FISIATRIA ITALIANA

ISSN 2785-745X

Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e Riabilitativa

ANNO 2023 - VOLUME 8 - FASCICOLO 10

(GENNAIO - MARZO)

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 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar)

INDICE

Editoriali

1. Buon anno fisiatri
Domenico Uliano PDF

Attualità, Specialisti in Formazione

3. Nasce ANF: Associazione Nazionale Fisiatri
Associazione Nazionale Fisiatri PDF

Perle Cliniche e Professionali, Specialisti in Formazione

6. La Terapia Fisica: favola o realtà?
Mauro Piria PDF

Case Report e Report Brevi

9. Medicinali BrSM e Collagen Medical Devices in traumatologia sportiva – esperienza in 6 casi
D. Di Meo PDF

Attualità

18. I still have a dream
Morena Ottaviani PDF

Intervista

20. Intervista a Mauro Piria sull'Associazione Nazionale Fisiatri
Domenico Uliano - Morena Ottaviani PDF

Arte, Tempo Libero e Disabilità

23. Vecchiaia e solitudine
David Antonio Fletzer PDF

Case Report e Report Brevi

25. Nevralgia intercostale post-erpetica: case report
Paolo Di Benedetto PDF

Articoli di Ricerca

30. La teleriabilitazione ibrida può essere applicata ai pazienti bulgari con sindrome post-COVID?
Jannis Papathanasiou 1, Kosta Kostov2, Ivo Petrov3, Kiril Panayotov 4, Giulia Vita5, Janna Kashilska 6, Nigyar Dzhafer 7 PDF

Fisiatria Italiana – Anno 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar) – ISSN 2785-745X
CC BY

Buon anno fisiatri

Domenico Uliano

Campobasso

Conclusioni

Un modo insolito, ma forse più pertinente nei contenuti, per augurare un migliore 2023 ai Fisiatri italiani, lontani da autocelebrazioni e con almeno un occhio concretamente rivolto ai tanti nodi irrisolti che si sono accumulati in questi ultimi anni. Buon 2023 Fisiatri!

Happy New Year

Brano di ABBA

No más champagne,
La bengala se apagó
Solo tú, sola yo,
El festejo ya pasó
Es el fin de la fiesta
Y hay un gris amanecer
Dónde está ese ayer
Que debemos proponer
Felicidad, felicidad
Al brindar les deseamos de ahora en más
Paz, amor en donde reine la amistad
Felicidad, felicidad
Al rogar esperanza de cambiar
Sin dejar al desaliento dominar
Y triunfar
Y cuando veo
Ese mundo que vendrá
Nuevo al fin llegará
De cenizas surgirá
Gente equivocada
Que pretende estar muy bien
Se los ve arrastrar
Pies de barro y caminar
Sin saber por donde andar
Felicidad, felicidad
Al brindar les deseamos de ahora en más
Paz, amor en donde reine la amistad
Felicidad, felicidad
Al rogar esperanza de cambiar
Sin dejar al desaliento dominar
Y así triunfar
Creo entender

Que los sueños son infiel
Al morir no son más
Que confites y papel
Es el tiempo pasado
Why en los años que vendrán
Quien podrá predecir
Qué depara el porvenir
Que nos falta por vivir
Felicidad, felicidad
Al brindar les deseamos de ahora en más
Paz, amor en donde reine la amistad
Felicidad, felicidad
Al rogar esperanza de cambiar
Sin dejar al desaliento dominar
Y así, triunfar

Compositori: Benny Andersson / Bjoern K Ulvaeus

Testo di Happy New Year © Universal Music Publishing Group

Riceviamo dalla Dott.ssa Donatella Bonaiuti la nota della neocostituita Associazione e volentieri pubblichiamo

A.N.F. - ASSOCIAZIONE NAZIONALE FISIATRI
Sede Legale Via F. S. Bonucci N. 18 – ROMA
Cod. Fiscale e P.IVA: 96544280587

Si è costituita **l'Associazione Nazionale Fisiatri (A.N.F.),** associazione sindacale che ha per scopo la tutela degli interessi di tutti i medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitativa e dei medici che operano in area riabilitativa.

Questa iniziativa si è resa necessaria per il continuo grave attacco alle specificità dell'attività del Fisiatra, ormai evidente da anni da parte delle discipline d'organo e per l'abusivismo dilagante.

E' a tutti noto che stiamo vivendo anni di grande crescita delle conoscenze scientifiche nel campo della riabilitazione, di innovazioni organizzative e tecnologiche che guidano il Fisiatra nel seguire il miglior percorso diagnostico e terapeutico nella pratica clinica. Nel contempo diventa evidente la crescente necessità di riabilitazione dovuta all'invecchiamento e alla maggiore sopravvivenza alle malattie e agli eventi traumatici.

Tutto ciò produce nuove e importanti opportunità per il Fisiatra, ma rappresenta d'altra parte anche una forte attrattiva per i colleghi di altre branche per i quali gli ambiti professionali vanno, al contrario, restringendosi. A questo problema si aggiunge, dal punto di vista generale, la progressiva sostituzione da parte dei professionisti sanitari di ruoli medici, soprattutto per necessità economiche del Sistema Sanitario e non in virtù di nuove competenze specifiche acquisite.

In questo modo vengono prese decisioni che avranno enorme rilevanza in un futuro prossimo e che bisogna gestire con lucidità, attenzione e soprattutto con tempestività.

Oltre a ledere gli interessi del Medico Fisiatra, unico Specialista che ha concentrato gli studi sulla Riabilitazione, questa situazione sta portando pericolosamente anche all'impoverimento della qualità della riabilitazione in tutti i settori, con gravi conseguenze per le persone con disabilità il cui benessere rappresenta l'unico obiettivo della nostra attività professionale.

Queste importanti problematiche sono palesi in ogni settore dell'attività riabilitativa. Soprattutto nel territorio, negli ambulatori, dove, data l'impostazione del nomenclatore tariffario che non valorizza i nostri trattamenti, la riabilitazione trova reale applicazione il più delle volte solo in ambito privato, con ovvie pesanti conseguenze sulle condizioni di lavoro del Fisiatra.

Non va meglio in ambito ospedaliero: vi è una promiscuità disciplinare, medica e non medica, spinta anche dalle Direzioni Aziendali solo allo scopo di dare risposta ai problemi di budget e non per migliorare la qualità degli interventi riabilitativi. I Fisiatri corrono sempre di più il rischio di perdere i posti letto e i reparti di riabilitazione, con i loro setting fondamentali condizionanti la qualità dei risultati, e rischiamo di ridurci a fare solo consulenze e attività ambulatoriale.

In tal modo perdiamo ogni presupposto per fare la "riabilitazione" vera, quella che cambia la prognosi e le prospettive della persona in condizioni di disabilità. Con queste premesse , e nella migliore delle ipotesi, ci si può aspettare un recupero spontaneo della persona con disabilità, il che non ha niente a che fare con quello che la nostra disciplina ci permette di ottenere.

E' necessaria un'associazione sindacale attrattiva, forte e di supporto effettivo all'attività clinica quotidiana del Fisiatra, nel territorio, negli ambulatori, negli ospedali ; attività che deve essere sempre condotta alla luce della migliore qualità scientifica, senza subalternità e mistificazione ad opera di altre discipline, e nella massima tutela della sua specificità.

Questo è anche l'interesse dei tanti medici in formazione che dovranno scegliere un ruolo lavorativo e professionale pieno di valore e prospettive.

Abbiamo bisogno di concentrare sulla nostra organizzazione la stessa attenzione e la stessa forza che dimostriamo quando dibattiamo scientificamente.

Dobbiamo dedicare i nostri sforzi a costruire pertanto una organizzazione sindacale ben riconoscibile, quale l'Associazione Nazionale Fisiatri che nasce per occuparsi dei reali problemi di TUTTI I FISIATRI e per difendere la figura del FISIATRA in ogni contesto lavorativo.

Infatti l'Associazione Nazionale Fisiatri intende :

i) Promuovere ogni iniziativa sindacale finalizzata a valorizzare e tutelare la professionalità dei Fisiatri e dei medici specialisti in formazione.

ii) Assumere le opportune iniziative volte a favorire il loro ingresso nel mondo del lavoro .

iii) Favorire l'azione di aggiornamento e formazione dei propri iscritti a garanzia della loro professionalità e dei pazienti.

iv) Fornire ai propri iscritti consulenza, assistenza e tutela sindacale attraverso i propri rappresentanti e consulenti.

v) Curare gli interessi professionali e sindacali degli iscritti dell'Area Riabilitativa che esercitano la propria attività:

- in Aziende, Strutture, Presidi ed Enti che erogano prestazioni dell'Area Riabilitativa;

- in regime libero professionale;

- nelle Istituzioni Universitarie.

Gli obiettivi di lavoro più generali e prioritari saranno:

- ricondurre l'intervento riabilitativo ad una logica di percorso impostato e coordinato dal Fisiatra
- impedire la frammentazione della Medicina Fisica e Riabilitazione nelle specialità d'organo, affermando la necessità di una unica Area omogenea della riabilitazione,

- affermare il Dipartimento di Riabilitazione come unica organizzazione per la appropriatezza in riabilitazione, diretto dal Fisiatra e i Distretti Sanitari affidati a un medico specialista e non a psicologi o al comparto.
- combattere l'abusivismo della professione medica.

Si tratta di un GRANDE PROGETTO DI RICOSTRUZIONE DELL'IDENTITA' DEL FISIATRA e di rafforzamento della nostra disciplina, che deve impegnarci nei prossimi anni e nel quale noi soci fondatori crediamo profondamente.

La partecipazione da parte di tutti i Fisiatri farà sì che i loro interessi non vengano lesi e non venga impoverita la loro attività quotidiana in tutti i settori, ma che possano mantenere viva la passione che li ha orientati in questo prezioso settore della Medicina.

Come è ovvio, l'adesione alle attività dell'Associazione non può essere incompatibile con quella ad altre Associazioni o Società Scientifiche che si occupano di Riabilitazione, perché è prioritaria la volontà di contribuire TUTTI INSIEME alla crescita della figura del Fisiatra e prevenire errate soluzioni che vengano prese in ambito sanitario e che possano danneggiare la Riabilitazione e la figura del medico che vi opera quotidianamente.

(per tutte le informazioni necessarie per conoscere l'Associazione e per aderirvi, il contatto è: http://mail.associazionenazionalefisiatri.it/)

Fisiatria Italiana – Anno 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar) – ISSN 2785-745X

LA TERAPIA FISICA (favola o realtà?)

di Mauro Piria
Segretario Regionale SIMFER - Sardegna
Membro Associazione Nazionale Fisiatri

L'esistenza dell'energia vitale e la sua influenza sulla salute del corpo umano erano note ai popoli antichi sin dal 5000 a.C.; erano in qualche modo a conoscenza che la distribuzione energetica nel nostro organismo deve essere in equilibrio, fluida e costante, per essere in buona salute. E i più accorti avevano notato, già all'epoca, che le energie presenti in natura influenzavano il funzionamento del nostro organismo, per questo da sempre l'uomo si è adoperato per far proprie le metodologie per poterle convogliare, dosare e infondere nel giusto modo.

Nel corso dei secoli il controllo e la gestione di questi elementi e lo studio sugli effetti che producono si è andata via via perfezionando tanto che i Padri Costituenti della nostra disciplina, nella loro lungimiranza, hanno inteso dare la massima importanza all'utilizzo curativo dei mezzi fisici presenti in natura contraddistinguendo il nostro approccio terapeutico nella Medicina Fisica. La prima società medico scientifica, risalente al 1920, prese il nome di "Società Americana di Medici di Medicina Fisica", il termine "riabilitazione" si aggiunse, definitivamente, al termine "medicina fisica" qualche tempo dopo, nei primi anni 40.

Nel secolo scorso la scuola di specializzazione in MFR (allora Fisioterapia) attraeva tanti medici neolaureati anche per le potenzialità della Terapia Fisica, volevano acquisire le conoscenze e le competenze per poter utilizzare apparecchiature elettromedicali quali fonti capaci di produrre energia da somministrare ai pazienti secondo ben precise modalità, tali da essere in grado di poter migliorare le loro condizioni cliniche alterate o compromesse, con pressoché nulli effetti collaterali e/o controindicazioni. Abilitazione che solo il corso di formazione Specialistica in MFR può legittimare, **è infatti il Fisiatra l'unico specialista medico che può prescrivere le terapie fisiche.**

Anche se la letteratura scientifica è carente di studi, sono inconfutabili i grandi benefici sul dolore, la flogosi, gli edemi, ottenuti con l'utilizzo delle energie fisiche, e ancora: aumento del metabolismo tissutale e dei processi biologici enzimatici, stimolazione del tono muscolare ed aumento dell'efficienza contrattile, riduzione della rigidità articolare, con effetti duraturi nel tempo.

L'utilizzo di tali mezzi è ben accettato dai pazienti che ne apprezzano i giovamenti, ancor di più se intolleranti ai farmaci antinfiammatori, o perché ipertesi – enteropatici - con allergie, o perché impossibilitati a ingerire altri farmaci oltre quelli che già assumono per le varie patologie di cui soffrono (diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, depressione, etc) e favorevolmente accolta dai MMG per i riscontri positivi nei risultati di tali cure.

Ahimè, nel 2001, queste consolidate acquisizioni medico-scientifiche sono state messe in seria discussione con la pubblicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che hanno avuto effetti

devastanti nel loro utilizzo, complici alcuni Fisiatri inadeguati, mossi probabilmente da discutibili ideali.
È tristemente noto che il decreto sui LEA del 2001, entrato in vigore a febbraio 2002, ha decretato l'impossibilità di poter erogare, in convenzione, quasi tutte le energie fisiche, ben 17 prestazioni, non perché inefficaci, ma per mancanza di sufficienti studi clinici a supporto della loro efficacia, creando comprensibile sconcerto tra noi Fisiatri che consideriamo la terapia fisica una componente fondamentale della nostra disciplina, da utilizzare, gestire e coordinare, all'interno del Percorso Riabilitativo Individuale.

Ed è incomprensibile il riconoscimento di altre prestazioni, tra cui la paraffinoterapia, ormai in disuso perché superata e obsoleta, che hanno le stesse carenze di studi validanti.
Ma sappiamo bene che i LEA hanno dimostrato sin dalle origini poco rispetto e scarsa considerazione per la MFR, soprattutto Territoriale, disconoscendo da sempre la presa in carico riabilitativa e relegando le possibilità prescrittive solo a cicli di prestazioni avulse dal contesto clinico e consentanee solo alle specialità d'organo.

Questa presa di posizione contro la Terapia Fisica ha avuto un altro effetto frenante sullo sviluppo della Medicina Fisica in quanto, nelle strutture riabilitative pubbliche, non solo vengono negate le richieste di acquisto di nuove apparecchiature elettromedicali, ma non viene neanche effettuata la manutenzione di quelle in dotazione; quindi, non più utilizzabili e confinate in qualche angolo nascosto del reparto.

È vero che l'introduzione in commercio delle apparecchiature elettromedicali, contrariamente a quanto avviene per i farmaci, non contempla alcuna valutazione preventiva in ordine alla loro efficacia e all'appropriatezza d'impiego, ma è richiesta solo la valutazione della sicurezza d'uso e la dimostrazione di saper fornire le prestazioni loro assegnate dal costruttore, con una sua semplice dichiarazione, ed è vero che molte apparecchiature immesse sul mercato sono caratterizzate da imponenti campagne pubblicitarie in assenza di documentazione scientifica in grado di provarne la loro reale efficacia, ma solo le ormai standardizzate indicazioni e controindicazioni e questo porterebbe ad una ulteriore scetticità al loro impiego, non tanto nei Fisiatri con anni di specifica esperienza, che sono consapevoli dei risultati che si possono ottenere con le terapie fisiche, ma nei giovani colleghi.

È anche vero che gli studi sulla validità delle energie fisiche, sino a qualche anno fa, sono stati carenti in quanto c'è una estrema variabilità del quadro clinico dei pazienti, quindi campione non omogeneo, ed i trattamenti prevedono spesso una politerapia fisica e non monoterapia, che spesso viene associata all'esercizio terapeutico, pertanto è difficile scorporare l'effetto curativo prodotto da ciascuna energia fisica, **ed è per questo che sono da incentivare le sperimentazioni capaci di dimostrare**, con certezza scientifica, misurabile e condivisibile, **la validità terapeutica del loro utilizzo.**

È fondamentale che l'utilizzo delle energie fisiche sia sempre preceduto da un ragionamento clinico che porti ad una valutazione del paziente, ad una diagnosi riabilitativa ed un piano terapeutico, che conduca ad una corretta indicazione ed una logica nella loro applicazione riguardo il dosaggio, la frequenza e intensità di erogazione del mezzo fisico, perché la stimolazione a livello dei tessuti trattati sia concreta e soddisfacente, in modo da garantire l'appropriatezza delle cure, che viene assicurata solo se vengono soddisfatti questi requisiti,

E **l'outcome** che ci interessa perseguire deve essere valutato, in termini di efficacia e di evidenza, in rapporto ai bisogni ed ai desideri del paziente, con misurazioni indirizzate alla analisi dei

parametri che definiscono un miglioramento delle qualità della vita, non concentrate su un solo ambito (dolore), come si è fatto finora, che continuerebbe a offuscare le loro effettive potenzialità.

Mauro Piria

Segretario Regionale Gruppo Regionale SIMFER Sardegna

Membro ANF

Fisiatria Italiana – Anno 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar) – ISSN 2785-745X

Medicinali BrSM e Collagen Medical Devices in traumatologia sportiva – esperienza in 6 casi

di Di Meo

D. Di Meo

MEDICINALI BrSM E COLLAGEN MEDICAL DEVICES IN TRAUMATOLOGIA SPORTIVA
– ESPERIENZA IN 6 CASI

BrSM MEDICINES AND COLLAGEN MEDICAL DEVICES IN SPORTS TRAUMATOLOGY
– EXPERIENCE IN 6 CLINICAL CASES

RIASSUNTO

In questo articolo viene riportata la personale esperienza presso un Centro di Riabilitazione e Fisioterapia circa l'utilizzo di terapie BrSM (Medicina Bioregolatoria dei Sistemi) e Collagen Medical Devices in Traumatologia sportiva, disciplina più frequentemente trattata con farmaci convenzionali e chirurgia.
I farmaci utilizzati sono stati somministrati mediante infiltrazioni mesoterapiche e per *os*.
Nel presente lavoro sono stati inclusi 6 casi, di cui 4 con distorsione di caviglia in diverse discipline sportive quali basket, pallavolo e calcio e 2 casi per fratture del carpo/metacarpo nel motociclismo professionale e amatoriale in seguito ad incidenti di gara o prove, lesioni traumatiche acute che si producono per un trauma unico, violento e imprevedibile, alle quali appartengono le lesioni muscolari (distrazioni, stiramenti e strappi), le contusioni, le distorsioni, le lussazioni e le fratture.
– Le terapie BrSM e Collagen Medical Devices non solo sono prive di effetti collaterali, ma permettono anche di conseguire risultati terapeutici impensabili fino a qualche anno fa in Traumatologia, confermandone, quindi, l'efficacia.
L'attività motoria e quella sportiva in particolare coinvolgono un numero sempre maggiore di persone di tutte le età; questo fenomeno ha determinato un aumento del numero di traumi derivanti dalla pratica dell'attività motoria sportiva che giungono all'osservazione del medico.
Sono stati valutati gli effetti dei medicinali BrSM e Collagen Medical Devices e verificato se essi rispondono ad alcune esigenze terapeutiche presenti nell'ambito sportivo: efficacia terapeutica, assenza di effetti collaterali e completo ed assoluto rispetto della normativa *antidoping*.
– I risultati hanno evidenziato che i presupposti dai quali si era mossa questa esperienza sono stati pienamente soddisfatti.

PAROLE CHIAVE

TRAUMATOLOGIA SPORTIVA, DISTORSIONE DI CAVIGLIA, FRATTURA CARPO/METACARPO, TRAUMEEL® S, ARNICA COMP.-HEEL, CUPRUM-HEEL, ZEEL® T, GALIUM-HEEL®, COENZYME COMPOSITUM®, MD-TISSUE, MD-SMALL-JOINTS, GUNABIOS

SUMMARY: In this article it is reported the personal experience at a Rehabilitation and Physiotherapy Center concerning the use of BrSM (Bioregulatory Systems Medicine) and Collagen Medical Devices in sports traumatology.
These are disciplines more frequently treated with conventional drugs and surgery.
The medicines used were administered via mesotherapic infiltration or orally.
In this article 6 cases have been included, 4 of which for ankle sprains in different sports disciplines such as basketball, volleyball, and football and 2 for carpal/metacarpal fractures in the motorcycling (professional and amateur) as a result of accidents occurred during races or tests.
Therefore, acute traumatic injuries caused by a single, violent, and unpredictable trauma, to which the muscular lesions (distractions, strains, tears), contusions, distortions, dislocations and precisely fractures belong.
Not only do BrSM and Collagen Medical Devices cause no side effects, but they also allow to achieve therapeutic results unthinkable until a few years ago in Traumatology, confirming in this way their effectiveness. Sports and motorcycling activities in particular involve an increasing number of people of all ages. This phenomenon has led to an increasing number of traumas resulting from the practice of motor activity that come to the observation of the specialist; the ankle distortion is one of the most frequent sports injuries. In the light of the above, it has been proposed that BrSM medicines and Collagen Medical Devices should be used as part of the therapeutic strategy for ankle sprain and carpal/metacarpal fractures, assessing whether they really meet certain therapeutic needs present in the sports arena: therapeutic efficacy, absence of side effects and complete and absolute compliance with anti-doping regulations.
– The results showed that the assumptions from which the experience had moved are fully preserved.

KEY WORDS: SPORTS TRAUMATOLOGY, SPRAINED ANKLE, CARPAL/METACARPAL FRACTURE, TRAUMEEL® S, ARNICA COMP.-HEEL, CUPRUM-HEEL, ZEEL® T, GALIUM-HEEL®, COENZYME COMPOSITUM®, MD-TISSUE, MD-SMALL-JOINTS, GUNABIOS

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni è notevolmente aumentato il numero delle persone praticanti sport sia amatoriale sia professionistico e conseguentemente il numero di infortuni, suddivisi in due principali gruppi della Traumatologia dello Sport, quello delle patologie da sovraccarico funzionale e quello delle lesioni traumatiche acute.

– Le patologie da sovraccarico funzionale si instaurano a causa di micro-traumatismi ripetuti sulle diverse strutture dell'Apparato locomotore; le lesioni traumatiche acute si producono per un trauma unico, violento e imprevedibile.

– A quest'ultima categoria appartengono le lesioni muscolari (distrazioni, stiramenti, strappi), contusioni, distorsioni, lussazioni e fratture.

Basket	31,5%
Calcio	19,2%
Pallavolo	13,7%
Atletica leggera	13,4%
Ginnastica	7,9%
Tennis	3,3%
Sci	0,3%
Rugby	1,9%
Hockey su prato	1,6%
Judo	1,6%
Scherma	0,5%
Karate	0,5%
Motocross	0,5%
Nuoto e Pallanuoto	0,5%
Hockey su ghiaccio	0,3%
Attrezzistica	0,3%
Boxe francese	0,3%

TAB. 1

In ambito medico-sportivo le lesioni sia acute sia croniche più frequenti interessano le articolazioni (lesioni da sovraccarico e da usura) e i Tessuti molli (tendini, capsule, legamenti, muscoli).
– Nelle discipline sportive come basket, calcio, pallavolo, atletica leggera, tennis, ecc. le lesioni più frequenti sono rappresentate dalle **distorsioni di caviglia**; nel motociclismo sono più frequenti le **contusioni**, **lussazioni** e **fratture**.

La Medicina convenzionale propone come soluzione standardizzata, in base alle diverse tipologie di lesione, la somministrazione di FANS o cortisonici, analgesici, tutori/gesso e chirurgia.

• BrSM attua un approccio sostanzialmente diverso; l'utilizzo in sinergia di **medicinali *low dose*** e di **Collagen Medical Devices** permette di pianificare una terapia personalizzata a misura di atleta che tiene conto di **4 variabili** (da Alfieri, 2013, modificata):
– **tempo**: rispettare, modulando, la cronobiologia del processo infiammatorio e di riparazione;
– **Tessuto**: la risposta di guarigione e la cinetica di riparazione dei diversi Tessuti è variabile;
– **sede**: l'attività di un medicinale può essere influenzata dalla sede anatomica di somministrazione;
– ***doping***: i farmaci somministrati agli atleti non devono essere dopanti (vedi elenco WADA-*World Anti-Doping Agency*).

Inoltre, in alcuni casi, si può evitare l'intervento chirurgico con indubbi vantaggi per l'atleta e per l'economia sociale.

EPIDEMIOLOGIA

Dati emergenti da una rilevazione del C.O.N.I. su una popolazione di 2.500.000 praticanti attività sportiva hanno evidenziato che, nell'ambito dei traumi acuti, le distorsioni sono al 1° posto (27,67%).
La distorsione di caviglia è al 2° posto (15,32%), preceduta solo da quella di ginocchio (22,13%).

– Una ricerca effettuata presso il Centro Universitario di Studi e Ricerche in Traumatologia dello Sport dell'Istituto G. Pini (Milano) ha rilevato che basket, calcio, pallavolo e atletica leggera insieme coprono più del **75% dei traumi acuti** trattati presso questa Struttura (TAB. 1).

Dai dati epidemiologici suindicati, confermati dalla esperienza personale in qualità di consulente presso un Centro di Riabilitazione e Fisioterapia di squadre e di atleti agonisti e amatoriali, si evince come le distorsioni di caviglia siano tra i traumi acuti più frequenti in ambito sportivo.
– Tale evidenza ha determinato l'opportunità di occuparmi di tale patologia e della valutazione degli effetti terapeutici dell'utilizzo di medicinali BrSM e di Collagen Medical Devices.
– In questa esperienza vengono riportati anche 2 casi di traumi conseguiti nel praticare il motociclismo, disciplina sportiva nota per le possibili lesioni acute e violente che possono presentarsi il più delle volte come fratture in seguito ad incidenti di gara o prove/test.

DISTORSIONE DI CAVIGLIA

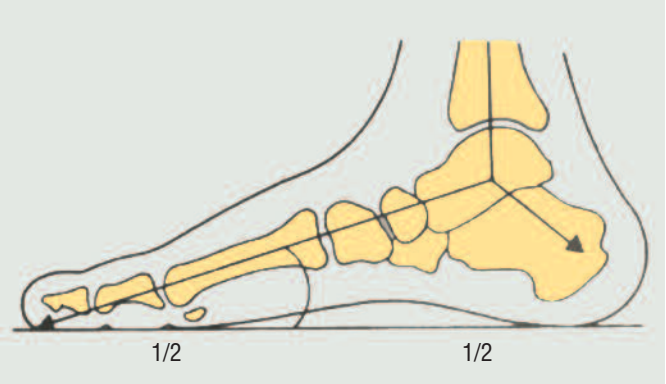
La caviglia è un insieme articolare instabile sottoposto a sollecitazioni che tendono nel loro insieme a spostare i costituenti scheletrici in successione; è, in pratica, un trasduttore di movimento che serve a trasferire le sollecitazioni a maggior asse verticale dell'arto inferiore in sollecitazioni a maggior asse orizzontale del piede (FIG. 1) e dove i dispositivi capsulo-legamentosi, le coppie di forza muscolo-tendinee e l'Apparato propriocettivo contribuiscono alla contenzione ed al movimento.

– L'articolazione della caviglia è composta dalla tibio-astragalica e dalla tibio-peroneale distale, con i suoi segmenti scheletrici (tibia, perone e astragalo) ed i 3 gruppi di legamenti (mediali, laterali e sindesmosi tibio-peroneale).

La superficie a troclea dell'astragalo è più ampia nella porzione anteriore rispetto a quella posteriore; pertanto gli unici movimenti consentiti a questa articolazione sono quelli lungo il piano sagittale e, con prevalenza, della flessione plantare rispetto a quella dorsale per la particolare conformazione dell'astragalo (FIG. 2).

FIG. 1

Ripartizione dei carichi attraverso l'astragalo.



Per quanto riguarda i movimenti consentiti sugli altri piani dello spazio, questi sono garantiti dalle articolazioni tarso-metatarsali per l'adduzione e l'abduzione; la sottoastralgica condiziona il valgo-varo del retropiede.

Gli stabilizzatori passivi della caviglia sono il **legamento laterale interno (LLI)** ed **esterno (LLE)**.

– Il LLI, per la sua forma definito anche come legamento deltoideo, è formato da 3 fasci distinti: tibio-calcaneare, tibio-navicolare profondo e tibio-talare o astragalico (assai robusto) (FIG. 3).

– Il LLE è formato anch'esso da 3 fasci legamentosi distinti: il fascio **peroneo-astragalico anteriore (PAA)**, il fascio **peroneo-calcaneare (PC)** ed il fascio **peroneo-astragalico posteriore (PAP)** (FIG. 4).

Per completezza occorre precisare che al LLE si aggiungono altre 2 formazioni: il fascio astragalo-calcaneare ed il fascio astragalo-calcaneare interosseo o a "siepe" (NdR: non rappresentato in FIG. 4).

Gli stabilizzatori attivi sono: medialmente (loggia retromalleolare mediale) il muscolo tibiale posteriore, il flessore lungo delle dita ed il muscolo flessore dell'alluce (Kapandji, 1980); lateralmente (loggia retro-malleolare esterna) i muscoli peroneo breve e lungo.

EZIOPATOGENESI

A causa della conformazione anatomica dell'articolazione tibio-tarsica, qualsiasi sollecitazione dinamica supportata da vettori operanti su piani frontali o assiali può determinare, una volta superati i meccanismi protettivi capsulo-legamentosi, la comparsa di un danno articolare o del sistema di contenzione.

– Gli atleti di tutte le discipline sportive possono andare incontro, almeno una volta durante la propria carriera, ad eventi traumatici distorsivi della articolazione tibio-tarsica.

Le gestualità tipiche o gli eventi accidentali, quali le ricadute da un salto, talvolta sul piede di un altro partecipante alla competizione, i cambi di direzione improvvisi e/o imprevedibili, le finte di gioco, sono le cause più frequenti.

A questi meccanismi primari si aggiungono altri fattori secondari quali terreno di gioco accidentato, calzature incongrue, alterazioni posturali e predisposizioni personali.

Negli atleti la maggior parte dei traumi (circa l'85%) avvengono per meccanismo di **supinazione** che consiste in un movimento complesso che prevede l'adduzione e l'inversione dell'avampiede e l'inversione del tallone, il quale assume una configurazione in varismo ed in lieve flessione plantare del piede, per cui si ha un interessamento del LLE, molto frequentemente nella sua componente PAA; se l'intensità dell'evento lesivo non si esaurisce, viene successivamente coinvolto il PC e più raramente il PAP (FIG. 5).

Meno frequenti sono le distorsioni che prevedono meccanismi di pronazione, consistenti in un movimento che comporta l'abduzione e l'eversione del tallone.
In questi casi, non è rara la concomitante frattura del malleolo peroneale che spesso precede la lesione del LLI.

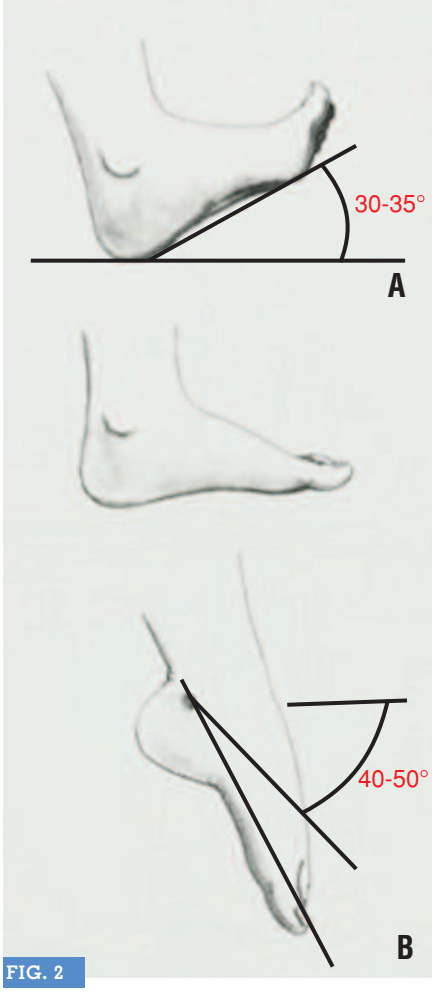


FIG. 2

CLASSIFICAZIONE

Le distorsioni di caviglia, in base all'evento temporale di realizzazione, possono essere suddivise in lesioni recenti o acute, lesioni recenti su precedenti

FIG. 3

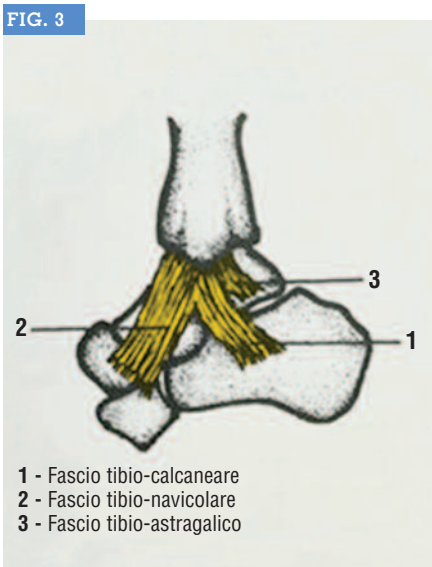


FIG. 4

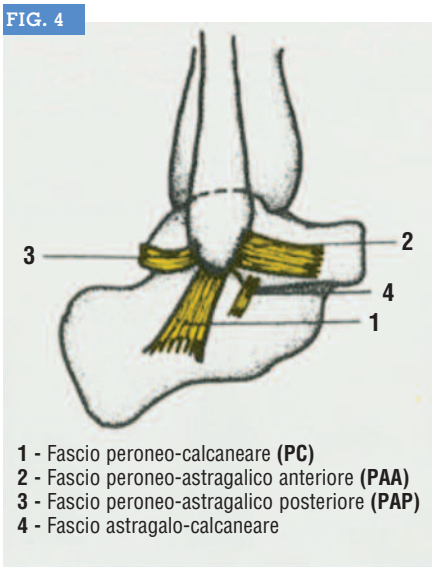


FIG. 5

(evento traumatico simile entro un anno dal precedente) e lesioni inveterate con instabilità cronica, situazione quest'ultima che consente il rilascio dell'idoneità agonistica sportiva solo dopo il ripristino anatomo-funzionale mediante trattamento chirurgico.

– In questa sede ci occupiamo esclusivamente delle forme acute o recenti che, quando secondarie ad un meccanismo di supinazione (come nella prevalenza dei casi), si possono distinguere dal punto di vista anatomo-patologico in:

Lesioni di grado 0

Vera e propria distorsione con distrazione legamentosa, senza lesioni.

È presente un infarcimento emorragico interessante, in varia misura, capsula e legamenti.

Lesioni di 1° grado

Rottura parziale del PPA (la disinserzione peroneale è l'evenienza più frequente) e, come corrispettivo clinico, tumefazione e dolore da carico.

Lesioni di 2° grado

Rottura del PAA e del PC (solitamente la rottura è all'interno del fascio; più raramente si verifica una disinserzione calcaneare) cui consegue dolore, infiltrazione emorragica delle parti molli periarticolari e limitazione funzionale parziale.

Lesioni di 3° grado

Rottura del PAA, PC e PAP. Si possono associare, secondo i casi, lesione del fascio peroneo-tibiale anteriore, lesione del legamento interosseo, lesioni della parte esterna del legamento a Y, fissurazioni condrali, fratture osteo-condrali, fratture parcellari del malleolo esterno, alterazioni muscolari e/o delle guaine.

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

L'utilizzo di medicinali BrSM e di Collagen Medical Devices nel trattamento della distorsione di caviglia è stato suggerito da due esigenze importanti e specifiche nella popolazione sportiva.

– Nei soggetti che praticano attività sportiva esiste l'esigenza di una perfetta funzionalità di tutti gli Organi e Sistemi, per cui l'utilizzo dei medicinali BrSM e di Collagen Medical Devices, altamente biocompatibili e privi di effetti tossici e/o collaterali, permette il rispetto completo della integrità fisica, impedendo danni che potrebbero determinare effetti deleteri a breve e/o a lungo termine con conseguenti ricadute negative sulle capacità di prestazione.

Ulteriore elemento a favore di tale indirizzo è la necessità di mettere al riparo il soggetto praticante attività sportiva dalle infrazioni derivanti dalla normativa vigente nell'ambito *antidoping* (legge 14 dicembre n.376, G.U. n.294 del 18/12/2000) valutando, nello stesso tempo, la possibilità dei medicinali utilizzati di ridurre la sintomatologia dolorosa, controllare il processo infiammatorio, ridurre lo stravaso ematico, prevenire le fibrosi, aderenze e calcificazioni, facilitare il ripristino del tono e del trofismo muscolare, favorire la ripresa funzionale e la pratica sportiva.

FRATTURA CARPO/METACARPO

Per quando riguarda le fratture carpo/metacarpo, si presenta in questa sede un breve cenno di anatomia funzionale.

CARPO

Le ossa carpali del polso, o carpo, formano due file; la fila delle ossa carpali prossimali: scafoide, semilunare, piramidale e piriforme e le ossa carpali distali: trapezio, trapezoide, capitato e uncinato (FIG. 6).

Le ossa carpali sono collegate tra loro tramite articolazioni che permettono movimenti limitati di scivolamento (due superfici articolari opposte passano l'una sull'altra) e rotazione (rotazione interna o mediale se la faccia anteriore dell'arto ruota verso l'interno o ventrale del corpo; se ruota verso l'esterno, si definisce rotazione esterna o laterale): contribuiscono a stabilizzare il polso.

– L'articolazione del polso è una struttura di connessione altamente specializzata e sofisticata, posta tra avambraccio e mano e che presenta una complessa struttura anatomica macroscopica ed istologica.

La biomeccanica del polso permette di coniugare l'ampia escursione articolare ad uno stabile supporto meccanico, fattori fondamentali per un'ottimale funzionalità della mano.

– L'articolazione del polso è costituita dall'articolazione radio-ulnare distale, dall'articolazione radio-carpica (articolazione del polso propriamente detta) e dall'articolazione intercarpale.

– La prima permette la pronazione e la supinazione; la seconda coinvolge le superfici articolari distali del radio e le 3 ossa carpali prossimali, scafoide, semilunare e piramidale; l'articolazione radio-carpica è una condilartrosi (è costituita da due superfici elissoidali, di cui una piena, condilo, è ospitata in un'altra convessa, cavità condiloidea); permette la flessione, l'estensione, l'abduzione, l'adduzione e la circum-

duzione, ossia un tipo di movimento angolare, ad esempio come il movimento del braccio nel disegnare un cerchio sulla lavagna; va ricordato che l'ulna stabilisce rapporto con il radio a livello dell'articolazione radio-ulnare distale, grazie ad un disco articolare formato da fibrocartilagine che è completamente separata dall'articolazione radio-carpica e che non ha alcun rapporto diretto con la fila prossimale delle ossa del carpo; il piccolo osso pisiforme non ha rapporti con le articolazioni.
– Inoltre, si ricorda che la pronazione e la supinazione non riguardano la mano bensì il radio e che sono movimenti permessi dall'articolazione radio-ulnare prossimale e da quella distale.

METACARPO

Cinque ossa metacarpali si articolano con le ossa della fila distale del carpo e costituiscono lo scheletro del palmo/dorso della mano. Ciascun osso metacarpale ha una larga base prossimale concava, un piccolo corpo ed una testa distale. Distalmente, le ossa metacarpali si articolano con le falangi.
Le ossa carpali si articolano con le ossa metacarpali (FIG. 6).

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Nei casi specifici delle fratture (vedi oltre), il **caso clinico 5** ha subito una frattura metaepifisaria composta del radio sn, mentre, nel **caso 6** un distacco parcellare a livello della base del V metacarpo e dubbia infrazione corticale a livello della base del IV metacarpo sn.

Le fratture metacarpali sono solitamente sottoposte ad intervento chirurgico, a meno che la frattura non sia molto composta o vi siano controindicazioni; anche quando sono composte si tende ad operarle con un trattamento di minima a cielo chiuso.

Il trattamento conservativo, se applicato, prevede un apparecchio gessato che deve arrivare almeno alla prima articolazione interfalangea prossimale.

Nelle fratture più complesse, che necessitano di un trattamento chirurgico, si possono utilizzare anche viti semplici o placche avvitate.
In alternativa si possono inserire dei fili intramidollari (fili di Kirschner) all'interno del canale midollare, tra IV e V osso metacarpale.
Nel **caso clinico 6**, il primario ortopedico aveva proposto questa come prima soluzione per ridurre la diastasi del V matacarpo, proposta rifiutata, così come l'applicazione di un apparato gessato, preferendo, sotto la personale responsabilità, l'utilizzo di un tutore specifico e la terapia BrSM; infine, per le fratture di questo tipo si possono utilizzare placche e fissazioni esterne (per garantire la stabilità dei capi articolari, come ad esempio nelle fratture scomposte, instabili o irriducibili).
Successivamente si è valutata la possibilità di intraprendere cicli di Fisioterapia per riprendere al meglio la funzionalità della mano/polso, ritenuta non necessaria dopo la visita di controllo.

CASE REPORTS

Presso un Centro di Riabilitazione e Fisioterapia sono giunti alla personale osservazione numerosi atleti; in questo *report* sono presentati 6 casi (1 di questi riguarda l'autore stesso); 4 praticanti attività sportiva agonistica a livello dilettantistico in diverse discipline (pallavolo, pallacanestro, calcio e motociclismo) e 2 attività professionistica.

In 4 atleti è stata diagnosticata distorsione acuta di caviglia con lesioni di varia entità; nei 2 motociclisti, frattura del carpo o del metacarpo.
I pazienti trattati avevano un'età compresa tra i 18 e i 52 anni, 2 F e 4 M (TAB. 2).

Distorsione di caviglia (casi 1, 2, 3 e 4)

– **Caso 1** (F, 23 aa) praticante pallavolo: infortunio per distorsione di caviglia (lesione grado 0) durante una partita.
– **Caso 2** (F, 25 aa) praticante pallacanestro: infortunio per distorsione di cavi-

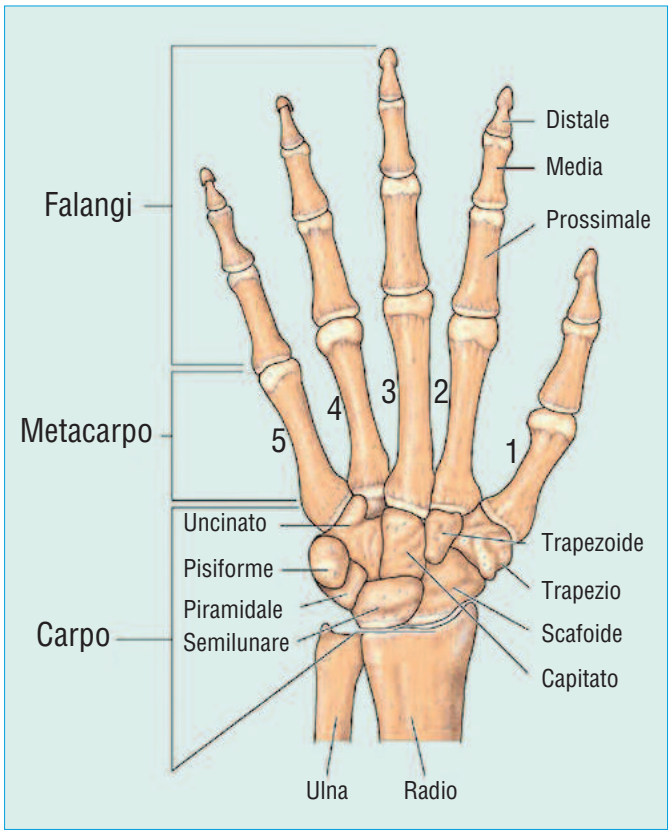


FIG. 6

Caso n.	Età (aa)	Genere	Disciplina sportiva	Tipo di lesione/frattura
1	23	F	pallavolo	lesione grado 0
2	25	F	pallacanestro	lesione 1° grado
3	18	M	calcio	lesione 1° grado
4	24	M	pallavolo	lesione 2° grado
5	27	M	motociclismo	frattura carpale
6	52	M	motociclismo	frattura V metacarpo

TAB. 2

glia (lesione 1° grado) durante l'allenamento.
– **Caso 3** (M, 18 aa) praticante calcio: infortunio per distorsione di caviglia (lesione 1° grado) durante una partita.
– **Caso 4** (M, 24 aa) praticante pallavolo: infortunio per distorsione di caviglia (lesione 2° grado) durante una partita.

In tutti i 4 casi la distorsione è avvenuta in supinazione, costringendo gli atleti ad interrompere l'attività sportiva; tutti hanno accusato dolore, difficoltà di deambulazione e gonfiore peggiorato già dal giorno successivo, soprattutto nel caso 4, che aveva subito la lesione più grave.
I 4 atleti sono stati tutti trattati nei primi 2 gg con ghiaccio, riposo, elevazione e compressione dell'arto leso, evitando lo scarico articolare (casi 2 e 3); per il caso 4 si è preferito proseguire con il ghiaccio per ulteriori 24 h.

La diagnosi dell'entità e caratteristica del danno anatomo-patologico è stata effettuata con la visita medica, avvalendosi anche delle tecniche di indagine di diagnostica strumentale.

– I medicinali BrSM iniettabili sono stati utilizzati per via **mesoterapica i.d./s.c.**, prediligendo la via di inoculazione i.d. poichè permette un maggior assorbimento ed efficacia, da eseguire dopo il 1° o 2° trattamento s.c.

• Le infiltrazioni sono state effettuate negli Agopunti 60, 61, 62 e 64V (Vescica) per le distorsioni di caviglia; 4, 5, 6 IG (Piccolo Intestino), 4TR (Triplice Riscaldatore), 7MC (Maestro del Cuore-Pericardio), 5C (Cuore) e 9P (Polmone) per le fratture del carpo/metacarpo (TAB. 3).

Agli atleti 1, 2, 3 e 4 è stato infiltrato un mix costituito da **Traumeel® s fiale** + **Lymphomyosot® fiale**, alternato a **MD-Small Joints** + **MD-Tissue**; nel caso 4 è stata aggiunta una fiala di **Solanum compositum** per la presenza di notevole componente emorragica sottocutanea.

Le sedute sono state effettuate a distanza di 4 gg per il caso 1 e a distanza di 3 gg per i casi 2, 3 e 4.
A tutti gli atleti sono state praticate quattro infiltrazioni; solo nell'atleta che presentava una lesione di 2° grado (caso 4) sono state necessarie ulteriori due infiltrazioni.
– Alla fine di ogni seduta di trattamento e controllo, è stato praticato un bendaggio funzionale alla caviglia al fine di determinare un "riposo attivo" della stessa.
È stata prescritta una terapia domiciliare che prevedeva l'assunzione per via sublinguale di: **Galium-Heel®**, 30 gtt/*die*, **Arnica comp.-Heel**, 1 cps x 4/*die* x 5 gg, 1 cps x 3/*die* x altri 5 gg e 1 cps x 2/*die* per ulteriori 10 gg, **Coenzyme compositum®**, 1 fiala sublinguale ogni 3 gg x 3 settimane da alternare con **Ubichinon compositum** fiale.
Al caso 4 è stato aggiunto **Cuprum-Heel**, 1 cps x 3/*die* e **Zeel® T**, 1 cps x 3/*die* x 10 gg.

Anche dopo la ripresa dell'attività sportiva tutti gli atleti hanno proseguito la Kinesiterapia attiva; è stato inoltre consigliato l'utilizzo di una cavigliera elastica di contenzione per almeno un mese; alla scadenza di tale periodo è stata valutata l'opportunità o meno di proseguire nell'utilizzo di tale presidio (per i casi 1, 2 e 3 non è stato necessario), mentre per il caso 4 l'utilizzo è stato protratto per ulteriori 10/15 gg.

Fratture carpo/metacarpo (casi 5 e 6)

– **Caso 5** (M, 27 aa), motociclista professionista: frattura carpale per una caduta in pista durante una gara ufficiale. Dopo essere stato soccorso ed eseguita una radiografia al polso è stata evidenziata una frattura epimetafisaria composta distale del radio sn, che ha determinato la necessità di applicare un apparecchio gessato x 30 gg.

– Tuttavia, poichè la gara successiva era prevista dopo 2 settimane dall'incidente ed essendo il pilota in corsa per il titolo, il gesso è stato rimosso dopo soli 8 giorni dalla radiografia di controllo.
Il paziente è stato trattato nei primi 2 gg con ghiaccio, riposo, elevazione e compressione dell'arto leso, iniziando la seguente terapia:
– Terapia infiltrativa periarticolare (martedì e venerdì) con **Traumeel® s**, 1 fiala + **Zeel® T**, 1 fiala (subito dopo la fase acuta) e **Coenzyme compositum®**, 1 fiala + **Cuprum-Heel**, 1 fiala, infiltrati s.c./i.d. con ago 30G 13 mm negli Agopunti indicati in TAB. 3.
– Le sedute sono state effettuate a distanza di 3 gg nelle prime due settimane, due sedute a distanza di 4 gg nella terza settimana e una seduta nella quarta settimana.

Alla fine di ogni seduta è stato consigliato di indossare il tutore specifico al fine di produrre un "riposo attivo" del polso, che contribuisce notevolmente ad una più precoce ripresa dell'attività sportiva.
– Per accelerare la guarigione, inoltre, è stato consigliato di applicare uno strato di fango di argilla coperto da una pellicola trasparente per tutta la notte e possibilmente anche durante il giorno;

inoltre, si è consigliato di mobilizzare l'arto leso in una bacinella d'acqua fredda + sale, manipolando una pallina di spugna per ridurre la tumefazione, di eseguire esercizi attivi e passivi per il mantenimento dei movimenti del polso, cercando di mantenere la funzionalità della mano e per il rinforzo della presa, considerando che il pilota esercita un'azione di pressione e flesso-estensione sul semimanubrio della moto.
– Terapia domiciliare: **Arnica comp.-Heel** (1 cps x 5/*die* x 7 gg, 1 cps x 3/*die* x altri 7 gg e 1/*die* x ulteriori 10 gg), **Zeel® T**, 2 cps/*die* x 2 settimane, **Osteoheel® s** cps al bisogno e **Gunabios**, 15 gtt x 2/*die* x 2 mesi.

Il pilota ha proseguito la Kinesiterapia attiva anche dopo la ripresa dell'attività sportiva; è stato inoltre consigliato l'utilizzo di un tutore di contenzione per almeno 15-20 gg; alla scadenza di tale periodo è stata valutata l'opportunità o meno di proseguire nell'utilizzo di tale presidio terapeutico.

– **Caso 6** (M, 52 aa) motociclista amatoriale: frattura della base del IV (dubbio distacco parcellare alla base) e V metacarpo mano sn, per una caduta in pista durante attività ricreativa.
Visita al Pronto Soccorso dove è stata effettuata una radiografia che confermava il sospetto di frattura e applicazione di apparecchio gessato per almeno 3-4 settimane.
– Dopo 2 gg di gesso è stato personalmente deciso di rimuoverlo per sostituirlo con specifico tutore ed avere la possibilità di trattare la parte lesa con infiltrazioni BrSM e PRM.
Il trattamento iniziale ha previsto applicazione di ghiaccio, riposo, elevazione e compressione dell'arto leso per il notevole gonfiore che ha interessato la mano per circa 1 settimana e successiva terapia con **Traumeel® s**, 1 fiala + **Zeel® T**, 1 fiala (dopo la fase acuta, il lunedì e il venerdì) e **Coenzyme compositum®/Ubichinon compositum**, 1 fiala (alternati, il martedì e il giovedì) + **Solanum compositum**, 1 fiala, iniettati s.c./i.d. con ago 30G 13 mm negli Agopunti in TAB. 3.

Tutore specifico indossato giorno e notte al fine di determinare un "riposo attivo" del polso, per contribuire alla più veloce ripresa della normale attività sportiva.

Per accelerare la guarigione e la mobilizzazione (vedi caso 5), è stato applicato uno strato di fango di argilla coperto da una pellicola trasparente per tutta la notte; inoltre, è stato mobilizzato l'arto leso in una bacinella d'acqua fredda + sale.
– Terapia domiciliare: **Arnica comp.-Heel** (1 cps x 3/*die* x 7 gg e 1 cps x 2/*die* x ulteriori 7 gg), **Zeel® T**, 2 cps/*die* x 2 settimane e **Gunabios**, 15 gtt x 2/*die* x 2 mesi.

Dopo soli 10 gg dall'incidente è stata effettuata una radiografia di controllo e prenotato un nuovo controllo e una nuova (e ultima) radiografia dopo 1 mese, dalla quale si evidenziava la parziale formazione di callo osseo e si consigliava di proseguire sia con la Magnetoterapia sia con il riposo funzionale.

L'attività di *fitness* è stata ripresa già dopo la prima settimana dall'infortunio, evitando solo piegamenti, trazioni ed eccessivo carico.

Inoltre, è stato effettuato un miniciclo di Magnetoterapia (7-8 sedute) e Kinesiterapia attiva e si è proseguito con l'utilizzo di un tutore di contenzione per circa 4 settimane; alla scadenza di tale periodo si è valutata l'opportunità o meno di proseguire nell'utilizzo di tale presidio. La terapia suddetta è stata gradualmente ridotta fino a completa sospensione, continuando solo con **Gunabios** e **Galium-Heel®**.
Dopo 2 mesi dall'incidente l'attività motociclistica è stata ripresa regolarmente.

RISULTATI

Nei 3 atleti che presentavano una lesione di grado 0 e 1° (casi 1, 2 e 3) la sintomatologia algica è completamente regredita nel tempo massimo di 2 settimane; nel caso 1, portatore di lesione di grado 0, si è avuto completo ritorno all'attività sportiva al termine di tale periodo; per gli atleti che presentavano una lesione di 1° grado (casi 2 e 3) la ripresa dell'attività sportiva è avvenuta nella settimana successiva.
Il caso 4 (lesione di 2° grado) ha dovuto attendere ulteriori due settimane prima di poter riprendere la normale attività

DISTORSIONE DI CAVIGLIA

V (Vescica) 60: sul margine sup. del calcagno, a metà distanza tra il tendine d'Achille ed il malleolo est.; **V61**: 2 cm sotto V60; **V62**: 3 cm inferiormente ed anteriormente al malleolo est.; **V64**: sul margine del piede in un affossamento posteriormente alla tuberosità del V metatarso.

FRATTURA CARPO/METACARPO

IG (Piccolo Intestino) 4: in un affossamento tra l'osso uncinato ed il V metacarpo; **IG5**: sul margine int. del polso, sulla plica di flessione; **IG6**: sul margine int. dell'avambraccio, 3 cm superiormente alla plica di flessione del polso; **TR (Triplice Riscaldatore) 4**: sul dorso del polso, sulla testa del IV metacarpo; **MC (Maestro del Cuore) 7**: nel mezzo della plica di flessione del polso; **C (Cuore) 5**: 3 cm superiormente alla plica di flessione del polso; **P (Polmone) 9**: sulla doccia radiale sulla plica di flessione del polso.

TAB. 3
Agopunti e localizzazione anatomica.

sportiva sia a scopo precauzionale, sia per un lieve fastidio nella mobilità articolare.
– Nei due motociclisti che presentavano rispettivamente fratture del carpo e del metacarpo (casi 5 e 6), la ripresa è stata ottima; per il caso 5 il ritorno all'attività agonistica è andato oltre le previsioni riuscendo non solo a partecipare alla gara successiva all'incidente (dopo soli 11 gg per le prove di qualificazione pre-gara) ma ottenendo anche un risultato utile per la classifica e la lotta al titolo (3° classificato), concludendo la stagione al 2° posto della classifica finale.

Nel caso 6 la ripresa dell'attività motociclistica è avvenuta a distanza di 2 mesi, in quanto l'attività amatoriale non giustificava il rientro anticipato in presenza anche di un lieve gonfiore residuale; vi è stata ripresa dell'attività fisica, compreso l'uso della mano infortunata, già dopo 1 settimana dal trauma subito.

CONCLUSIONI

I casi riportati confermano l'efficacia e la sicurezza con la quale, applicando terapie BrSM e Collagen Medical Devices, si ottengono gli stessi risultati nello stesso tempo (a volte più velocemente) ma con maggiore profilo di tollerabilità rispetto ai farmaci convenzionali, talvolta evitando l'intervento chirurgico.

In tutti gli atleti vi è stata una perfetta tolleranza alle terapie, e non sono stati registrati effetti collaterali di alcun tipo.

L'infiltrazione per via mesoterapica non ha determinato reazioni locali di alcun genere ed in particolar modo non vi è stata insorgenza di sensazione algica locale durante l'inoculazione dei preparati.

– Pertanto, i risultati hanno evidenziato che i presupposti dai quali si era mossa l'esperienza di valutare l'opportunità di utilizzare, nell'ambito della strategia terapeutica della distorsione di caviglia e delle fratture carpo/metacarpo preparati BrSM e Collagen Medical Devices, valutando se essi rispondono ad alcune esigenze presenti in ambito sportivo, ovvero assenza di effetti collaterali, completo ed assoluto rispetto della normativa *antidoping* ed efficacia terapeutica, sono stati pienamente soddisfatti. ■

Bibliografia essenziale

- Alfieri N. – La gestione biologica dell'atleta: medicinali omotossicologici e Collagen Medical Device. La Med. Biol. **2013**/4; 27-32.
- Del Prete M., Lozzi A. – *Low dose Medicine* e Infiammazione – Nuova Ipsa Ed.; **2017**.
- Ferraio A. *et* Al. – Compendio pratico di traumatologia dello sport. Ed. Ermes, Milano; **2002**.
- Ferretti A. – Traumatologia dello sport. Casa Editrice Scientifica Internazionale; **2001**.
- Gallo M.L., Palermo M. – Il consenso informato in medicina non convenzionale. La Med. Biol., **2002**/3; 41-45.
- Kapandji I.A. – Fisiologia articolare. Marrapese Editore; **1980**.
- Lanzetta A. – Le lesioni capsulo-legamentose della caviglia nella traumatologia sportiva. Documenta Geigy S.p.a. Italia; **1999**.
- Martini F.H. *et* Al. – Anatomia Umana. EDISES; **2008**.
- Massullo C. – Slide Lezione Tecniche infiltrative omotossicologiche 2° anno; **2019**.
- 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.
- Pirola V. – Cinesiologia. Il movimento umano applicato alla rieducazione e alle attività sportive. Ed. Ermes, Milano; **1991**.
- Ricciardi P.M. – Ortopedia e traumatologia dello sport. Società Stampa Sportiva, Roma; **2001**.
- Tittel K. – Anatomia funzionale dell'uomo. Ed. Ermes, Milano; **1980**.
- Trapani G., Avagnina L. – Il piede del Bambino. Tecniche Nuove, Milano; **1995**.

L'autore ringrazia gli autori e gli editori dalle cui opere sono state tratte:

Tab. 1 – Lanzetta A., 1999 (ricomposta)
Fig. 1 – Pirola V., 1991
Fig. 2 – Trapani G. & Avagnina L., 1995
Figg. 3 e 4 – Lanzetta A., 1999
Fig. 5 – Massullo C., 2019.

Riferimento bibliografico

DI MEO D. – Medicinali BrSM e Collagen Medical Devices in Traumatologia sportiva.
– Esperienza in 6 casi.
La Med. Biol., **2022**/4; 23-30.

autore

Dott. Dino Di Meo
– Consulente Medico Scientifico c/o Centro di Riabilitazione e Fisioterapia FISIOSALUS

Via Circonvallazione Orientale, 115
I – 67035 Pratola Peligna (AQ)

Fisiatria Italiana – Anno 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar) – ISSN 2785-745X

I STILL HAVE A DREAM

di Morena Ottaviani

Qualche anno fa, tra questa pagine in cui si respira sempre un senso di trasversalità e democrazia ormai raro, prendevo spunto dal famoso discorso di Martin Luther King per sognare la nascita di un'associazione di tutela per i Fisiatri, in grado di ascoltare oltre che di agire. Una Associazione in cui le ambizioni personali non offuscassero la visione e la cura degli interessi degli associati. Un gruppo insomma in cui non ci fosse la solita noiosa, inutile e deleteria "*caccia alla poltrona*" ma i cui rappresentanti si prodigassero per ottenere il rispetto della categoria in modo leale ed appassionato, nel rispetto delle norme e con l'umiltà di ascoltare anche le ultime fila, quelli che sono sul campo quotidianamente, per capire veramente dove ci fosse necessità di intervento. Un'associazione che, infine, intervenisse davvero e non solo sulla carta.

Ricevo una telefonata da Donatella Bonaiuti che mi informa che alcuni colleghi, alcuni amici, si sono fatti carico di quelle esigenze di cui avevo scritto allora e che si sono resi disponibili per rappresentare una voce diversa dal solito disco rotto: qualcosa è finalmente cambiato perche nasce l'Associazione Nazionale Fisiatri (ANF).

La scissione del gruppo Sindacale dalla Società Scientifica è una esigenza di cui abbiamo spesso scritto su queste pagine. Già dall'ormai lontano 2017 la Legge Gelli sancisce che una Società scientifica non possa prevedere tra le finalità istituzionali la tutela sindacale degli associati e non possa svolgere in modo diretto né indiretto attività sindacale (art. 5, legge 24/2017). Personalmente non ho mai giustificato che l'iscrizione alla SIMFER implicasse d'ufficio iscrizione al SIMMFIR: so per certo che per molti Colleghi questa promiscuità ha rappresentato un valido motivo per "dissociarsi" e i numeri ia proposito parlano chiaro. Ci sono circa 6000 Medici Fisiatri in Italia, di cui solo una quota minoritaria iscritti alla Società scientifica, considerando anche i medici in formazione specialistica : ciò significa che più della metà degli Specialisti non si riconoscono nella attuale società scientifica e ancora meno nel sindacato ad essa connesso (la cui reale esistenza dal punto di vista legale, a questo punto, non è forse poi così scontata).

Che ci fosse bisogno di alternative e di aria nuova era già accertato. Leggere così tanti commenti pieni di speranza ed entusiasmo in seguito alla comunicazione nelle scorse settimane su Fisiatria Italiana della nascita di ANF, ha solo confermato l'esigenza di nuovi punti di riferimento per i Fisiatri Italiani: per anni ci siamo sentiti inascoltati, indifesi, ignorati nelle nostre richieste, abbandonati ad un destino di solitudine ed isolazionismo. E invece sappiamo bene quanto sia necessario, indispensabile ascoltare le diverse esigenze di chi combatte quotidianamente con abusi e soprusi; è legato alla nostra stessa sopravvivenza il raccogliere informazioni, l'analizzare le diversità che emergono dalle realtà regionali per poi mettersi al lavoro per individuare quanto di meglio c'è in circolazione e poi diffonderlo, estenderlo a livello nazionale. C'è sempre spazio per migliorare, basta volerlo.

Quindi ringraziamo questi Colleghi coraggiosi e visionari che si stanno mettendo in gioco, che hanno intenzione di sacrificare parte del loro tempo perche credono fermamente che i Fisiatri Italiani meritino di essere rappresentati in modo serio e onesto. Alcuni sono nomi di tutto rispetto, vecchi amici ma non vogliamo in queste righe citarli esplicitamente per non essere discriminanti nei confronti di chi potrebbe sembrare meno noto nel panorama Fisiatrico, ma certo non necessariamente meno valido: verranno conosciuti attraverso le loro azioni, il proprio operato.

Le intenzioni sono senz'altro lodevoli e degne di apprezzamento e gratitudine. E' vero che purtroppo la perfezione non fa parte di questo universo, lo sappiamo bene. Ma noi siamo Fisiatri, siamo Maestri nel cercare, inventare compromessi per le abilità dei nostri Pazienti, nello stimolare il "*residuo*" per compensare il "*deficitario*": figuriamoci se questi nuovi Paladini non saranno in grado di adattare al nuovo qualche "Vecchia guardia" che vuole riciclarsi.
Noi saremo comunque qui, attenti e vigili, ma sempre positivi, pronti ad osservare ed anche, perche no, a collaborare laddove richiesto. Daremo sempre spazio alle iniziative che cercano di tutelare la categoria, la Professione, perché essere uniti è ora più che mai essenziale.

Viva l'ottimismo, e viva i sognatori! Auspico che questa ventata di freschezza stimoli tutti quei Colleghi che, per ovvi motivi, si sono sentiti appiattire e demotivare in questi ultimi anni. Spero con tutta me stessa che ancora una volta i Fisiatri trovino la forza di dare fiducia a che ci mette la faccia e che li vogliano gratificare e, perché no, ringraziare andando a nutrire le fila di ANF. Perché i numeri sono importanti e la forza di questo nuovo gruppo dipenderà anche da quanta linfa ciascuno di noi vorrà fornire con la propria adesione. Il suo Potere sarà direttamente proporzionale agli iscritti.

Io ci voglio credere, e per questo ora mi vado ad iscrivere. *I still have a Dream…..*

Fisiatria Italiana – Anno 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar) – ISSN 2785-745X

Intervista a Mauro Piria sull'ASSOCIAZIONE NAZIONALE FISIATRI

di Domenico Uliano - Morena Ottaviani

Abbiamo rivolto alcune domande al collega Mauro Piria, segretario regionale SIMFER Sardegna e membro dell' ANF:

Che cos'è l'ANF ?

E' il sindacato dei medici Fisiatri, attualmente l'unico ad avere piena legittimità a rappresentare i Fisiatri nei tavoli sindacali e nelle trattative

Com'è nata l'idea dell'ANF?

Era una necessità: si è sempre creduto che il Simmfir fosse il sindacato dei Fisiatri, e qualcuno lo crede ancora. Era nato sì con questo intento, ma da anni non può più esistere in questa veste in quanto è interno alla società scientifica e non può essere manifestato per la legge Gelli (l'articolo 5 della legge 24/2017, cita che si deve evitare conflitto di interessi tra le finalità della società scientifica o dell'associazione tecnico scientifica e quelle proprie di una rappresentanza corporativistica di cui è espressione un sindacato), e non ha suoi iscritti.

Gli iscritti Simmfir erano d'autorità tutti i soci Simfer che avevano versato la loro quota associativa alla società scientifica, ma non al sindacato, e non avevano scelto liberamente se aderire o meno anche al Simmfir. Dal 2017, per essere iscritti al Simmfir, e avere i diritti di socio, si deve pagare la quota associativa, che deve essere definita dal Direttivo regolarmente eletto, vedi statuto pubblicato nel sito Simmfir. Non avendo ottemperato a questa regola, prevista dalla normativa che disciplina la costituzione di un Sindacato, il Simmfir è decaduto e andava rifondato: abbiamo colmato il vuoto che si era creato.

Per questi motivi non hanno validità le elezioni dei direttivi Simmfir e la loro finta politica sindacale. All'ANF ci si iscrive solo se lo si decide di fare e se ci si crede, esiste un registro soci, che hanno versato regolare quota di adesione, l'ANF è registrata e operativa, in ottemperanza alle norme di legge.

Chi sono i soci fondatori e come vi siete incontrati su questo progetto?

I soci fondatori (visibili nel sito di ANF) si sono incontrati nella delusione per la sottovalutazione da parte di Simfer e Simmfir dei bisogni di difesa della professionalità del Fisiatra in tutti i setting, ma soprattutto nel territorio.

Discutendo, hanno concluso che era meglio fondare un sindacato che avesse le chiare connotazioni di associazione a difesa della disciplina e dei suoi aderenti, senza confondersi con le altre attività che sono più proprie di una società scientifica, cioè di fare ricerca e approfondimenti clinici.

Qual è il vostro slogan e con quali aggettivi vi definireste?

"I Fisiatri costruiscono orizzonti dove gli altri, a partire dal paziente, vedono confini".

Ovviamente le attuali normative hanno annacquato la specificità della nostra disciplina riconoscendo le specialità "affini", la differenza la fa la preparazione specifica nell'ambito della disabilità che è propria solo del Medico Specialista in Riabilitazione e non la presunzione in merito a tale competenza.

L'ANF é aperta solo a Fisiatri o anche ad altri medici o professionisti sanitari?

È aperto a tutti i medici che lavorano nel settore riabilitazione, purchè abbiano esperienza sufficiente, ed Infatti abbiamo stabilito, fra i criteri di accettazione dei soci, o la specialità nella disciplina, oppure la dichiarazione che si sta lavorando in riabilitazione da almeno 7 anni (tempo che riteniamo necessario per acquisire le competenze in area riabilitativa). Non prevediamo l'inclusione delle professioni sanitarie perché verrebbe meno la possibilità di una difesa integrale della figura del Fisiatra.

La categoria dei Fisiatri negli ultimi anni è rimasta molto delusa da tanto "silenzio di chi ci rappresentava", o peggio connivenza, davanti a tante scelte del Ministero e delle Regioni sulla riabilitazione, al punto da accettare il giudizio di inappropriatezza di molte terapie o molti ricoveri nella post acuzie!

Come pensate di poter parlare a questa maggioranza silenziosa di Fisiatri delusi dalla Simfer?

Mi rattrista molto questa domanda, credo di essere uno degli iscritti Simfer più longevi, lo sono ininterrottamente dal 1984 ed il mio impegno al servizio della nostra disciplina è assoluto, ma l'allontanamento dalla nostra società di tanti Fisiatri delusi è evidente (gli iscritti alla Simfer, attualmente, sono meno del 30% dei Fisiatri sul territorio).

Intendiamo e sentiamo il dovere perciò di lavorare in questa nuova associazione sindacale con impegno, serietà e trasparenza. Questo significa che tutti i problemi che quotidianamente incontriamo nel nostro lavoro e tutti quelli che vengono segnalati dai soci devono essere affrontati e mai sottovalutati. Chi ci conosce sa che siamo capaci di farlo. Vogliamo che tutti si sentano rappresentati. Vogliamo considerare i problemi di tutti, da quello più quotidiano dell'abusivismo, che richiede sorveglianza e attenzione continua, in primis per tutelare i nostri pazienti, a quello delle affinità delle altre discipline, che permette una vera e propria usurpazione delle nostre cariche in tutti i setting. Vogliamo lavorare per difendere la figura del Fisiatra e le sue attività , perchè sia l'unico medico specialista della disabilità conseguente ad eventi patologici .

Che tipo di impegno si possono attendere i Fisiatri italiani, come pensate di organizzare la struttura sindacale per includere le esigenze di tutti?

La domanda va capovolta: che tipo di impegno "devono dare" i Fisiatri italiani all'interno dell'ANF. Il sindacato è fatto dai Soci, da tutti coloro che vi aderiscono, non solo iscrivendosi e versando la quota associativa, ma con la loro professionalità, impegno, competenza ed energia. Noi dobbiamo essere innanzitutto "tanti", perché è il numero dei soci, liberamente iscritti, che dà la forza al sindacato, ma soprattutto avere soci convinti degli obiettivi ed operosi, non passivi, che si impegnino nel sindacato, per vedere dove sono i problemi, segnalarli, affrontarli e seguirne l'evoluzione. L'ANF è organizzata per ambiti di competenza (ospedale, territorio, università) e per aree geografiche (ogni Regione ha le sue peculiarità organizzative e specifici problemi e criticità). Tutti questi devono essere presidiati da colleghi seri ed attenti. I soci fondatori, pur con le migliori intenzioni, non possono fare tutto.

E allora come vi vedete di qui a un anno?

Ci vediamo numerosi e impegnati su tutti i fronti…

Cosa succederà o dovrebbe succedere in seguito alla legge Gelli?

che chi lavora secondo scienza e coscienza, giuramento che tutti facciamo al conseguimento della laurea in medicina e chirurgia, non avrà problemi.

Posizione di coloro che hanno cariche nella Simfer?

Non esiste incompatibilità tra ANF e Simfer perché non può esserci tra una associazione sindacale e una società scientifica (v. legge 24/2017).

Chi induce dubbi lo fa perché disinformato o in malafede e vuole creare ostacoli e seminare confusione, nella migliore delle ipotesi. La Simfer è una società scientifica e ha compiti e attività ben diverse da quelle di un sindacato. Non confondiamo. Noi crediamo nella nostra specialità di Medicina Fisica e Riabilitativa e pertanto difendiamo la figura del Fisiatra dall'ingerenza degli specialisti d'organo e dall'abusivismo dei professionisti della riabilitazione e lo faremo come sindacato e questo non può confliggere con le cariche Simfer, che sono di altro tipo.

Riguardo al Simmfir, poi, ritengo che non può esistere incompatibilità con un'entità fittizia, che non ha rappresentanza legale, e mi sento molto in imbarazzo per i colleghi, che stimo, ma che si trovano coinvolti in questo spiacevole equivoco.

Dunque possiamo dire che c'é del nuovo che bolle in pentola e questo non può che farci piacere, soprattutto perché la nave della Fisiatria non é mai stata così in balia delle onde come in questi ultimi anni. Aspettiamo anche l'ANF alla prova dei fatti e saremo qui a riflettere insieme, ancora una volta. su quello che ci auguriamo possa essere un futuro di ripresa e rinascita per la nostra categoria.

SITO WEB AFN : https://associazionenazionalefisiatri.it/

Fisiatria Italiana – Anno 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar) – ISSN 2785-745X

VECCHIAIA – SOLITUDINE

di David A. Fletzer

Oggi vorrei parlare della VECCHIAIA o di quello che più elegantemente (anche se ipocritamente per un falso linguaggio "politicamente corretto") si dice SENILITÀ e partendo sempre da libri, film o spettacoli teatrali.
Partiamo dal film del grande Tom Hanks "NON COSÌ VICINO" (ma meglio il titolo originale "A man called Otto") che descrive la vita di un neo pensionato vedovo dal carattere spinoso ed amante delle regole (memorabile la scena davanti ai cassonetti per far rispettare la raccolta differenziata) (a Roma tale raccolta è spesso "decidi tu dove preferisci mettere i tuoi rifiuti" ….. a volte fuori dei bidoni anche se vuoti) e che tenta spesso il suicidio senza mai riuscirci per l'intervento provvidenziale di una coppia di nuovi vicini di origine messicana che cercano di creare un buon e spesso maldestro rapporto di vicinato.

Non è certamente uno dei più bei film di Tom Hanks (pensiamo solo a Forrest Gump) ma sicuramente è una ottima sceneggiatura sulla vecchiaia e sulla solitudine scelta dall'individuo che spesso amando le regole si sente a disagio per una società dove non prevale l'empatia ma l'interesse. Altro film sulla solitudine piuttosto che sulla vecchiaia è The WHALE con il grandissimo Brendan Fraser dove si tratta il problema della solitudine da diversità per l'obesità. Un film molto bello ma certamente spinoso per i non magri (come si ricorre al political correct quando il problema ti tocca!!!!!).

Ma torniamo alla vecchiaia/solitudine con uno spettacolo teatrale BLOCCATI DALLA NEVE di Peter Quilter con Enzo Iachetti e Vittoria Belvedere e che parla di un uomo deluso dalla vita e dall'amore ritiratosi in un cottage e la cui vita viene disturbata da una vicina "strana ma piena di vita" che per una tempesta di neve capita da lui. Nella commedia la vita del solitario protagonista viene stravolta irrimediabilmente facendo capire che spesso la scelta volontaria della solitudine è solo una fuga da una società che non comprende i valori più profondamente umani.

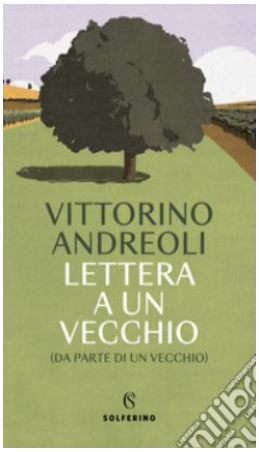
E concludo con il libro dello psichiatra Vittorino Andreoli "LETTERA A UN VECCHIO (da parte di un vecchio)" dove si dimostra che la vecchiaia si lega a un nuovo stile di vita ed a una nuova visione nel mondo. Andreoli aveva già affrontato il tema con un altro libro "UNA CERTA ETÀ- per una nuova idea della vecchiaia". In entrambi i libri l'autore rappresenta magnificamente la FORZA del gruppo sociale del VECCHI, assolutamente utili per lo sviluppo del genere umano.

Al riguardo voglio ricordare lo scontro generazionale, nel bellissimo film FIGLI, tratto dal monologo "I figli ti invecchiano" del sempre più compianto Mattia Torre, fra la figlia rappresentata da Paola Cortellesi e la madre portata in scena dalla brava Betti Pedrazzi, che ricorda alla figlia la FORZA SOCIALE dei vecchi al punto che la figlia risponde esausta con queste parole terribili "LA VOSTA GENERAZIONE SI È MANGIATA TUTTO. SIETE GLI UNICI A CREDERE NEL FUTURO PERCHÉ NON MORITE NEANCHE PIÙ"

Spesso si dice che non bisogna toccare i bambini perché sono sacri ma aggiungo io i vecchi tornano bambini e quindi per lo stesso motivo NON SI DEVONO TOCCARE PERCHÉ SONO SACRI anche se ritengo che non possano sempre occupare gli spazi destinati ad altre generazioni.
Come hanno senso i diversi generi così hanno senso diverso le varie età della vita per cui spazio ai giovani (si fa per dire perché spesso nei migliori dei casi parliamo di quarantenni) mentre i vecchi dovranno avere ruoli diversi per sé e per la società, dedicando anche più tempo a loro stessi nell'ultima fase della vita.

Ora vorrei ricordare un altro film che non c'entra nulla con la vecchiaia anche se i protagonisti non sono più tanto giovani ma la storia è deliziosa.
Il film, molto francese, è UNA RELAZIONE PASSEGGERA di Emmanuel Mouret con il bravissimo Vincent Macaigne, che fa il timido ed imbranato amante e per cui ha ricevuto giustamente la nomination come miglior attore protagonista ai Cesar 2023, e Sandrine Kiberlain, spregiudicata ma nello stesso tempo che dà la possibilità al protagonista di conoscere finalmente un senso di libertà e di vita piena di contentezza di vivere che non è semplicemente star bene.

Parlando di leggerezza concludo con dire che questa rubrica si chiama TEMPO LIBERO ma libero da che. Dal LAVORO, dagli IMPEGNI FAMILIARI o SOCIALI?
Forse non dovremmo parlare di tempo libero ma di TEMPO PERSONALE ovvero di tempo dedicato a cose che ci piace fare per cui decidiamo noi e non il nostro capo, il nostro parente o il politicamente corretto!!!
Come poco siamo precisi nell'uso delle parole!!!
La forma, verbale o meno, è sostanza



Fisiatria Italiana – Anno 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar) – ISSN 2785-745X

Nevralgia Intercostale Post-Erpetica
Case Report

di Paolo Di Benedetto, Polimedica Centro Pasteur, Pradamano (Udine)

Riassunto
La nevralgia intercostale è caratterizzata da un dolore neuropatico presente a livello dei nervi intercostali interessati che si manifesta come un dolore acuto e urente, spesso associato a parestesie (intorpidimento e formicolio).
Le più comuni cause della nevralgia intercostale sono rappresentate da lesioni tessutali e nervose dopo toracotomia e dopo infezione da herpes zooster, sia nella fase acuta che nella fase cronica, conosciuta quest'ultima come nevralgia intercostale post-erpetica (post-herpetic intercostal neuralgia o PHIN).
Si presenta il caso di una signora di 76 anni che lamenta una nevralgia intercostale dopo aver lamentato una infezione da SARS-CoV-2 e successivamente una da herpes zooster.
Si descrive il quadro clinico e la fisiopatologia della nevralgia intercostale post-erpetica, passando poi in rassegna le varie modalità terapeutiche.

Parole chiave Herpez Zooster; SARS-CoV-2; Nevralgia Post-Erpetica; Trattamento Farmacologico.

Abstract
Intercostal neuralgia (IN) is characterized by neuropathic pain in the distribution of affected intercostal nerves (mainly along the ribs) that commonly manifest as a sharp, aching, burning, or stabbing pain, often associated with paresthesia such as numbness and tingling.
The most common causes of IN are thoracic wall tissue and nerve damage from thoracotomy and herpes zoster (HZ) infection (both in the acute reactivation phase and chronically, like in condition known as post-herpetic intercostal neuralgia (PHIN).
A 76-year-old woman presents with a two-month history of bilateral intercostal pain, after SARS-CoV-2 infection and, subsequently, HZ infection.
The clinical picture and pathophysiology of PHIN are described, and the correct management is suggested.

Key words Herpes Zoster; SARS-CoV-2; Post-Herpetic Neuralgia; Pharmacological Treatment.

Introduzione

La nevralgia intercostale è caratterizzata da dolore neuropatico interessante i nervi intercostali (a livello di costole, petto o addome) che si manifesta con dolore urente, intermittente o continuo, non correlato a stimoli esterni, a livello del torace lungo il loro percorso. Il quadro clinico è spesso complicato da una severa interferenza sulle attività della vita quotidiana, sul sonno e sul tono dell'umore. [1-4]

Descrizione del caso

Donna di 76 anni che si è presentata alla mia attenzione per un dolore intercostale bilaterale, essenzialmente al torace anteriore, a livello dermatomerico di D2-D6.
Un anno fa la signora ha accusato una infezione da SARS-CoV2 con lieve polmonite bilaterale febbrile, trattata con azitromicina. Qualche mese dopo ha lamentato modesto rush eritematoso inizialmente con successive vescicole in sede intercostale a livello medio-dorsale. In Successivamente alla scomparsa delle manifestazioni cutanee, ha iniziato a lamentare parestesie urenti intercostali bilateralmente a livello medio-dorsale (in particolare a sin).
Ha effettuato una RMN cervicale ed una Rx dorso-lombare con diagnosi di "discopatia cervicale inferiore e modesta osteoporosi vertebrale". E' stata prescritta una terapia farmacologica con Ibuprofene 600 mg ogni 12 ore per 7 giorni con solo lieve e temporanea attenuazione della sintomatologia dolorosa. Il dolore sarebbe poi aumentato negli ultimi due mesi, assumendo caratteristiche "neuropatiche".
L'obiettività non evidenziava alcunché di particolare (non eruzioni cutanee in sede intercostale; non segni neurologici in sede metamerica e sotto-lesionale; lieve limitazione articolare del rachide cervicale e modesta ipercifosi dorsale).
E' stata posta diagnosi di "Nevralgia intercostale post-erpetica" con consiglio di iniziare un trattamento farmacologico a base di pregabalin (a dosaggio di 25 mg con aumento di 25 mg ogni 3 giorni sino a raggiungere 75 mg due volte al dì) e tramadolo 50-100 mg al bisogno. In alternativa al tramadolo (se non tollerato), è stata consigliata la lidocaina (applicazione locale) nelle zone più dolenti.

Considerazioni cliniche

La nevralgia post-erpetica è caratterizzata da un dolore urente che si accompagna a intorpidimento e parestesie assai disturbanti, che persistono (e talvolta aumentano di intensità) anche dopo la scomparsa delle manifestazioni cutanee: se presenti sino a 30-90 giorni dopo la guarigione clinica della acuzie erpetica, si parla di nevralgia erpetica subacuta, riservando il termine di nevralgia post-erpetica (PHN) alla sintomatologia che persiste oltre i tre mesi.
L'incidenza dell'affezione da HZ si aggira sul 20-30%, raggiungendo anche il 50% in soggetti ultraottantenni; gli studi clinici indicherebbero che il 5-15% dell'affezione acuta e subacuta continui come PHN. [5]
I fattori di rischio per la PHN sono, oltre all'età, la compromissione dello stato immunitario, il linfoma o la leucemia o la concomitante presenza di altre malattie autoimmunitarie (artrite reumatoide, lupus, malattie infiammatorie intestinali, malattie polmonari croniche ostruttive, asma, fumo e scadenti condizioni economiche).
Negli ultimi tre anni è stata osservata una aumentata incidenza di PHN dovuta alla infezione da Covid-19 e/o alla vaccinazione. Non ci sono dati esaustivi al riguardo, ma sembra che tale osservazione sia ormai acclarata.

Le più comuni cause della nevralgia intercostale sono rappresentate da lesioni tessutali e nervose dopo toracotomia e dopo infezione da herpes zooster, sia nella fase acuta che nella fase cronica, conosciuta quest'ultima come nevralgia intercostale post-erpetica (post-herpetic intercostal neuralgia o PHIN).[2,3,6,7]
Prima di proporre una terapia, una volta confermata la diagnosi, è importante spiegare al paziente la fisiopatologia dell'affezione. Benché non ben conosciuta, la PNH sarebbe dovuta a meccanismi fisiopatologici interessanti sia il sistema nervoso periferico che centrale, caratterizzati clinicamente da dolore spontaneo e provocato (iperalgesia e allodinia).
Nessun intervento terapeutico è sicuramente efficace, ma è buona regola iniziare il trattamento farmacologico a basse dosi e tenere conto delle co-morbidità dei pazienti. Si suggerisce nel contempo un trattamento combinato con più tipi di farmaci (agenti topici, antidepressivi, antiepilettici, oppioidi, etc).[8,9]
Potrebbe essere indicata in associazione (qualora l'applicazione degli elettrodi sia tollerata) anche la stimolazione elettrica transcutanea (TENS).[10]

Conclusioni

L'incidenza dell'herpes zooster e della nevralgia intercostale post-erpetica aumenta con l'età.
Sicuramente una precoce diagnosi dell'herpes zooster ed un immediato corretto trattamento con gli antivirali riduce la possibilità di una nevralgia post-erpetica, spesso di difficile trattamento.
Molto probabilmente la vaccinazione profilattica per HZ potrebbe risultare la migliore opzione per prevenire o ridurre l'incidenza dell'HZ e della PHN.

Tab. 1

Trattamento farmacologico della nevralgia post-erpetica

Tipo di farmaco	Vantaggi	Svantaggi e AE	Posologia suggerita
Agenti topici	AE minimi (per 12 ore al dì)	La capsaicina potrebbe inizialmente aumentare la sensazione di bruciore	Lidocaina: 5% cerotto Capsaicina: 0,075% crema (3 applicazioni/die)
Antidepressivi			
a) TCAs (amitriptilina) 10 mg	Buona efficacia sul dolore e sulla qualità del sonno	Sonnolenza, AE anticolinergici, aumento di peso, rischio di aritmie cardiache	Iniziare con 10 mg alla sera Aumentare ogni 3-5gg di sino al max di 100 mg/die
b) SNRIs (duloxetina)	Discreta azione analgesica	Nausea e vertigini	Iniziare con 30 mg/die; dopo 5 gg, 60 mg7die
Antiepilettici (gabapentina e pregabalin)	Minori AE rispetto ad altri farmaci antiepilettici	Vertigini, sonnolenza, edemi periferici	Gabapentin: 300 mg inizio; 300 mg x2 dopo 7 gg; 1800 mg/die al massimo (in 3 dosi)
Oppioidi (tramadolo, ossicodone)	Minori AE cardiaci Efficacia sul sonno	Sedazione, stipsi, potenziale dipendenza	Tramadolo: 25 mgx2; aumento ogni 3 gg (max 200 mg/die) Ossicodone: 5 mgx2; aumento al bisogno (max 40 mg/die)

AE: eventi avversi; SNRIs: inibitori del reuptake della serotonina e della norepinefrina; TCAs: antidepressivi triciclici; BPH: ipertrofia prostatica benigna
NB: tutti i dosaggi sono indicati per soggetti con buona funzionalità epatica e renale.

Bibliografia

1. Gershon AA, Gershon MD, Breuer J, Levin Mj, Oaklander AL, Griffiths PD. Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of herpes zoster. J Clin Virol 2010 May; suppl 1:S2-7

2. Forbes HJ, Thomas SL, Smeeth L et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for postherpetic neuralgia. Pain 2016 Jan; 157(1).30-54

3. Fazekas D, Doroshenko M, Horn DB. Intercostal neuralgia. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.2022 Nov 17.

4. Sampathkumar P, Drage LA, Martin DP. Herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. Mayo Clin Proc 2009 Mar;84(3):274-80

5. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster:towards a global perspective. BMJ Open.Jun 10;4(6):e004833

6. Gerner P. Postthoracotomy pain management problems. Anesthesiol Clin 2008 Jun; 26(2):355-67

7. Pica F, Gatti A, Divizia M et al. One-year follow-up of patients with long lasting post-herpetic neuralgia. BMC Infect Dis 2014 Nov 01;14.556

8. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2015 Feb;14(2)162-73

9. Lin CS, Lin YC, Lao HC, Chen CC. Interventional treatments for postherpetic neuralgia: a systematic review. Pain physician 2019 May;22(3):209-228

10. Gibson W, Wand BM, O'Connell NE. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017 Sep 14;9(9):CD011976

Conflitti di interessi

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

Finanziamenti

Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti.

Corrispondent author: Paolo Di Benedetto: pdibenedetto48@gmail.com

Fisiatria Italiana – Anno 2023 – Volume 8 – Fascicolo 10 (gen-mar) – ISSN 2785-745X
CC BY

La teleriabilitazione ibrida può essere applicata ai pazienti bulgari con sindrome post-COVID?

Will hybrid telerehabilitation be applied in Bulgarian patients with post-COVID syndrome?

Jannis Papathanasiou [1], Kosta Kostov[2], Ivo Petrov[3], Kiril Panayotov [4], Giulia Vita[5], Janna Kashilska [6], Nigyar Dzhafer [7]

1.Department of Medical Imaging, Allergology & Physiotherapy, Faculty of Dental Medicine, Medical University of Plovdiv, Bulgaria;
Department of Kinesitherapy, Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tzecomir Vodenicharov, DSc", Medical University of Sofia, Bulgaria
2. University Hospital "Santa Anna", Sofia Bulgaria, InSpiro Foundation, Sofia, Bulgaria
3.Clinic of Cardiology and Angiology, Acibadem City Clinic, Cardiovascular Center, University Hospital, Sofia, Bulgaria
4. Faculty of Public Health, "Angel Kanchev" University of Ruse, Bulgaria;
5. PRM School, Tor Vergata Univerity, Rome.
6. Diagnostic Consulting Medical Center of Trakya, Plovdiv, Bulgaria
7.Department of Health Policy and Management, Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tzecomir Vodenicharov, DSc", Medical University of Sofia, Bulgaria.

Riassunto

Durante la pandemia da COVID-19 in Bulgaria tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria sono stati colpiti, creando danni collaterali sia alle strutture di riabilitazione che ai pazienti. Come nella maggior parte dei Paesi europei, anche in Bulgaria l'accesso al centro di riabilitazione è stato sospeso e le strutture di riabilitazione sono state convertite in centri non riabilitativi per il COVID-19. Tuttavia, nonostante i noti benefici della teleriabilitazione, in Bulgaria non è ancora regolamentata dalla legge, e i termini come il teleconsulto e la teledidattica non sono ancora stati introdotti.
Questo lavoro evidenzia le sfide per i responsabili della politica sanitaria bulgara e per gli esperti del BGSPRM (Associazione Bulgara di Medicina Fisica e Riabilitazione) , a causa della pandemia di COVID-19, e sottolinea la necessità di riorganizzare i servizi di riabilitazione, introducendo un modello ibrido, nell'ambito del percorso clinico n. 267, specificamente indirizzato alla riabilitazione dei soggetti affetti da post-COVID-19.

Parole chiave: teleriabilitazione, sistema sanitario, rieducazione polmonare.

Abstract

During the COVID-19 pandemic in Bulgaria all aspects of health care were affected, creating collateral damage to both rehabilitation facilities and patients. As in most European countries, access to centralized rehabilitation was suspended in Bulgaria and rehabilitation facilities were converted to nonrehabilitation centers for COVID-19. However, despite the known benefits of telerehabilitation, it is not yet regulated by law in Bulgaria, and terms such as teleconsultation and teleducation have not yet been introduced.
This paper highlights the challenges for Bulgarian health policy makers and BGSPRM experts due to the pandemic of COVID-19 and emphasizes the need to reorganize rehabilitation services by introducing a

hybrid model, within the framework of Clinical Pathway No. 267, specifically aimed at the rehabilitation of post-COVID-19 sufferers.

Keywords: telerehabilitation, health care system, pulmonary reheducation.

Premessa

Durante la pandemia da COVID-19, i sistemi sanitari a livello globale sono stati sovraccaricati a causa dell'aumento dell'incidenza, dei ricoveri e dei decessi [1]. Secondo i dati forniti dalla Johns Hopkins University (aggiornamento di febbraio 2023), la Bulgaria è emersa come uno dei Paesi più colpiti dell'UE1, rispettivamente con 1.295.585 di casi confermati e 38.184 decessi [2]. Tuttavia, si stima che il numero effettivo di casi positivi in Bulgaria sia molto più alto. A seguito delle chiusure durante la pandemia da COVID-19, si è osservato uno spostamento delle risorse per concentrarsi sui preparativi per l'aumento previsto dei pazienti affetti da COVID-19, riducendo in modo significativo il numero dei pazienti ricoverati per il trattamento di riabilitazione in presenza [3]. Inoltre, è stata osservata una sospensione della riabilitazione nei soggetti con sintomi da COVID-19 e una riduzione significativa del numero di posti letto PRM e delle attività di riabilitazione svolte, che ha portato a danni collaterali alle strutture PRM e ha compromesso l'assistenza riabilitativa dei pazienti bulgari con malattie croniche [4]. Sia la pandemia globale che il suo impatto negativo sull'ampio spettro dei servizi sanitari hanno imposto a molti sistemi sanitari in tutto il mondo di massimizzare lo sviluppo e l'implementazione della telemedicina (TM) nei servizi di riabilitazione [5]. È stato stimato un aumento di quasi 6 volte della percentuale di pazienti visitati tramite TM durante la pandemia COVID-19 [3]. I dati provenienti da studi di alta qualità hanno dimostrato che la sindrome post-COVID colpisce fino al 10% dei pazienti affetti da COVID-19 e anche se solo una parte di questi pazienti necessita di riabilitazione, ciò comporterà un aumento sproporzionato della domanda di rieducazione polmonare (PR) [6].

DISCUSSIONE

La PR è una delle strategie di gestione più efficaci per migliorare la dispnea, lo stato di salute e la tolleranza all'esercizio dei pazienti con BPCO[7]. Tuttavia, nonostante i noti benefici della RP, il tasso di partecipazione e di completamento della RP da parte dei pazienti è ancora basso [8]. Keating et al. hanno riferito che la percentuale di soggetti idonei che non hanno partecipato a nessuna sessione di RP variava dall'8,3% al 49,6% e la percentuale di soggetti che non l'hanno completata variava dal 9,7% al 31,8% [9]. Quindi la teleriabilitazione (TR)[10]rappresenta un metodo efficace per ridurre l'impatto dell'affluenza dei pazienti nel centro di riabilitazione. La TR consiste nel fornire la riabilitazione a distanza utilizzando le tecnologie di telecomunicazione, come la videoconferenza, la telefonia e le applicazioni per smartphone [11]. È stato dimostrato che la TR è un'alternativa sicura, efficace e meno costosa rispetto al trattamento riabilitativo in presenza[12]. La TR facilita l'accesso precoce al trattamento e incoraggia una maggiore partecipazione e corresponsabilità da parte dei pazienti, massimizzando così la compliance all'esercizio [13]. Inoltre, la TR ha un impatto positivo sulle attività della vita quotidiana, sulla qualità della vita correlata alla salute e sulla depressione in soggetti con diverse malattie neurologiche, cardiorespiratorie, muscoloscheletriche e oncologiche.

Nonostante l'evidenza della ricerca che dimostra risultati equivalenti con la TR per i pazienti dimessi dall'ospedale, ci sono ancora molte sfide e impedimenti per la sua adozione in un Paese a medio reddito come la Bulgaria, con risorse limitate per la PRM, cioè 250 medici in PRM, 11 e un totale di 6.365 posti letto per i servizi di PRM in regime di ricovero (9.0 posti letto per 10.000 abitanti (NCPHA, 2017) [14]. Durante la pandemia da COVID-19 non sono stati adottati emendamenti al regolamento (BG) n. 9/2019, che definisce il pacchetto di attività mediche finanziate dal Fondo nazionale di assicurazione sanitaria (NHIF) [15]. Le modifiche al suddetto regolamento potrebbero facilitare l'introduzione delle tecnologie di telecomunicazione nei servizi di riabilitazione bulgari, rispettivamente potrebbero migliorare l'erogazione di cure riabilitative di qualità a pazienti con malattie croniche e a soggetti con sindrome post-COVID-19. Inoltre, l'aggiornamento degli standard riabilitativi specifici per ogni disciplina e dei requisiti pratici, così come lo sviluppo di diverse procedure basate sull'evidenza per guidarne l'impostazione nella comunità, supereranno diverse barriere e contribuiranno al successo dell'adozione della TR in Bulgaria. Poiché il numero di pazienti con sindrome post-COVID-19 in Bulgaria continua ad aumentare considerevolmente, con significative ripercussioni sanitarie, sociali ed economiche, una revisione basata su esperti del percorso clinico n. 267 (appositamente sviluppato per la riabilitazione di soggetti con post-COVID-19), promuoverà l'introduzione dell'applicazione ibrida della TR nell'assistenza riabilitativa bulgara [4]. Wen et al. hanno suggerito che l'uso della TR polmonare è un'opzione di trattamento altrettanto efficace alla riabilitazione

convenzionale di persona per i pazienti con sintomi persistenti dopo il COVID-19, e hanno applicato un modello ibrido per mantenere il contatto in presenza in momenti specifici (ad esempio, alla valutazione iniziale o quando vengono prescritti gli esercizi) [16].

Conclusioni

Recentemente Vieira et al. hanno concluso che la TR può servire come risorsa valida ed efficace per il trattamento di pazienti con sintomi post-COVID-19 [17]. Pertanto, incoraggiamo la creazione di un Centro Nazionale di teleassistenza dedicato allo sviluppo e all'implementazione di strategie di TM e TR, coordinato da esperti di MoH, BGSPRM e NHIF. La sua istituzione rappresenterà un serio passo avanti per lo sviluppo di linee guida nazionali sulla TR, in risposta alla pressante necessità di riorganizzare i servizi di riabilitazione e di adottare la TR nella pratica riabilitativa bulgara [18].
Tuttavia, il consenso e il sostegno per la creazione di un Centro nazionale di teleassistenza sono necessari da parte di diverse società e associazioni bulgare di specialità, come BGSPRM, Società bulgara di malattie polmonari (BSLD), Società bulgara di cardiologia (BSC), Associazione bulgara di ortopedia e traumatologia (BOTA), Società bulgara di neurologia (BSN) e Società bulgara di scienza del cancro (BCSS).
Al di là del nostro continuo sostegno alla TR, siamo tutti d'accordo che l'uso ideale della TR nella pratica riabilitativa bulgara è all'interno di un modello ibrido, nell'ambito del percorso clinico n. 267, specificamente indirizzato alla riabilitazione di soggetti post-COVID-19. L'applicazione ibrida pilota, che consiste in alcune sessioni di PR di persona e in alcune visite TR[19], promuoverà la flessibilità e l'aderenza all'esercizio dei soggetti con sindrome post-COVID-19, compresi quelli che vivono in aree rurali o troppo distanti dalle strutture riabilitative. Infine, l'applicazione del modello ibrido di TR migliorerà la continuità delle cure e ridurrà l'onere economico del sistema sanitario bulgaro, fornendo al contempo un più ampio accesso ai servizi di riabilitazione per i pazienti affetti dalla sindrome post-COVID-19 che spesso incontrano ostacoli nel ricevere le cure riabilitative di persona [20].

Bibliografia

1. Karlinsky A, Kobak D. Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. Elife. 2021 Jun 30;10: e69336. doi: 10.7554/eLife.69336.

2. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center. Available at: https://coronavirus.jhu.edu. Accessed February 5, 2023
3. Ortega G, Rodriguez JA, Maurer LR, Witt EE, Perez N, Reich A, et al. Telemedicine, COVID-19, and disparities: policy implications. Health Policy Technol 2020;9(3): 368–71. https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.001. Sep
4. Papathanasiou J, Petrov I, Kashilska Y, Kostov K, Dzhafer N. Is telerehabilitation a top priority for the Bulgarian healthcare system in the post COVID-19 era? Health Policy Technol. 2022 Dec; 11(4):100664.

5. Wosik J, Fudim M, Cameron B, et al. Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. J Am Med Inform Assoc. 2020 Jun 1;27(6):957-962. doi: 10.1093/jamia/ocaa067.

6. Augustin M, Schommers P, Stecher M, et al. post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. Lancet Reg Health Eur. 2021 Jul; 6:100122. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100122.

7. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2:CD003793.
8. Tsutsui M, Gerayeli F, Sin DD.Pulmonary Rehabilitation in a Post-COVID-19 World: Telerehabilitation as a New Standard in Patients with COPD.Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021 Feb 19;16:379-391. doi: 10.2147/COPD.S263031. eCollection 2021.
9. Keating A, Lee A, Holland AE. What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review. Chron Respir Dis. 2011;8(2):89–99. doi:10.1177/1479972310393756.

10. Peretti A, Amenta F, Tayebati SK, Nittari G, Mahdi SS. Telerehabilitation: review of the state-of-the-art and areas of application. JMIR Rehabil Assist Technol 2017 Jul 21;4(2): e7. https://doi.org/10.2196/rehab.7511
11. Seelman KD, Hartman LM. Telerehabilitation: policy issues and research tools. Int J Telerehabil.2009; 1(1):47-58. https://doi.org/10.5195/ijt.2009.6013

12. Kairy D, Lehoux P, Vincent C, Visintin M. A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. Disabil Rehabil. 2009;31(6):427-47. doi: 10.1080/09638280802062553.
13. Sanchez-Ramirez DC, Pol M, Loewen H, Choukou MA. Effect of telemonitoring and telerehabilitation on physical activity, exercise capacity, health-related quality of life and healthcare use in patients with chronic lung diseases or COVID-19: A scoping review.J Telemed Telecare. 2022 Aug 31:1357633X221122124. doi: 10.1177/1357633X221122124.
14. Dimova A, Rohova M, Koeva S, et al: Bulgaria: Health System Review. Health Syst Transit. 2018; 20:1–230.
15. Papathanasiou J, Kashilska Y, Bozov H, Petrov I, Masiero S. The outbreak of the SARS-CoV-2 Omicron variant make imperative the adoption of telerehabilitation in the Bulgarian health care system. Eur J Transl Myol. 2022 Feb 2;32(1):10355. doi: 10.4081/ejtm.2022.10355.
16. Wen J, Milne S, Sin DD.Pulmonary rehabilitation in a postcoronavirus disease 2019 world: feasibility, challenges, and solutions.Curr Opin Pulm Med. 2022 Mar 1;28(2):152-161. doi: 10.1097/MCP.0000000000000832.
17. Vieira AGDS, Pinto ACPN, Garcia BMSP, Eid RAC, Mól CG, Nawa RK. Telerehabilitation improves physical function and reduces dyspnoea in people with COVID-19 and post-COVID-19 conditions: a systematic review.J Physiother. 2022 Apr;68(2):90-98. doi: 10.1016/j.jphys.2022.03.011.
18. Dzhafer N, Papathanasiou J. Telerehabiltation and COVID-19. Time for reorganization of rehabilitation services in Bulgaria? Inspiro 2021;60(2):9–12.
19. Prvu Bettger JRL. Telerehabilitation in the age of COVID-19: an opportunity for learning health system research. Phys Ther. 2020;100(11):1913–1916. doi:10.1093/ptj/pzaa151
20. Rezapour A, Hosseinijebeli SS, Faradonbeh SB. Economic evaluation of E-health interventions compared with alternative treatments in older persons' care: a systematic review. J Educ Health Promot. 2021; 10:134. DOI: 10.4103/jehp.jehp_787_20.10:134.15.

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

Finanziamenti
Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto finanziamenti.