare in relazione al principio di autodeterminazione. Trattandosi di un soggetto di età inferiore ai diciotto anni, è un dato giuridico certo che il fattore età limiti la sua libertà di scelta terapeutica, limite che richiede il necessario intervento dell'istituto della rappresentanza legale.

Circa la potestà genitoriale nei confronti dei minori, già la Corte Costituzionale con la sentenza n. 132/1992 aveva dichiarato che "la Costituzione ha rovesciato le concezioni che assoggettavano i figli ad un potere assoluto ed incontrollato, affermando il diritto del minore ad un pieno sviluppo della sua personalità e collegando funzionalmente a tale interesse i doveri che ineriscono, prima ancora dei diritti, all'esercizio della potestà genitoriale".

Il diritto alla salute oggi, infatti, a conferma di quanto affermato, non si contrappone più al diritto all'autodeterminazione, ma entrambi costituiscono una sintesi: ogni individuo ha il proprio modo di intendere il benessere e deve avere il diritto di poter esprimere la propria personalità, anche mediante la consapevole adesione a qualunque trattamento sanitario.

Dunque, garante della salute del minore non è soltanto il genitore, bensì il minore stesso, il quale, alla luce delle norme nazionali e delle convenzioni internazionali, "deve" essere informato, ascoltato, poter partecipare al processo decisionale per il trattamento terapeutico, tutti elementi che consentono di realizzare quella c.d. "alleanza terapeutica" tra medico-genitori-paziente minore, presupposto fondamentale del consenso informato.

L'alleanza terapeutica, infatti, deve sussistere non solo tra rappresentanti legali e medico curante, ma anche tra il medico e il minore malato che, se reso partecipe in modo appropriato, potrà divenire consapevole della propria malattia acquisendo l'atteggiamento giusto per contrastarla.

Dunque, quando il minore ha una sufficiente capacità di discernimento, il medico deve ricercare l'adesione alle terapie, con le dovute cautele del caso, anche da parte sua.

L'informazione e la raccolta dell'opinione del minore dovranno essere riportati in cartella clinica.

Riprendendo il tema sul coinvolgimento del minore nelle decisioni che riguardano le sue cure sanitarie, è chiaro che si crei una situazione particolare in relazione al principio di autodeterminazione. Trattandosi di un soggetto di età inferiore ai diciotto anni, è un dato giuridico certo che il fattore età limiti la sua libertà di scelta terapeutica, limite che richiede il necessario intervento dell'istituto della rappresentanza legale.

Circa la potestà genitoriale nei confronti dei minori, già la Corte Costituzionale con la sentenza n. 132/1992 aveva dichiarato che "la Costituzione ha rovesciato le concezioni che assoggettavano i figli ad un potere assoluto ed incontrollato, affermando il diritto del minore ad un pieno sviluppo della sua personalità e collegando funzionalmente a tale interesse i doveri che ineriscono, prima ancora dei diritti, all'esercizio della potestà genitoriale".

Il diritto alla salute oggi, infatti, a conferma di quanto affermato, non si contrappone più al diritto all'autodeterminazione, ma entrambi costituiscono una sintesi: ogni individuo ha il proprio modo di intendere il benessere e deve avere il diritto di poter esprimere la propria personalità, anche mediante la consapevole adesione a qualunque trattamento sanitario.

Dunque, garante della salute del minore non è soltanto il genitore, bensì il minore stesso, il quale, alla luce delle norme nazionali e delle convenzioni internazionali, "deve" essere informato, ascoltato, poter partecipare al processo decisionale per il trattamento terapeutico, tutti elementi che consentono di realizzare quella c.d. "alleanza terapeutica" tra medico-genitori-paziente minore, presupposto fondamentale del consenso informato.

L'alleanza terapeutica, infatti, deve sussistere non solo tra rappresentanti legali e medico curante, ma anche tra il medico e il minore malato che, se reso partecipe in modo appropriato, potrà divenire consapevole della propria malattia acquisendo l'atteggiamento giusto per contrastarla.

Dunque, quando il minore ha una sufficiente capacità di discernimento, il medico deve ricercare l'adesione alle terapie, con le dovute cautele del caso, anche da parte sua.

L'informazione e la raccolta dell'opinione del minore dovranno essere riportati in cartella clinica.

Invero, il nostro ordinamento già definisce alcuni ambiti nei quali il consenso è esercitato in modo autonomo dal minore senza alcun bisogno di verifica genitoriale. Esse riguardano le prestazioni sanitarie relative all'esercizio della sessualità (contraccezione, IVG, diagnosi e cura di malattie sessualmente trasmesse) ed i programmi terapeutici per la disintossicazione dalle sostanze psicotrope. Ai fini dell'esercizio di tali prestazioni sanitarie, infatti, il professionista sanitario non ha l'obbligo per di acquisire il consenso genitoriale o di chi ne esercita la responsabilità e su richiesta del minorenne potrà procedere all'atto sanitario a prescindere dal consenso, dal dissenso o all'insaputa dei genitori o del tutore.

Per il resto, la regola generale è quella secondo cui la responsabilità genitoriale deve essere esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316 c.c.) e l'acquisizione del consenso impone l'intervento di entrambi o di un solo genitore a seconda del tipo di trattamento. Se il trattamento sanitario è di natura *non invasiva* (visite, medicazioni, prescrizioni, certificazioni…) è sufficiente il consenso di un solo genitore, se è di natura *invasiva* sarà necessario quello di entrambi. Questa differenziazione trova fondamento sul generale principio del diritto civile secondo cui gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti da entrambi i genitori, mentre gli atti di straordinaria amministrazione devono essere compiuti congiuntamente o, in caso di contrasti, su decisione giudiziale.

L'intervento di genitori concordi con il medico nella scelta del trattamento sanitario e con il minore quando sussista in lui capacità di discernimento costituisce la regola alla quale pongono eccezione "casi particolari", che cercheremo di elencare.

La soluzione di acquisire il consenso di un solo genitore è lapalissiana qualora l'altro genitore sia **morto** o **decaduto** o **sospeso dalla potestà genitoriale**.

Nel caso di assenza di un genitore per **lontananza o impedimento o incapacità naturale o dichiarata con pronuncia di interdizione giudiziale** che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale per l'atto sanitario, è sufficiente l'acquisizione del consenso del solo genitore presente e capace (art. 317, comma 1 c.c.). La possibilità di prescindere dal consenso del genitore lontano o impedito va valutata in base all'urgenza dell'atto sanitario e ai tempi necessari per effettuarlo. Nei casi di urgenza, infatti, si può valutare la possibilità di prescindere dal consenso di un genitore ma bisognerà dare la prova che l'altro genitore sia effettivamente lontano, impedito o incapace. Qualora manchino le prove, su ricorso dell'altro genitore, di un parente o del pubblico ministero dei minorenni, è necessario un Provvedimento del Tribunale per i minorenni che sostituisca il consenso mancante. Essendo questa, però, una procedura che mal si concilia con la situazione di urgenza, è data la possibilità di compilare e sottoscrivere un modulo di autocertificazione da parte del genitore presente, che attesti, sotto la sua responsabilità, la condizione di lontananza o impedimento dell'altro. L'autocertificazione sarà conservata nella documentazione clinica insieme al modulo del consenso informato.

Qualora, invece, i genitori del minore, presenti e concordi, siano **separati o divorziati o non conviventi**, il consenso di entrambi sarà acquisito, compilando due moduli di consenso (ciascuno per genitore).

E se c'è **disaccordo tra i genitori**? In questa ipotesi la decisione di procedere al trattamento sanitario è rimessa al giudice, che sanerà il contrasto adottando il provvedimento che ritiene più idoneo alla realizzazione dell'interesse del minore. Il medico in questo caso non sarà autorizzato ad eseguire la prestazione sanitaria fino alla pronunzia del giudice, salvo che non ricorra lo stato di necessità ex art. 54 c.p. Quanto detto è stato stabilito dalla legge del 8 febbraio 2006 n. 54, rubricato "Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli".

Qualora, invece, **entrambi i genitori si oppongano alla decisione del medico** che ritenga come indispensabile l'atto sanitario per il minorenne, il sanitario deve procedere alla segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni affinché presenti un ricorso al Tribunale per i minorenni per un provvedimento che precluda ai genitori l'esercizio della potestà limitatamente a quello specifico atto sanitario e autorizzi tale atto anche a prescindere dal loro consenso.

Nel caso, invece, in cui il minore non convive con i genitori, perché si trova **in affidamento in comunità o in un istituto penale**, "i legali rappresentanti delle comunità di tipo familiare e degli istituti di assistenza pubblici o privati esercitano i poteri tutelari sul minore affidato, secondo le norme del capo I del titolo X del libro primo del codice civile, fino a quando non si provveda alla nomina di un tutore in tutti i casi nei quali l'esercizio della potestà dei genitori o della tutela sia impedito". Questo è stabilito dall'art. 3, comma 1 della nuova normativa della Legge 184/1983, "Diritto del minore ad una famiglia", modificata dalla Legge 28.3.2001, n. 149 "Diritto del minore alla propria famiglia".

In queste ipotesi, l'affidatario, cui sono assimilati i responsabili della comunità o dell'istituto, può esprimere il consenso per i comuni trattamenti medici. Nelle altre tipologie di atti sanitari è necessario richiedere il consenso dei genitori (come indicato nei capoversi precedenti) o del tutore (se è stato nominato) oppure procedere a segnalare il caso alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni per un provvedimento.

Se si tratta di un **minore straniero solo o del quale non sono reperibili i genitori**, occorre segnalare alla Procura della Repubblica per i minorenni, perché presenti ricorso al tribunale per un provvedimento autorizzativo urgente. Si dovrà anche segnalare il caso a un Giudice tutelare per l'apertura di tutela e nomina del tutore.

Nell'ipotesi, infine, di minore per il quale è stato nominato un **tutore**, sarà quest'ultimo a dover dare un consenso informato esplicito per gli atti sanitari che escono dal comune trattamento medico.

Qualora, invece, il minore esprima dissenso al trattamento diagnostico/terapeutico, malgrado il consenso degli esercenti la responsabilità genitoriale, dopo reiterati momenti di informazione e ricerca del dialogo con il paziente, bisognerebbe: valutare la necessità e la differibilità del trattamento sanitario proposto; prendere in considerazione l'opinione del minorenne, in base alla sua età ed al suo grado di maturità; valutare se il dissenso del minore sia ragionevole sotto il profilo dei benefici o vi sia la possibilità di procedere ad altri interventi alternativi; non provvedere con la forza quando il minorenne ha superato una certa soglia di età (es., anni 16); procedere alla segnalazione alla Procura della Repubblica per i minorenni per l'eventuale iniziativa di provvedimenti del Tribunale per i minorenni nell'ipotesi che per la gravità della situazione sanitaria il trattamento proposto sia necessario e indifferibile.

Infatti il minore, pur non potendo esprimere un "consenso in senso tecnico", ha comunque il diritto di esprimere liberamente la sua opinione sul trattamento sanitario al quale dovrebbe sottoporsi. Pertanto, la sua opinione assume rilevanza e dovrà essere ascoltata e debitamente presa in considerazione dagli operatori sanitari.

Dunque, quando il minorenne dimostri di avere sufficiente capacità di discernimento, il professionista sanitario dovrà ottenere dal minore stesso un vero consenso e una buona collaborazione, con modalità adeguate e cautela. Dovrà quindi correttamente informarlo con un linguaggio ed una modalità commisurata alla sua età e dovrà, successivamente, ascoltare e tenere in considerazione il suo punto di vista. Tali atti (informazione e raccolta dell'opinione del minorenne) dovranno essere riportati in cartella clinica.

Le regole sopra delineate sono applicabili finché non si presentino casi di emergenza ed urgenza. In relazione a questi ultimi, le cure necessarie devono essere assicurate nel rispetto della volontà del paziente sempre che le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepire tale volontà. Nelle ipotesi di trattamenti terapeutici urgenti e indifferibili a salvaguardia della vita del paziente, salvo che egli non abbia espresso una volontà contraria, la decisione è prudenzialmente rimessa ai sanitari. Non essendoci tempo a sufficienza per adire previamente il Giudice al fine di sanare l'eventuale contrasto sorto tra i genitori e/o il personale sanitario sulle terapie da adottare e la persona non sia in grado di esprimere il proprio consenso a prestazioni sanitarie ritenute indifferibili e dunque sussistano le condizioni di cui all'art. 54 c.p. (stato di necessità), la decisione è rimessa al professionista sanitario, il quale potrà e dovrà intervenire anche senza l'acquisizione del consenso, operando quest'ultimo in una posizione di garanzia nei confronti del paziente.

Lo stato di necessità sussiste solo qualora il pericolo sia attuale e inevitabile e cioè, rispettivamente, imminente e non eliminabile con una condotta alternativa.

Il potere di intervenire attribuita al sanitario garantisce un'efficace tutela della salute del minore, evitando che eventuali contrasti sorti tra medici, genitori e tutori chiamati ad esprimersi in merito alle terapie sanitarie possano provocare un rallentamento nella somministrazione delle cure