

FISIATRIA ITALIANA

ISSN 2785-745X

*Rivista Trimestrale di Medicina Fisica e
Riabilitativa*



*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*)

- 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 Fisioterapia 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. È ormai diventata uno strumento efficace di informazione per i fisiatristi, 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 FISIATRISTI, 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 fisiatristi 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 liste 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 vevolevoli 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.



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 pu essere ritenuto responsabile delle opinioni e dei contenuti espressi dagli autori negli articoli pubblicati in questa Rivista.**



FISIATRIA ITALIANA

Anno 2024 – Volume 9 – Fascicolo 14 (gen-mar)

INDICE

Editoriali

[1. La saggezza del bar](#)

Domenico Uliano

Case report e Report Brevi, Specialisti in formazione

[3. Le cinque domande del fisiatra agli sportivi amatoriali](#)

Riccardo Bertoja

Intervista

[6. Intervista a Marco di Gesù sulla ANFI](#)

Fisiatria Italiana

Attualità

[9. ANF scrive alla FNOFI](#)

Donatella Bonaiuti

Disabilità e Società

[10. La Noia...!](#)

Carla Rossella Cavallo

Arte, Tempo Libero e Disabilità

[14. DOC nelle tue mani, terza serie](#)

David Antonio Fletzer

Attualità

16. L'Uragano LEA

Morena Ottaviani

Case report e Report Brevi

19. Quella lesione misteriosa

Accursio Miraglia

Case report e Report Brevi

23. Le tendinopatie dell'arto superiore: nuove soluzioni infiltrative con Collagen Medical Devices

C.E. Zaolino, V. Vismara, P. Arrigoni



LA SAGGEZZA DEL BAR

Domenico Uliano

Dir. Responsabile Fisiatria Italiana

Correva l'anno 2001, anno che poi sarà ed è tutt'ora ricordato con tristezza dai Fisiatri italiani, e noi eravamo al Bar, con Michele ed Alessandro a sorvegliare un infinito aperitivo ai tavolini davanti al Parlamento. Infiniti, perché dovevano necessariamente durare a lungo, tutto il tempo necessario a consentirci di alzarci ripetutamente dalle nostre, invero, non troppo comode postazioni per incontrare i parlamentari giusti, quelli della Commissione o qualcuno da sempre più attento ad ascoltarci. In una parola quelli che avrebbero potuto darci una mano a mettere una pezza. Ma si sa che le pezze non sempre riescono a coprire i buchi.

Questa volta, però, il buco fatto da questi colleghi era davvero grosso e stravolgeva un intero settore, non solo per le prescrizioni di terapia fisica che sarebbero finite nel cestino, ma anche per la globale avversità di un intero settore industriale verso la nostra categoria. Quindi questi colleghi stavolta l'avevano fatta davvero grossa. Proprio i colleghi più bravi e di chiara fama, abituati, ora come allora, a frequentare i corridoi ministeriali, ad entrare nelle camere di storici funzionari e a pasteggiare a tortellini.

I LEA avevano già fatto tutti i danni possibili ed immaginabili: la terapia fisica strumentale era fin fuori dei LEA e quelle risorse potevano finalmente essere impegnate in settori più seri, nelle comunità, nelle cose più serie... altro che qualche vecchietta con l'artrosi o vecchietti con le protesi alle anche che intasano le liste di attesa!

E a noi toccava alzarci a turno dal tavolino e parlare e spiegare che la terapia fisica era efficace, che tante situazioni si risolvevano con un laser o con gli ultrasuoni e che per tante altre condizioni non serviva fare a tutti i costi gli esercizi, che esistevano prove di efficacia a favore della terapia fisica ancor di più di quante ne esistessero per tanti interventi chirurgici ortopedici o per le infiltrazioni mordi e fuggi.

Che fatica però!

Ieri invece ero al Bar a sorvegliare un caffè rigorosamente schiumato e, come spesso accade, non sono sfuggito ai saluti di un mio vecchio ed affezionato paziente, il quale, non curante che il caffè si potesse raffreddare, ha iniziato a chiedermi, tra l'incuriosito e l'arrabbiato, "ma Dottore scusi io ho di nuovo quel dolore al gomito che lei conosce.



Questa volta mi ha detto il Medico che non posso fare solo gli ultrasuoni e, se voglio pagare solo il ticket, devo fare gli ultrasuoni insieme agli esercizi altrimenti li devo pagare privatamente. Mi ha detto che dal primo aprile cambia tutto. Ma perché? “

La prima cosa che mi venne in mente fu quella di raccontargli tutta la storia, di spiegargli dove era iniziato tutto questo e come era stato possibile che alcuni abbiano sparato addosso alla terapia fisica strumentale, incuranti delle origini della nostra Disciplina.

In quell’attimo mi venne una vaga sensazione di rabbia, ma poi capii che sarei stato difficilmente compreso da quel caro e vecchio paziente. E preferii dirgli soltanto, con l’affetto che si deve alle persone per bene “Signor Mario lo beviamo un caffè insieme?”



LE CINQUE DOMANDE DEL FISIATRA AGLI SPORTIVI AMATORIALI.

Physiatrist's five questions to amateur sportsmen

Riccardo Bertoja

Studio Fisioterapico Medeghino, Milano

Abstract: the author describes the five main questions he asks to amateur sportsmen suffering from musculoskeletal problems regarding the practice of the sport they are passionate about

Keywords: amateur sportsmen, musculoskeletal injuries

Nella mia vita quotidiana di Medico Fisiatra, che svolgo da 30 anni, sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale, incontro spesso sportivi amatoriali con problemi muscolo-scheletrici.

Lo sportivo amatoriale pratica abitualmente il proprio sport con intensità, passione e dedizione, e questo fatto si scontra spesso con il poco tempo a disposizione per allenarsi, la scarsa conoscenza dei metodi di allenamento, la preparazione insufficiente alle competizioni, lo svolgimento scorretto delle competizioni.

Pertanto, si verificano lesioni che generano dolore fisico, impotenza funzionale e di conseguenza frustrazione e disagio psicologico.

Capita quindi che lo sportivo amatoriale si sottoponga ad una visita fisiatrica con grandi aspettative, e speranze di completo recupero, possibilmente in breve tempo.

Il medico, soprattutto se giovane e inesperto, deve prestare attenzione alle risposte che dà, e prima di parlare è opportuna una riflessione aperta e condivisa con il paziente.

I momenti in cui si sviluppa questa riflessione sono essenzialmente due.

In un primo momento, è necessario partecipare sinceramente ed emotivamente all'angoscia dell'atleta bloccato dall'infortunio, dichiarando che ogni energia fisica e mentale del Dottore sarà dedicata, se sarà possibile, (sottolineando la parola "se sarà possibile") al completo recupero funzionale dell'amatore, ed alla conseguente ripresa dell'attività fisica prediletta.

Il medico garantisce, cioè, il 100% di impegno e responsabilità, ma non può (e non deve) garantire i risultati.



Questa affermazione determina comunque l'immediata empatia del paziente nei confronti del medico, considerato da questo punto in poi un alleato, un professionista che "fa il tifo" per il paziente, e cerca di far godere al paziente lo sport amato.

Tale situazione favorevole prepara il terreno ad una seconda riflessione, un secondo momento, più importante, più "tecnico" e solitamente meno piacevole da ascoltare per il paziente.

"A questo punto", dice il Dottore, "ti farò cinque domande per capire insieme a te in che condizione ti trovi".

1) "A che età hai iniziato a praticare questo sport, ovvero: il tuo corpo è cresciuto insieme allo sport che pratichi ora, o hai iniziato da adulto?"

2) "Pensi che il tuo corpo sia costituzionalmente adatto allo sport che pratichi? E cioè il tuo biotipo è quello giusto per il tale sport?"

3) "Pensi che il tuo gesto atletico sia corretto?"

4) "Quale pensi sia il tuo limite nelle prestazioni del tuo sport, per poterlo praticare a lungo e goderne i benefici, senza infortuni?"

5) "Qual è il tuo stile di vita? (rapporto tra ore di lavoro e tempo dedicato allo sport, ore di sonno, alimentazione, alcool, fumo, eventuali stupefacenti, ecc...)"

Nella mia attività clinica quotidiana trovo che queste cinque domande abbiano un impatto significativo sul paziente, che percepisce preparazione e competenza da parte del Medico, ma capisce anche che è opportuno un proprio esame di coscienza.

Di solito, dopo aver riflettuto, il paziente intelligente si pone spontaneamente nel corretto stato di alleanza terapeutica con il medico.

1) riconosce le proprie "responsabilità" riguardo alla decisione di aver cominciato in tarda età l'inizio dell'attività sportiva.

2) accetta nella peggiore delle ipotesi il concetto che il suo corpo non è adatto a praticare un determinato sport, e che è opportuno cambiare.

3) cerca di migliorare il gesto atletico e la preparazione atletica affidandosi ad un bravo allenatore.

4) rimodella gli obiettivi, cioè non esagera, per restare al di sotto della "soglia di infortunio".

5) intraprende uno stile di vita corretto.

Se ciò accade, il paziente viene incanalato in un circolo virtuoso, che lo predispone a raggiungere risultati soddisfacenti ed a godere per tanti anni il piacere di praticare lo sport che ama.

Con questa riflessione si evitano anche incomprensioni nel rapporto medico-paziente, che a volte possono portare, a causa dell'intensa passione e tensione sportiva, ad attribuire erroneamente al medico la responsabilità dei risultati mancati.

Mi è capitato, in pochissimi casi, che il paziente lasciò il mio studio, infastidito dalla serena chiarezza di queste domande.

È comprensibile, va accettato, non è una sconfitta del Medico, lo attribuisco alla passione e alla tensione competitiva con cui lo sportivo amatoriale agisce.



Il rischio per questi pazienti insoddisfatti che se ne vanno, tuttavia, è elevato, perché un antico proverbio medico dice che "se consulti tanti dottori, prima o poi troverai quello che dice ciò che vorresti sentirti dire...".

L'autore dichiara l'assenza di conflitti di interessi.
L'autore dichiara di non aver ricevuto finanziamenti.

* Corresponding author: Riccardo Bertoja (fisioterapia.medeghino@gmail.com)



INTERVISTA A MARCO DI GESÙ SULLA ANFI

Fisiatria Italiana

Abbiamo rivolto alcune domande al Dr. Marco Di Gesù, fisiatra, socio fondatore e attuale Presidente dell'ANFI, Associazione Nazionale Fisiatria Interventistica.

“Lei di cosa si occupa quotidianamente e quale è stato il suo percorso formativo e professionale?”

Mi sono specializzato a Messina nel 2009, con un percorso di specializzazione prevalentemente rivolto alla Riabilitazione Neurologica. Sin dai primi anni di lavoro da specialista, avendo scelto l'attività ambulatoriale a Palermo, ho sentito la necessità di essere un esecutore oltre che un prescrittore. Le prime infiltrazioni, l'ecoguida, lo studio dell'ecografia diagnostica fino alle tecniche più avanzate per la gestione di numerose patologie muscoloscheletriche. Intorno a tutto ciò si è concentrata, e si concentra, la mia formazione. E le difficoltà formative a cui ho dovuto sopperire con non poche fatiche, mi hanno accomunato ad un gruppo di colleghi nel desiderio di divulgare e far crescere la Fisiatria Interventistica. Posso vantare la responsabilità di essere stato in Italia uno tra i fisiatristi più attivi e propositivi nello sviluppo di questa branca della Fisiatria, lieto che adesso diverse realtà stiano contribuendo alla sua crescita

“Che cosa è ANFI e quale è la sua mission?”

L'ANFI è un'Associazione no profit (ETS) che accomuna tutti i medici che si occupano di patologie muscoloscheletriche, in senso diagnostico o terapeutico. È un forte desiderio di “far gruppo” che, pur non essendo una Società Scientifica, consente produttivi momenti di incontro tra specialisti afferenti a diverse branche (in primis Fisiatristi, Radiologi, Ortopedici, Reumatologi, Anestesisti, Medici dello Sport e di Medicina Generale). Obiettivo primario è far crescere e promuovere una cura del paziente che inserisca, all'interno del suo percorso riabilitativo, tecniche diagnostiche e terapeutiche mini-invasive che consentano all'iter riabilitativo di essere rapido, efficace e con una buona gestione del dolore.

“Cosa ha spinto voi soci fondatori a creare ANFI?”

Oltre al desiderio suddetto di voler creare un canale formativo accessibile per coloro che vogliono diventare fisiatristi interventisti, il reale desiderio ruota attorno allo sviluppo di un concetto di Fisiatria che, assolutamente al passo con la frenetica evoluzione della



società e delle esigenze dei pazienti, sappia fornire risposte rapide e qualificate e in grande sinergia con gli altri componenti del team riabilitativo, i Fisioterapisti in primis. L'ANFI accomuna tutti coloro che sentono il bisogno di essere protagonisti dell'iter diagnostico-terapeutico e non solo i "registri" di un team riabilitativo in cui si demandava ad altre figure l'esecuzione della terapia.

Insieme a Valerio Amico (Past President), Andrea Reggiani, Domenico Romeo, Alberto Monello, Claudio Secci e Vincenzo Cosentino nel Maggio 2021 ho depositato lo statuto di ANFI.

“Perchè ANFI è aperta anche ad altri specialisti e non solo ai Fisiatri?”

La Fisiatria Interventistica è una branca della Fisiatria che riconosce nella gestione del paziente con patologie muscoloscheletriche la necessità di interazione con le conoscenze e le tecniche di altre branche specialistiche. In un comune interesse per l'utilizzo dello strumento ecografo sia quale mezzo diagnostico sia e soprattutto quale strumento di monitoraggio per i trattamenti percutanei, diverse branche specialistiche apportano il loro prezioso contributo. Solo se le figure specialistiche che concorrono alla cura del paziente sono in grado di dialogare tra loro si attua l'unica Medicina Integrata di cui abbiamo bisogno. Integriamo le aree mediche specialistiche con tutte le aree sanitarie preziose nell'iter riabilitativo. Non serve altro.

“Parliamo di Fisiatria Interventistica: quali procedure terapeutiche adottate?”

Nell'ambito della Fisiatria Interventistica sono diverse le procedure terapeutiche integrabili nel processo riabilitativo: dalle più note tecniche infiltrative eseguite sotto guida ecografica alle “storiche” terapie fisiche manu medica (ad esempio le Onde d'Urto focali). In particolare abbiamo contribuito allo sviluppo di alcune procedure terapeutiche dedicate alle patologie tendinee (come, ad esempio, l'elettrolisi percutanea ecoguidata) e molti di noi eseguono già da numerosi anni l'Ossigeno-Ozonoterapia o trattamenti ecoguidati “avanzati” come l'idrodistensione capsulare e la Litoclasia Percutanea.

“Abbiamo capito che ANFI è una rete molto vasta e rigogliosa, quali attività organizza o promuove per dare linfa vitale a questo network?”

ANFI si fa promotrice di attività divulgative e formative che vengono organizzate nell'arco dell'anno in tutta Italia. Promuove e sostiene la formazione in ambito di fisiatria interventistica e in ecografia muscoloscheletrica al fine di formare fisiatri (e non solo) in grado di utilizzare con logica e giuste indicazioni cliniche le numerose skills che sono di competenza della fisiatria interventistica.

“Una realtà viva e vivace: cercate collaborazioni con altri enti associativi? Penso ad esempio ad AIFI (associazione italiana di fisioterapia)”



ANFI è sempre aperta a collaborazione con enti, società scientifiche e associazioni divulgative che siano in sintonia con le nostre finalità previste da statuto e che possano valorizzare il ruolo del team riabilitativo di cui il fisiatra è il leader.

“Siete una realtà in crescita. Quest’anno avete svolto il primo congresso nazionale, una novità nel panorama congressuale italiano.”

Dopo due anni dalla nascita è stato realizzato il nostro primo congresso nazionale. A Milano si sono riuniti circa 200 specialisti, molti dei quali fisiatra, per ascoltare numerosi relatori di grande spessore. Abbiamo scelto tra i radiologi, i fisiatra, gli ortopedici, gli anestesisti e i neurochirurghi, coloro che rappresentano il meglio delle realtà professionali che conosciamo. Un congresso caratterizzato da numerose sezioni rivolte alla pratica, una grande interazione aule gremite di giovani ed entusiasti colleghi e una WebApp a coordinare sale e relazioni. È andata decisamente meglio del previsto e siamo già al lavoro per il secondo congresso, Catania 2025

“In tutto questo quale è il vostro rapporto con la SIMFER?”

La nostra è un’associazione e non esiste una posizione nei confronti delle società scientifiche perché abbiamo altre finalità e i nostri associati non sono solo fisiatra. Con tutte le Società scientifiche siamo pronti a collaborare quando si chiede supporto a iniziative valide.

“Ed invece quale è la vostra posizione nei confronti del dilagante tema dell’abusivismo da parte degli studi professionali dei fisioterapisti?”

In merito agli abusi potrei solo riferire il pensiero personale, che suppongo già conoscete, ma non ne parlerei a nome dell’associazione: per tali aspetti esiste l’ANF, mentre in ANFI non si è mai affrontato l’argomento.

“Quali progetti per il futuro?”

Nonostante l’Associazione sia giovane abbiamo parecchi progetti in corso. Completeremo l’organigramma dei referenti regionali, nomineremo i responsabili delle aree tematiche e potenzieremo le attività social e newsletter.

Ci prepariamo al secondo congresso (2025) con un calendario di attività didattiche per il 2024 che vedranno Milano, Torino e Roma tra le principali sedi per incontri formativi e raccoglieremo le richieste di patrocinio che ci giungeranno per gli eventi promossi da altre realtà a cui offriamo il nostro supporto.



ANF SCRIVE ALLA FNOFI

Donatella Bonaiuti

Direttore Sanitario Centro In Piedi, Milano

L'ANF (Associazione Nazionale Fisiatri) ha inaugurato l'anno 2024 con una operazione, la prima di un percorso già ben progettato in tutte le successive sue fasi, di tutela della figura del medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa dagli abusi delle professioni sanitarie.

Questa prima operazione è consistita nell'invio di un richiamo ufficiale alla FNOFI (Federazione Nazionale degli Ordini della professione sanitaria di Fisioterapista) affinché, ai sensi della Legislazione attuale e del Codice Penale, si faccia parte attiva e con particolare rigore nella sorveglianza dei propri soci al rispetto delle norme di un corretto comportamento professionale, che non oltrepassino i limiti indicati dalla Legge. È il primo passo ufficiale, a livello nazionale, contro l'abuso della professione medica e contro l'esercizio in maniera non autorizzata della professione di medico.

Ed è stato fatto con uno spirito di massima collaborazione e volontà di dialogo, pur nella fermezza, perché tutti quanti noi crediamo nella forza di questi comportamenti, prima di passare a comportamenti più drastici.

Nella segnalazione inviata sono state citate, a titolo esemplificativo, le più frequenti condotte irregolari e di estrema gravità, che si possono configurare anche come reati penali, da parte dei Fisioterapisti: prescrizione di esami, di farmaci, di terapie fisiche e esecuzione di atti diagnostico valutativi come l'esame ecografico ecc. Oltre all'utilizzo dei social in modo scorretto con profili pubblicitari ingannevoli, ove vengono indicati surrettiziamente specializzazioni prettamente mediche attribuendosi titoli che nel migliore dei modi confondono i cittadini

La linea seguita dell'ANF quindi è stata per ora ispirata dalla volontà di un dialogo costruttivo con la FNOFI, incentrato sul rispetto dei ruoli, delle qualifiche e delle reciproche competenze. Pertanto, si è chiaramente richiesto una collaborazione a sorvegliare capillarmente i propri iscritti e a predisporre e adottare gli opportuni provvedimenti. In caso contrario ne andrà di mezzo la credibilità della stessa Federazione.

Adesso restiamo in attesa delle reazioni, che si spera di assunzione di responsabilità, da parte della FNOFI.

Siamo sicuri che questa sia la strada giusta da perseguire e proseguiremo con la sorveglianza attiva per il rispetto delle regole.



La Noia..!

Carla Rossella Cavallo

Pedagogista Clinico e ins. di sostegno presso l' ITIS "A. Rossi" di Vicenza

Durante l'emergenza sanitaria mi trovai coinvolta nell'iniziativa #noi ci siamo, organizzata dall'ANPEC sezione Veneto, in quell'occasione affrontai il tema "la noia per i bambini".

Scelsi questo titolo perché in quel periodo, soprattutto, i bambini si sono trovati costretti a restare a casa, a cambiare le loro abitudini, i loro ritmi, a non vedere i loro amici a non svolgere le attività sportive e a dover rinunciare a tante altre abitudini o necessità. Spesso, durante i contatti on line, mi dicevano: "mi sto annoiando", "è meglio andare a scuola perché qui mi annoio", allora pensai di dedicare la mia attenzione alla noia. Adesso, dopo qualche anno, riprendo in mano il tema, questa volta sollecitata dalla canzone vincitrice di Sanremo 2024: "La Noia". Una canzone ritmata, orecchiabile, allegra, con l'accento marcato e dal sapore meridionale.

La mia mente ha fatto un collegamento strano, ha unito la canzone, alla diretta passata e all'osservazione oggettiva della disabilità.

Un passo alla volta cercherò di trovare cosa hanno in comune questi elementi.

Partiamo col capire cos'è la noia: la noia è uno stato d'animo, provato dall'individuo che tendenzialmente *vorrebbe* essere attivo, ma che è posto in una condizione di "stallo emotivo." Una persona si annoia perché non può fare qualcosa di stimolante, quindi pensiamo ai bambini che sono alla continua ricerca di stimoli.

La noia non è una sensazione moderna ma risale ai tempi delle caverne. Immaginate una piovosa giornata d'autunno, in una caverna della preistoria ci si annoiava a tal punto da iniziare a fare dei segni sulle pareti, per rievocare nostalgicamente l'ultima caccia.

I lunghi tempi di inattività erano probabilmente insopportabili all'uomo pronto all'azione e ricco di curiosità.

Per vincere la noia l'uomo ha iniziato a fantasticare con la mente e qui potremmo fare riferimento a diverse storie, ad esempio Alice nel paese delle meraviglie è un esempio perfetto perché Alice inizia a fantasticare proprio *quando cominciava a essere veramente stufa di star seduta senza far nulla accanto alla sorella, sulla riva del fiume*. Quindi, possiamo definire la noia come una sensazione di vuoto momentaneo, provocato dal fatto che la nostra mente è alla continua ricerca di stimoli. Più siamo allenati a tenere attiva la nostra mente, più la riempiamo di informazioni e desideri, più siamo propensi all'azione, alla progettazione di qualcosa di interessante,



un gioco, uno scritto, più siamo ricchi di idee, interessi, voglia di emergere o realizzarci e voglia di vivere in tutti i sensi, maggiori saranno le probabilità di provare una noia momentanea avendo la sensazione d'impotenza e di tempo perso.

La noia è un sentimento importantissimo per l'umanità, quindi, mi sento di dire che non dobbiamo preoccuparci se capita ogni tanto che i nostri bambini si annoiano.

Andiamo a vedere cosa succede quando ci si annoia...

La noia permette di fare introspezione, di pensare e riflettere, di vivere il silenzio e l'inattività di agire di conseguenza per creare qualcosa in grado di superare questo stato. Nella situazione del bambino deve essere lui stesso, ad attivarsi in prima persona per trovare una soluzione e non noi adulti a farlo al posto suo mediante innumerevoli attività per cercare di prevenire questo stato di quiete.

Brevemente vediamo cosa possiamo fare con i bambini:

- Essere disponibili al dialogo;
- Validare il loro stato d'animo facendogli capire che lo capite;
- aiutare i **bambini a comprendere che si può vivere qualcosa di diverso dal solito**, ma senza sobbarcarli di responsabilità e paure, piuttosto sfruttando la loro energia e fantasia per farli divertire e distrarsi.

Ognuno di noi con i propri bambini può inventarsi un modo per combattere la noia, questo è già un espediente ed è un buon passatempo, infine, ci sono tanti hobby che possono stimolare il nostro interesse.

Cerchiamo di **educarci ed educarli a una corretta respirazione**. La respirazione ha un ruolo importante nella regolazione delle emozioni, ad esempio la **respirazione dei pensieri felici**.

A questo punto, collego la musica al tema che sto affrontando, il brano "La Noia" di Angelina Mango è una canzone caratterizzata da una musica coinvolgente, allegra che crea movimento ed è molto profonda di significato. In questo brano la cantautrice, indica delle azioni e suggerisce una possibile strategia per combattere la noia e lo fa facendo riferimento alla "cumbia".

Dalle parole del testo emerge il significato della noia come sofferenza psichica, uno stato d'animo molto diffuso, soprattutto fra i giovani che può diventare una patologia, proprio per quel senso di sospensione della curiosità e assenza di stimoli - "muoio senza morire" - che in realtà è vuoto di significato e direzione.

L'indicazione che ci viene data, dalla cantante, verso questa **condizione esistenziale moderna**, contro la quale "combattere" è quella di farci un ballo: "**la cumbia della noia**".

Angelina Mango utilizza questo ballo come metafora di un certo modo di affrontare la vita.

"Cumbia": cos'è?

La cumbia è una musica popolare - una danza colombiana, affine alla salsa, mango, merengue e rumba. Oggi è diventato un ballo di coppia, dal ritmo rilassato e sensuale, scandito dai tamburi, in cui i ballerini si trovano l'uno di fronte all'altra e danzano senza



contatto diretto. Specifichiamo che questa danza deriva dall'africana cumbiamba, che si ballava a piedi nudi sulla sabbia, di fronte al mare, attorno a un falò.

Vennero chiamate kumbè, per via dei suoni e dei rumori che gli schiavi producevano durante il lavoro, infatti, "kumb", in molte lingue africane significa suono o rumore.

A questo punto, faccio una riflessione, abbiamo visto delle possibili strategie e analizzato il significato della parola noia. Abbiamo capito che appartiene all'uomo sin dalle origini e per i disabili cosa significa la noia?

A volte mi soffermo ad osservare e più volte mi sono resa conto che ciò che per me è noioso o tanto noioso per l'alunno in difficoltà non lo è, e viceversa. Mi sono chiesta se fosse solo questione di interessi diversi, di età, di genere.

Ho iniziato a leggere per capire, non dico per cercare di entrare nel suo mondo, che sappiamo sarebbe la cosa migliore per un autistico. Siamo noi che dovremmo entrare nel loro essere, perché il loro funzionamento, la loro percezione di tutto ciò che li circonda è completamente diverso dal nostro.

Partiamo da ciò che siamo abituati, cioè ad avere una qualità della vita data dall'impiego del tempo libero in attività gratificanti. Nei disabili spesso è scadente poiché il tempo libero è un tempo vuoto.

Gli organismi internazionali (Organizzazione Mondiale della Salute) hanno focalizzato la definizione di salute in una dimensione olistica, spiegandola come una condizione di benessere che vede coinvolte le tre dimensioni che descrivono la vita di ogni individuo, ovvero la dimensione fisica, psicologica e relazionale – sociale.

La percezione di benessere è la qualità della vita: ciò rende la persona soddisfatta o insoddisfatta della propria quotidianità. In sostanza, la qualità della vita è data anche dall'impiego del tempo libero in attività gratificanti.

Oggi, **la disabilità è considerata uno stato di salute in un ambiente sfavorevole.** Mettendo in evidenza le correlazioni che legano la percezione del proprio stato di salute e di benessere alle variabili ecologiche, che caratterizzano il contesto di vita dell'individuo, rilevando come la sensazione di disabilità sia strettamente proporzionale alla qualità della vita vissuta.

Ai suoi occhi, un **disabile, ha l'impressione che la propria vita sia ricca di un vigore fisico, frutto anche di trattamenti abilitativi, riabilitativi e terapeutici idonei ed efficaci, di una serenità emotiva, di un contesto sociale, che favorisce l'evoluzione personale, che sostiene e incrementa i rapporti con gli altri individui, che non danneggia le particolarità personali e soprattutto che permette di esercitare il libero arbitrio, solo così vivrà la sua disabilità come una diversa abilità.**

Possiamo dire che l'idea del tempo libero della persona disabile è un tempo vuoto, alimentato dalla noia e dalla solitudine, dal senso di abbandono e di impotenza, come messo in evidenza da Trisciuzzi, Fratini & Galanti (2010). Si è cercato di provvedere ad ottimizzare il percorso scolastico e riabilitativo di chi è affetto da disabilità. Ai contesti educativi, nello specifico alla scuola, viene chiesto di intervenire insegnando al disabile



tutte quelle abilità che gli possano permettere di vivere il tempo libero come un momento di gioia e non di tedio.

Wehman, distingue nel tempo libero due parametri che lo contraddistinguono:

- uno tangibile, legato alla porzione temporale impiegata;
- l'altro personale, connesso alle emozioni positive e al senso di soddisfazione e di benessere che le attività svolte donano.

Nell'ambito del tempo libero della persona disabile un posto di rilievo lo deve occupare la pratica sportiva. L'esercizio delle [attività motorie e sportive](#) permette all'individuo diversamente abile di:

- incrementare le risorse personali;
- migliorare i comportamenti, le competenze, le capacità e le abilità;
- implementare la relazione con l'alterità;
- potenziare l'empowerment soggettivo;
- ampliare l'autonomia personale.

Concludo, affermando, che in qualsiasi situazione ognuno di noi, durante il suo percorso di vita, dovrebbe raggiungere il giusto equilibrio, applicando delle efficaci strategie, per se stesso, per saper godere delle attività e dei momenti di noia. Non è facile raggiungere l'equilibrio che ci fa assaporare il giusto senso della noia e che ci permette di godere di quei momenti per fare introspezione e far emergere una parte diversa e migliore di noi stessi.



DOC nelle tue mani terza serie Incremento della spesa della Medicina a convenzione

David Antonio Fletzer

Cofondatore Fisiatria Italiana

Avendo gusti nazional-popolari ed essendo un teledipendente, seguo i principali serial di RAI FICTION; non ho perso, quindi, neanche una puntata di DOC - terza serie e le puntate di questa edizione, secondo me, sono state migliori rispetto alle due precedenti. I casi clinici sono sostanzialmente ben documentati e le problematiche cliniche, sociali, morali sono sviluppate in modo quasi perfetto. Merito certamente dei consulenti che hanno dato il loro contributo alle storie, degli sceneggiatori e del regista, ma anche di un cast di eccellenza.

Mi ha stupito quando Pier Paolo Spollon, Riccardo nel telefilm, neo-specialista, in procinto di essere assunto come strutturato al Policlinico Ambrosiano, sente il peso della **morte di alcuni loro pazienti** e pensa di lasciare la vita ospedaliera, andando a fare il medico sportivo per un team di nuotatori disabili. Il problema di convivere con la vita, ma anche con la morte è un problema che specialmente i medici di un reparto ospedaliero di Medicina interna, affrontano quotidianamente, diventando o insensibili nel tempo oppure, rimanendo consapevoli che la morte è tristemente fisiologica, la vivono come una personale sconfitta, desiderando di “fuggire” dagli ospedali. Le università, purtroppo, preparano poco a come “gestire la morte” e spesso i medici, quando muore un paziente, *spariscono* lasciando la gestione dei rapporti con i parenti al personale infermieristico, che di solito crea un feeling di vicinanza con gli accompagnatori dei pazienti.

Un'altra problematica affrontata bene dalla fiction si potrebbe riassumere nel detto popolare “**il medico pietoso fa la piaga ulcerosa**” ovvero il medico curante deve essere empatico, ma cercando di rimanere freddo e razionale, evitando di farsi condizionare nelle scelte cliniche dalla componente emotiva. Certo, l'equilibrio è molto difficile in quanto un medico troppo distaccato e poco empatico difficilmente riesce a creare quella necessaria intesa con il paziente. Da un medico scorbutico si scappa e, di conseguenza, si scappa anche dalle sue forse giustissime scelte cliniche.



Sono state disegnate molto bene sia la comunità cinese, a volte molto chiusa anche alle necessità cliniche dei suoi pazienti, sia alcune specificità caratteriali di malati italiani che spesso non facilitano il nostro lavoro.

Lavoro affascinante che, però, rischia di divenire **totalizzante per la vita privata degli operatori sanitari** per cui l'ospedale diventa non la seconda casa, ma, peggio, il luogo di residenza permanente.

Infine, un altro aspetto affrontato è la **corruzione nella sanità** che, a mio parere, può essere capace di appesantire economicamente la sanità pubblica, facendo decollare quella convenzionata. E qui la responsabilità principale non è solo di taluni politici accusati, a volte, di accettare mazzette per pilotare alcune gare di appalto, al fine di finanziare i propri partiti o le proprie campagne elettorali, ma anche di taluni sanitari troppo sensibili alla partecipazione a congressi in luoghi esotici o a regali importanti. Sicuramente queste e le altre qualità della narrazione dipendono dalla opportuna consulenza del "reale" dr. Fanti, la cui vita ha ispirato questo lavoro, ma anche dalla collaborazione della Università Campus Biomedico di Roma dove viene girata la fiction, che ha permesso una full immersion in un vero ambiente ospedaliero e non in una distaccata ricostruzione di studio.

Ho appena accennato al problema dei **rapporti fra medicina pubblica e quella privata a convenzione**. A questo proposito è interessante ricordare i dati del 2022, appena resi pubblici dalla Ragioneria di Stato, sulla spesa che le Regioni hanno destinato alla medicina convenzionata.

Nel 2022 la spesa per le prestazioni private è stata di 26,2 miliardi di euro pari al 20,3% di tutto il fondo. In 20 anni, passando dai 14 miliardi ai 26,2, è aumentata del 2,5%. Le Regioni con la maggiore spesa in questo settore sono state il Lazio, la Lombardia ed il Molise dove la quota sfiora il 30%. Sicuramente il tentativo di recuperare le lunghe liste di attesa post Covid hanno contribuito a far aumentare questa spesa, ma la Sanità pubblica rimane, e speriamo per molto tempo, ancora una nostra ECCELLENZA che dobbiamo difendere perché senza la TUTELA della SALUTE tutto diventa complicato e problematico.



L'URAGANO LEA

Morena Ottaviani

Dir. San. C.M.R. Centro Medico Riabilitativo di Casarza Ligure (GE)

Tra mille peripezie, altrettanti rinvii e (poche, pochissime!!) osservazioni e critiche costruttive, tra circa un mese verranno applicati i nuovi LEA e questo, noi Fisiatri, sappiamo bene che impatto avrà sulla riabilitazione e sulle abitudini dei nostri assistiti. Già quando fece capolino la prima riforma dei LEA riabilitativi dovemmo fare i conti con l'esclusione pressoché completa delle terapie Fisiche, tuttavia, avendo il Ministero concesso alcune deroghe alle Regioni purché si facessero carico delle spese correlate, in modi differenziati e spesso complessi parecchie prestazioni potevano ancora essere erogate in regime SSN. Questa volta però le Regioni sembra abbiano scelto di omologarsi, così, pare, non ci saranno "figli & figliastri".

Ma facciamo un po' il punto. Nuovi LEA riabilitativi significa che in seguito alla visita Fisiatrica ambulatoriale potranno essere emessi solamente PRI comprendenti Rieducazione Motoria (più o meno diversamente definita e descritta) e, come Terapia Fisica, solamente l'Elettrostimolazione e le Onde d'urto focalizzate. Nota positiva, esisteranno alcuni codici di Rieducazione Motoria che contemplano anche una terapia fisica (ma allora la terapia fisica serve o no?!?), tuttavia mi arrovello da mesi con una domanda cui non riesco a dare risposta: ma per il paziente cronico, quello artrosico, o quello con una patologia tendinea da sovraccarico e per il quale esistono controindicazione alla terapia con onde d'urto focalizzate, cosa potremo mai prescrivere? E sia ben chiaro che questa è la tipologia del paziente che affolla ben oltre il 50% delle agende di visita ambulatoriale.

Nel cercare di darmi una risposta, mi si sono affacciate visioni inquietanti di liste d'attesa infinite e sempre più lunghe per accedere alla rieducazione motoria, perché, se non verrà meno la tacita direttiva comune nel settore pubblico di prescrivere solo (o comunque preferibilmente) prestazioni in regime SSN, non ci sarà via di scampo ed il rischio di prescrizioni di *dubbia appropriatezza* aumenterà in modo esponenziale.

Ma anche la prescrizione spesso più "trasversale" che ha luogo nel settore privato accreditato e che cerca di integrare prestazioni LEA con prestazioni a carico dell'assistito non migliorerà: riuscirà ad essere trattato solo chi potrà farsi carico delle prestazioni prescritte, perchè è indubbio che la rieducazione motoria non è sempre appropriata: rieducazione motoria per una rizoartrosi o per un lombalgico che potrebbe



tranquillamente frequentare un buon corso di Pilates una volta risolta la fase acuta o per una epicondilitis o anche per una spalla algica ma senza limitazioni funzionali?? E questi sono solo alcuni esempi che scatenano le mie perplessità.

E' indubbio che un vantaggio sarà rappresentato dalla scrematura di tutti quegli affezionati assistiti che sistematicamente, un volta all'anno, si presentavano all'appuntamento fisso per fare "le solite terapie": giusto quei 2 o 3 Kg di ultrasuoni e di TENS... Però ricordiamoci che sarebbe stato sufficiente (magari anche più professionale, no?) evitare -anche negli anni addietro- quelle prescrizioni inutili senza arrivare all'estremo di abolire tutto per tutti. Certo, a costo di apparire rigidi o poco disponibili agli occhi dei "soliti noti", ma a tutela di chi invece avrebbe necessità di quelle prestazioni che di fatto non esisteranno più.

Quindi:

- 1) nella visione più ottimistica (ma chi ci crede???) verranno presi in carico solo quei casi che necessitano veramente di rieducazione motoria (post-chirurgici, post-traumatici, patologie acute - con qualche riserva in quest'ultimo caso perché senza un approccio antalgico la KT diventa spesso di difficile attuazione) consentendo così uno snellimento delle liste di attesa a vantaggio di chi necessita veramente di tempi rapidi
- 2) nella visione temo più realistica, verrà prescritta rieducazione motoria a tutti, allegramente, per non incorrere nelle ire (più che giustificate) di chi ancora si illude che esista un Servizio Sanitario "Papà", che si prende cura di tutti i suoi figli in modo gratuito; e questo comporterà un numero imbarazzante di prescrizioni inappropriate
- 2) aumenterà a dismisura la prescrizione ed il consumo di farmaci per la gestione del dolore (alimentando così altre branche specialistiche della Medicina) e sempre più condizioni cliniche tenderanno a cronicizzare. Ma qualcuno controllerà la spesa per i farmaci? Certo che diverse case farmaceutiche saranno ben liete di queste novità, perché è prevedibile un verosimile aumento del loro fatturato....
- 3) solamente il fortunato che potrà pagare di tasca propria riuscirà ad avvalersi di prestazioni riabilitative per gestire una cronicità con cui molti pazienti devono fare i conti quotidianamente. E qui mi domando se qualcuno monitorerà i giorni di assenza dall'attività lavorativa e quanto questi numeri incideranno sulla spesa pubblica: i dati del Ministero della Salute di pochi anni fa identificavano la lombalgia quale responsabile del 4% delle giornate lavorative perse per malattia, ma presumibilmente questo dato percentuale si impennerà.

Quindi per ora noi ambulatoriali ce ne stiamo tranquilli, accogliendo i nostri assistiti come al solito ma sapendo che sulle loro teste i Nuovi LEA incombono peggio di una spada di Damocle: scrutiamo il panorama fuori dalle nostre finestre, come chi sa che un temporale sta arrivando, e che probabilmente, lungo il percorso, acquisirà intensità trasformandosi in un tifone.



Intanto le nubi si stanno addensando e noi, ma soprattutto i cittadini, ce ne siamo senza ombrello e senza riparo perché, *illo tempore*, ai tavoli di discussione ministeriale “qualcuno” si è dimenticato di far sentire la propria voce.



QUELLA LESIONE MISTERIOSA

Accursio Miraglia

Consulente tecnico presso il Tribunale di Sciacca

Direttore sanitario "Centro di Educazione Psicomotoria", Sciacca (AG)

Giunge alla mia osservazione nel novembre 2023 una signora vittima di un incidente sul lavoro, che mi incarica di valutare se il danno biologico riconosciuto dall'INAIL, alla luce degli esiti patiti, sia congruo oppure se vi siano le condizioni per un ricorso.

La signora, che chiameremo Anna, una mattina di maggio del 2023, scendendo a piedi la scala che mette in comunicazione due piani dell'hotel presso il quale si occupa di rigovernare le camere, metteva un piede in fallo e cadeva rovinosamente, riportando un trauma da difesa all'arto superiore sinistro. Trasportata presso il pronto soccorso del locale ospedale, le veniva diagnosticata la frattura composta della metafisi distale del radio sinistro, trattata incruentamente con immobilizzazione. Alla rimozione dell'apparecchio gessato la paziente lamentava un deficit di estensione ed abduzione del pollice sinistro, che appariva "cadente".





La paziente, che aveva nel frattempo iniziato un trattamento riabilitativo, il 22 giugno 2023 veniva sottoposta a TC del polso che evidenziava “postumi di frattura metafisaria distale composta del radio con discreta reazione ossea riparativa; permane riconoscibile rima di frattura. Concomita lieve irregolarità del profilo corticale al versante dorsale del radio come da possibile pregresso distacco parcellare in fase di consolidazione. Modica imbibizione fluida dei tessuti molli perischeletrici a livello dell'articolazione radio-carpica”.

Il 28-06-23 la signora Anna si recava a visita di controllo presso il reparto di Ortopedia dell'ospedale di zona, il cui referto recitava: “postumi di frattura epifisi distale radio sx di quasi due mesi fa torna per persistere di algia.

Si visiona TC che conferma i postumi di frattura epifisi distale radio. Ha eseguito alcuni cicli di fkt. In atto algia alla digitopressione lungo l'intero decorso dell'estensore radiale lungo e breve del carpo con algia esacerbata all'estensione attiva contro resistenza. No deficit vascolo-nervosi. No motilità preternaturale. Si prescrive: eseguire fisioterapia per rinforzo muscolare, eseguire tens terapia tecar terapia Tendijoint forte s/ 1x2 cp al giorno per 45 giorni, indossare per 15 giorni tutore come da foglio allegato da dismettere più volte al giorno per fare fisioterapia, Brufen 600 mg s/ 1 cp al giorno al bisogno, si invia al ps per competenza”.

La lettura di questo referto lascia perplessi: com'è possibile che all'epoca non sia stato evidenziato nessun deficit? La paziente porta in visione delle fotografie dell'arto ancora in gesso in cui già si evidenziava un atteggiamento patologico del pollice.

Ma la storia clinica della signora Anna è di la dal concludersi: viene sottoposta, nel mese di agosto 2023, a RX polso (che evidenzia esiti di frattura a carico dell'estremità distale del radio consolidata in asse) e ad una ecografia mano/polso (versamento nella trapezio-metacarpale. Degenerazione iposonica ed ispessimento del flessore del terzo dito nel tratto distale).

Nel novembre 2023, come detto, viene a visita presso il mio studio per inquadramento medico-legale. Appare evidente che qualcosa nell'iter diagnostico è andato storto, perché la diagnosi clinica è molto lontana dal fotografare la situazione della paziente. Sembra ci si sia concentrati sull'aspetto osteo-tendineo del danno, ma all'esame obiettivo è chiaramente rilevabile un atteggiamento patologico del segmento verosimilmente legato ad un deficit di forza in estensione e abduzione del pollice.

Ponendo il sospetto di una lesione nervosa periferica invio la paziente da un neurologo per una valutazione clinica ed elettromiografica. Il collega, visitata la paziente, si rifiuta di eseguire l'esame strumentale e le prescrive una nuova ecografia, ponendo il sospetto di una lesione tendinea.

La signora Anna torna a controllo e conveniamo che, considerato che il movimento è debole ma non assente, non pare possibile imputare il quadro ad una lesione tendinea.

La paziente, pur dubbiosa, si sottopone comunque a questa seconda ecografia (06-12-23) che evidenzia “Versamento peritendineo dell'estensore breve ed abduttore lungo del pollice. Assenza di versamenti articolari e lesioni tendinee del pollice”.



Con questo referto la signora Anna, a sette mesi dall'incidente, ritorna nuovamente presso il reparto di Ortopedia del locale ospedale. Il referto recita:

“ANAMNESI

pregressa frattura epifisi distale del radio trattata in gesso. Rimosso nei tempi il tutore lamenta dolore e limitazione funzionale al I dito mano sx, eseguita ecografia con riscontro di tendinopatia del flessore del I dito praticava terapia riabilitativa e farmacologica con scarsi risultati

ESAME OBIETTIVO

limitazione in flessione attiva della falange distale del I dito mano sx

DIAGNOSI VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

tendinopatia del I dito flessore lungo mano sx

NOTE

Si consiglia rivalutazione fisiatrica per trattamento con Tecar terapia. Pr Deltacortene 25 mg cp s una cp ore 8.00 per 7 giorni poi 1/2 cp ore 8.00 per altri 3 giorni applicare borsa di ghiaccio per 15 minuti più volte al giorno”.

Ancora una volta si imputa il problema ad una tendinopatia, ma l'esame obiettivo fotografa una situazione molto diversa da quella reale. La paziente, infatti, non ha una limitazione in flessione ma ha una severa ipostenia, deficit dell'estensione e dell'abduzione del pollice, quantificabile in 2+/5 sulla scala MRC (il movimento è impossibile anche solo contro gravità).

La signora Anna ritorna a controllo presso il mio studio con la prescrizione ortopedica, Tecar terapia che rifiuto di seguire.

Invece, d'accordo con la paziente, contatto un secondo neurologo.

Stavolta decido di chiamare prima il collega, esponendo a voce il caso. Concordiamo che sia plausibile una lesione post traumatica o da compressione di un ramo del nervo radiale, e viene programmata una valutazione clinica e strumentale.

Il 26-01-24 il calvario diagnostico della paziente termina: l'elettromiografia, che ha analizzato l'abduuttore lungo del pollice, l'estensore breve del pollice e l'estensore proprio dell'indice di sinistra evidenzia una sofferenza neurogena, senza denervazione in atto, nei muscoli esaminati.

La diagnosi è quella di lesione parziale del nervo interosseo posteriore sinistro.



-) Le lesioni del nervo interosseo posteriore (Risitano, Spata, Coppolino), Acta Orthopaedica Italica, volume 36, anno 2013
-) Le sindromi da intrappolamento del nervo radiale (Cannavò, Risitano), Acta Orthopaedica Italica, volume 42, anno 2019
-) Le fratture di avambraccio (Berizzi, Angelini, Pala, Biz, Trovarelli, Ruggieri), Lo scalpello (2018) 32, 271-279.



LE TENDINOPATIE DELL' ARTO SUPERIORE: NUOVE SOLUZIONI INFILTRATIVE CON COLLAGEN MEDICAL DEVICES

C.E. Zaolino, V. Vismara, P. Arrigoni



THERAPEUTICS

C.E. Zaolino, V. Vismara,
P. Arrigoni

RIASSUNTO

Il dolore cronico è un sintomo molto debilitante per l'individuo. Nel 70% circa dei pazienti questa condizione sembra riconoscere un'eziologia infiammatorio-degenerativa del Tessuto connettivo che colpisce prevalentemente l'Apparato muscolo-scheletrico. Il collagene di tipo 1 rappresenta la struttura portante delle capsule articolari, dei tendini (97%) e dei legamenti (85%). – In condizioni fisiologiche, la qualità e la quantità di collagene garantiscono il movimento ottimale delle articolazioni. Ad oggi, il trattamento delle Artro-reumatopatie si basa sull'utilizzo combinato di trattamenti farmacologici, riabilitativi e interventi chirurgici. Dal 2010 i Dispositivi medici a base di collagene sono un'arma a disposizione dell'ortopedico per il trattamento delle patologie dell'Apparato muscolo-scheletrico. Il collagene presente nei Dispositivi medici ad azione locale agisce come un *bio-scaffold* di matrice extra-cellulare attraverso la deposizione delle fibrille collagene nella regione danneggiata. Nonostante siano ancora relativamente pochi gli studi clinici randomizzati che valutano l'efficacia di questi Dispositivi medici, la terapia infiltrativa con collagene è una possibile opzione nel trattamento del dolore laterale di gomito in caso di Tendinopatia del tendine comune degli estensori e del dolore correlato a sofferenza tendinea del muscolo sovraspinato. Inoltre, la terapia infiltrativa con collagene sembra essere promettente anche nel trattamento del dolore mediale di gomito causato da Tendinopatia, nella Tendinopatia del bicipite e del tricipite. Sono necessari ulteriori studi per approfondirne l'efficacia e la modalità di somministrazione.

PAROLE CHIAVE COLLAGENE, COLLAGEN MEDICAL DEVICES, TRATTAMENTO INFILTRATIVO, TRATTAMENTO CONSERVATIVO, TENDINOPATIA, EPICONDILITE, EPITROCLEITE, CUFFIA DEI ROTATORI, CAPSULITE ADESIVA

SUMMARY: Chronic pain is a very debilitating condition. In approximately 70% of patients this appears to have an inflammatory-degenerative connective tissue etiology, predominantly affecting the Musculoskeletal Apparatus. Type 1 collagen represents the supporting structure of joint capsules, tendons (97%) and ligaments (85%). In physiological conditions, the quality and quantity of collagen guarantee optimal joint motion. To date, the treatment of arthrorheumatopathies is based on the combined use of pharmacological treatments, rehabilitation treatments, and surgery. Since 2010, collagen-based Medical Devices have been a weapon available to orthopedists for the treatment of

LE TENDINOPATIE DELL'ARTO SUPERIORE – NUOVE SOLUZIONI INFILTRATIVE CON COLLAGEN MEDICAL DEVICES

UPPER LIMB TENDINOPATHIES – NEW INFILTRATIVE SOLUTIONS WITH COLLAGEN MEDICAL DEVICES

INTRODUZIONE

Il dolore cronico è un sintomo molto debilitante e diffuso. Nel 70% circa dei pazienti questa condizione sembra avere un'eziologia infiammatoria-degenerativa che colpisce

prevalentemente l'Apparato muscolo-scheletrico.

– Con il termine Artro-reumatopatie si identifica un insieme di patologie infiammatorie e/o degenerative del Tessuto connettivo caratterizzate da disordini del collagene.

pathologies of the Musculoskeletal Apparatus. The collagen present in locally acting Medical Devices acts as an extracellular matrix bio-scaffold through the deposition of collagen fibrils in the damaged region. Although there are still relatively few randomized clinical trials evaluating the efficacy of these Medical Devices, injection therapy with collagen is a possible option for the treatment of lateral elbow pain in case of Tendinopathy of the common extensor tendon and pain related to a supraspinatus Tendinopathy. Furthermore,

collagen infiltrative therapy appears to be promising in the treatment of medial elbow pain caused by Tendinopathy, biceps and triceps Tendinopathy. Further studies are necessary to investigate its efficacy and method of administration.

KEY WORDS: COLLAGEN, COLLAGEN MEDICAL DEVICES, INJECTION THERAPY, CONSERVATIVE TREATMENT, TENDINOPATHY, EPICONDYLITIS, EPITROCLEITIS, ROTATOR CUFF, ADHESIVE CAPSULITIS

Il collagene è una proteina strutturale della matrice extracellulare, sintetizzata ed escreta dai tenociti (fibrociti); rappresenta il 5-6% del peso corporeo umano.

L'organizzazione e la composizione qualitativa e quantitativa del collagene determinano le caratteristiche organolettiche dei diversi Tessuti connettivi. Anche se nei Mammiferi sono stati identificati fino a 21 tipi diversi di collagene, il più comune è il collagene tipo 1 che rappresenta la *struttura portante* non solo dell'epidermide, ma anche delle capsule articolari, dei tendini (97%) e dei legamenti (85%).

– In condizioni fisiologiche, la qualità e la quantità di collagene garantiscono – quindi – il movimento e l'escursione articolare ottimale.

I processi degenerativi a carico delle fibre collagene, spesso promossi dalla presenza di radicali liberi e di infiammazione tipici degli stati di sovraccarico, invecchiamento o infortunio, causano una neo-fibrillogenesi lenta e imperfetta.

– Questa riparazione spontanea porta non solo alla neo-formazione di fibre disallineate, discontinue e giustapposte, molto più simili a quelle fetali rispetto a quelle dell'adulto, ma promuove anche fenomeni di neo-angiogenesi che attraggono *cluster* di cellule infiammatorie che alimentano e sostengono il processo degenerativo.

Le alterazioni architettiche delle fibre collagene sono frequentemente alla base di molte Artro-reumopatie. In queste condizioni, infatti, si assiste alla perdita della caratteristica anisotropia del collagene. In questo modo viene a mancare la comunicazione bidirezionale tra i fibroblasti ed il microambiente che li ospita; in termini biologici questo si traduce in una riduzione dell'attività di deposizione del collagene la cui conseguenza è la ridotta riparazione tissutale.

L'età, l'usura, l'immobilizzazione delle articolazioni ed i traumatismi, così come la carenza di macro/micronutrienti

e l'abuso di alcuni farmaci (principalmente corticosteroidi e FANS) possono accelerare i processi degenerativi a carico del collagene tipo 1 e – pertanto – portare allo sviluppo di dolore cronico.

– Diversi studi suggeriscono che l'iperlassità periarticolare, spesso associata ad alterazioni del collagene tipo 1, possa essere una delle cause primarie di dolore articolare.

In questi pazienti, le strutture osteo-cartilaginee vengono sottoposte a carichi eccessivi e mal distribuiti.

Le articolazioni si usurano con il tempo, esitando in quadri di franca Artrosi.

– In questo modo al dolore extra-articolare si aggiunge il dolore intra-articolare, spesso di tipo infiammatorio, che aggrava la sintomatologia.

Ad oggi, il trattamento delle Artro-reumopatie include diverse terapie; spesso si basa sull'utilizzo combinato di trattamenti non farmacologici (Onde d'urto, Magnetoterapia, Tecarterapia, Lasertoterapia, Agopuntura), trattamenti farmacologici convenzionali (Paracetamolo, FANS, Cortisonici) o non convenzionali (Omeopatici, medicinali BrSM, Fitoterapici), trattamenti riabilitativi (Fisioterapia assistita) e chirurgici (impianto di componenti protesiche o di artrodesi). La viscosupplementazione con Ac. ialuronico, grazie alla sua azione lubrificante e ammortizzante, somministrata per via infiltrativa prevalentemente nelle articolazioni di anca, ginocchio e spalla, si è dimostrata efficace nel ridurre la sintomatologia algica, nonostante non sia stato ancora chiarito quali siano i pazienti che ne traggano maggiormente beneficio.

– Dal 2010 i dispositivi medici a base di collagene (Collagen Medical Devices) sono un'arma ulteriore a disposizione dell'ortopedico (e non solo) per il trattamento delle patologie dell'Apparato muscolo-scheletrico. I Collagen MDs sono costituiti da collagene tipo 1 estratto da derma di origine suina cui sono associati eccipienti ausiliari di origine naturale specifici e dedicati secondo il Distretto anatomico interessato.

Questi dispositivi possono essere utilizzati singolarmente o in associazione tra loro in base alle esigenze cliniche; sono utilizzati localmente attraverso iniezioni peri-articolari, intra-articolari, sottocutanee e/o intradermiche (a livello dei *trigger point* o dei reperi utilizzati in Agopuntura) o, in subordine, per via sistemica attraverso iniezioni intramuscolari.

- Il collagene presente nei Collagen MDs agisce da *bio-scaffold* di matrice extra-cellulare attraverso la deposizione delle fibrille di collagene nella regione danneggiata.

– In questo modo rafforza la struttura anatomica e funzionale delle fibre collagene delle strutture che le contengono.

Allo stesso tempo il collagene fornisce un supporto meccanico alle aree coinvolte, ripristinando l'anisotropia del Tessuto.

– Studi preclinici hanno dimostrato come i Collagen Medical Devices inducano nei tenociti un fenotipo anabolico stimolando la proliferazione e la migrazione degli stessi e la sintesi, la maturazione e la secrezione di collagene tipo 1 attraverso l'aumento delle condizioni di anisotropia (1).

Contemporaneamente, studi clinici riportano come l'efficacia del collagene sia simile a quella dell'Ac. ialuronico nel controllo del dolore osteoarticolare (2), e maggiore rispetto agli anestetici locali nel controllo dolore lombare e miofasciale (3).

Nella pratica clinica le infiltrazioni con collagene non solo risultano sicure e di facile gestione, ma sembrano avere anche le seguenti funzioni:

- 1) induzione dei processi di riparazione e rimodellamento
- 2) aumento della velocità di recupero funzionale
- 3) consolidamento e stabilizzazione dei risultati raggiunti anche con altri interventi terapeutici
- 4) controllo secondario della sintomatologia dolorosa.

– Focalizzando l'attenzione sull'arto su-

periore, i Collagen MDs sono stati utilizzati in diverse patologie infiammatorie e tendinee e, più nello specifico, in caso di Epicondilita, Epitrocleite e Tendinopatia della cuffia dei rotatori. Tuttavia, ad oggi, sono ancora relativamente pochi gli studi clinici randomizzati che ne valutino l'efficacia in questi Distretti.

GOMITO

EPICONDILITE O GOMITO DEL TENNISTA

L'Epicondilita (*Tennis Elbow*), uno dei principali motivi di valutazione ortopedica per dolore al gomito, è stata descritta per la prima volta da Ferdinand Runge nel 1873 come una patologia degenerativa cronica dei tendini estensori alla loro inserzione omerale.

La prevalenza della Epicondilita nella popolazione generale è dell'1-3%.

La diagnosi è clinica; il paziente lamenta un dolore laterale di gomito esacerbato dalla digitopressione e dall'estensione del polso contro-resistenza.

La diagnostica strumentale di secondo livello (artro-TC o artro-RMN) può essere utile nella diagnosi differenziale tra Epicondilita e condizione di **micro-instabilità di gomito (SMILE)**.

Nel secondo caso, la clinica dolorosa del paziente sottende una iperlaxità legamentosa, specialmente della **banda radiale del legamento collaterale laterale (R-LCL) (FIG. 1)**.

Questa condizione porta sia all'infiammazione delle strutture tendinee che cercano di contrastarla, sia allo sviluppo di Condropatia. Clinicamente questi pazienti sono caratterizzati da una positività ai test di *SALT and PEPPER (Supination and Antero-Lateral Pain/Posterior Elbow Pain by Palpation-Extension of the Radiocapitellar joint)* (4).

– Nella maggior parte dei casi l'Epicondilita è una condizione autolimitantesi: i sintomi regrediscono frequentemente dopo 12-18 mesi dall'insorgenza.

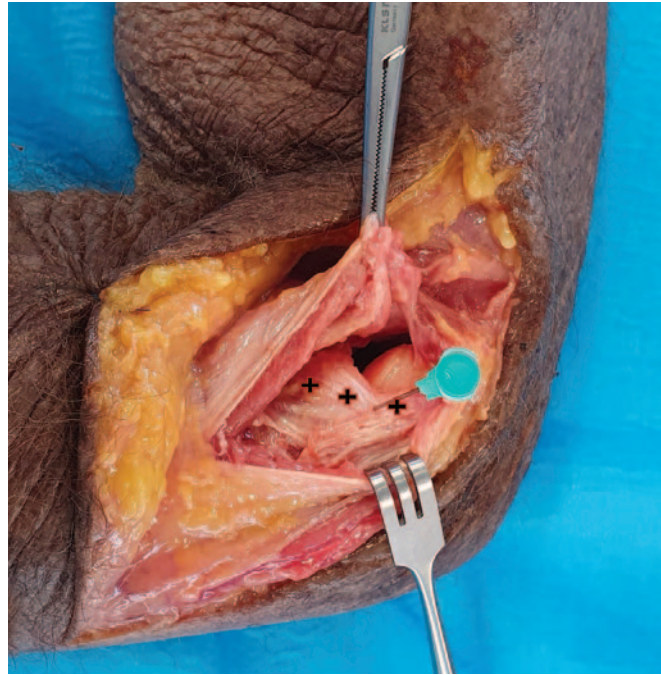


FIG. 1

Preparato anatomico delle strutture osteo-legamentose del comparto laterale del gomito, in particolare della banda del legamento collaterale laterale (R-LCL).

Il riposo e gli antinfiammatori sono la prima linea di terapia. Sono diversi i trattamenti conservativi proposti in letteratura, ma nessuno ha dimostrato una superiorità di efficacia (5).

Metanalisi più recenti si sono interrogate su quale sia il ruolo delle infiltrazioni in questa patologia cronica, sia nel breve sia nel medio termine.

I risultati a medio termine, a 6 mesi, non sono incoraggianti: sembra infatti che l'infiltrazione di corticosteroidi non comporti alcun vantaggio rispetto all'infiltrazione di soluzione salina (6).

Tuttavia, nel breve periodo, a 4 settimane (7), il corticosteroide si è dimostrato un valido strumento nel controllo del dolore, confrontato con il placebo. Se il corticosteroide e le onde d'urto, da tempo utilizzate per questa patologia, agiscono prevalentemente sul dolore, le nuove terapie rigenerative (PRP e collagene) o eventualmente la plicatura del R-LCL sembrano migliorare la patologia.

Anche le ortesi e le onde d'urto risultano efficaci per il controllo del dolore nel breve periodo (4 settimane). Per quanto riguarda i trattamenti di medicina rigenerativa, le *review* e le metanalisi sono ancora poche e con dati eterogenei. I trattamenti rigenerativi, la laserterapia

(non discriminata sulla base della potenza del laser) e la terapia con tossina botulinica risultano invece più efficaci nel controllo del dolore sul medio termine (5-26 settimane).

Nel lungo periodo, il trattamento con onde d'urto sembra garantire risultati migliori in termini di VAS (8) rispetto al trattamento con cortisonici; inoltre l'efficacia del trattamento con onde d'urto è indipendente dal tipo di metotidica utilizzata (onde d'urto radiali o focali).

Corrado *et Al.* (9) hanno valutato gli effetti delle iniezioni locali di collagene suino tipo 1 (5 iniezioni ad intervalli settimanali) sul dolore e la disabilità nei pazienti con Epicondilita.

– I risultati a 1 e 3 mesi evidenziano la riduzione significativa del dolore e il miglioramento della funzionalità rispetto alla condizione basale dei pazienti arruolati. Questo studio pilota dimostra come i Collagen MDs ottengano risultati paragonabili a quelli di Ac. ialuronico e di corticosteroide.

Nelle forme resistenti alle terapie conservative si devono ricordare le patologie da instabilità legamentosa e soprattutto le lesioni legamentose croniche dei Tessuti molli.

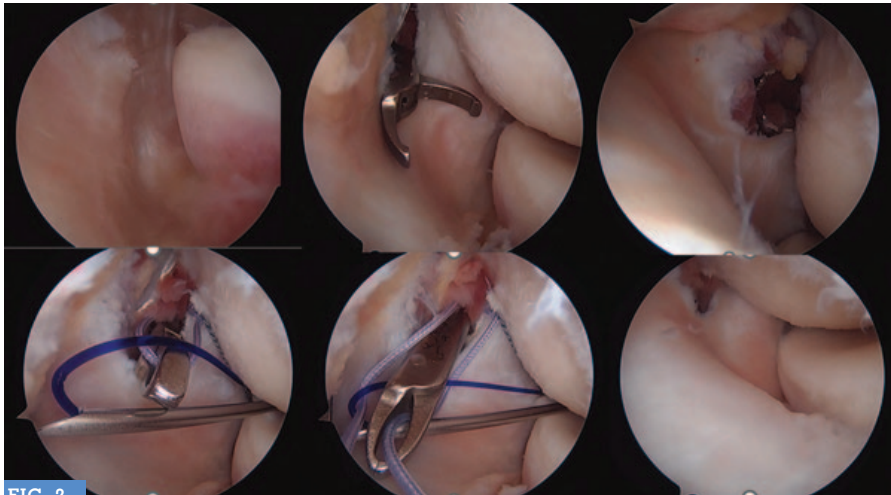


FIG. 2

Sequenza di immagini che illustra la procedura artroscopica di plicatura della banda radiale del R-LCL.

Questa instabilità ha origine da microtraumatismi ripetuti che portano alla elongazione del R-LCL e allo sviluppo di SMILE.

– Dal punto di vista artroscopico diagnostico il quadro è caratterizzato da *Annular Drive Through* (ADT), definito come la possibilità che tra la testa del capitello radiale e il legamento anulare vi sia la possibilità di passare attraverso uno *shaver* di 4.2 mm; *R-LCL Pull-up Sign* (RPS), definito come la possibilità di mobilizzare la banda radiale del collaterale laterale per più di 1 cm nella direzione del *capitulum humerii*; *Loose Collar Sign* (LCS), definito come l'esposizione del collo del capitello radiale oltre la porzione cartilaginea quando il gomito è flesso a 90°; sinovite anteriore e/o anteromediale; *Chondropathy of the Lateral Aspect of the Capitellum* (CLAC) (Condropatia dell'aspetto laterale del *capitulum*); lesione laterale della capsula a livello dell'articolazione radio-omerale e Condropatia antero-superiore del capitello radiale (10).

Se il trattamento conservativo dovesse fallire, l'intervento chirurgico di sinoviectomia e fasciotomia del tendine estensore breve radiale del carpo, eventualmente associato alla riparazione/reinserzione dello stesso, può essere effettuato con approccio *open*, percutaneo o artroscopico, nei casi in cui si sospetti un'Epicondilitis pura.

Nel caso di SMILE il trattamento di scelta è la plicatura artroscopica della banda radiale del legamento collaterale laterale e ritensionamento della stessa a livello omerale utilizzando un'ancora a una o più suture (11) (FIG. 2).

La tecnica produce una buona soddisfazione del paziente e buoni risultati clinici. Nonostante questa tecnica abbia dimostrato efficacia, può portare alla perdita di estensione post-operatoria. Pertanto, è necessario sottolineare come questo intervento sia indicato in particolare nei casi di dolore resistente alle terapie conservative.

– Il collagene risulta essere un'ottima soluzione, soprattutto in termini di analisi costi/benefici per il paziente rispetto ad altri trattamenti.

EPITROCLEITE O GOMITO DEL GOLFISTA

Analogamente all'Epicondilitis, l'Epitrocleite (*Golfer's elbow*), è stata descritta come una tendinosi della massa dei flessori-pronatori alla loro origine omerale nell'area dove si uniscono il flessore radiale del carpo e il pronatore rotondo.

Ha una prevalenza inferiore all'Epicondilitis (<1%), e sembra essere causata da microtraumi ripetuti che causano un'iperplasia angiofibrotica.

I soggetti più a rischio sono i carpentieri, gli idraulici e gli atleti *overhead*.

– Dalla letteratura scientifica si evince che la terapia infiltrativa per il controllo del dolore mediale trova spazio solo nel trattamento del dolore non controllato dalle terapie fisiche (12); le terapie infiltrative, inoltre, non sembrano accelerare il miglioramento della sintomatologia dolorosa. Il trattamento con corticosteroidi si rivela efficace rispetto all'utilizzo di anestetici locali (13), ma – come per l'Epicondilitis – viene evidenziato un vantaggio solo nella gestione del dolore nel breve periodo (6 settimane), mentre questo vantaggio non si riscontra a 3 mesi e a 1 anno dal trattamento. Stahl (13) indica – inoltre – gli svantaggi relativi alla terapia corticosteroidica locale come l'atrofia adiposa e la discromia cutanea.

Benché esista un vantaggio, pur limitato nel tempo, nel trattamento dell'Epitrocleite con corticosteroidi, la stessa terapia non dimostra alcun vantaggio nella gestione del dolore causato da altre patologie, che possono manifestarsi con un dolore mediale di gomito, quali la lesione del **legamento collaterale mediale (LCM)**, le neuriti del nervo ulnare e la *Snapping Triceps Syndrome*. La diagnosi differenziale è, quindi, fondamentale.

In caso di lesione del LCM in atleti professionisti è stata proposta la terapia infiltrativa PRP che sembra evidenziare ottimi risultati anche nel breve periodo, con un precoce ritorno all'attività sportiva in 12 settimane.

– In questo spazio di trattamento trova il proprio spazio anche il trattamento con i Collagen MDs utilizzati mediante infiltrazioni ecoguidate.

Alla valutazione clinica i pazienti candidati al ritensionamento artroscopico non presentano un deficit di articolazione, ma lamentano un dolore a livello mediale che può essere evocato alle manovre dinamiche senza riscontro di un'instabilità maggiore.

La lesione può essere visualizzabile alla RMN basale in casi importanti o può necessitare di esami di secondo livello come l'artro-TC o l'artro-RM, che consentono di identificare le lesioni legamentose e i difetti cartilaginei con precisione.

Il LCM collaterale mediale è composto da 3 bande (FIG. 3): la banda anteriore, la banda posteriore e la banda trasversa.

– La banda anteriore rappresenta il principale stabilizzatore del gomito negli stress in valgo e fornisce un contributo di circa il 30% a 0° di flessione e maggiore del 50% a 90°.

Le elongazioni del LCM, dovute a microtraumi/stress ripetuti, come nel caso del LCL sopraccitato, possono portare allo sviluppo di una condizione di microinstabilità dolorosa a livello mediale.

La maggior parte di queste lesioni, in riferimento alla classificazione di Marinelli *et Al.* (14), rientra nelle instabilità dovute a lesioni croniche ricorrenti dei Tessuti molli.

Da uno studio condotto su cadavere si è evidenziato come nel gesto del lancio le forze tensili raggiungano valori maggiori (290N) rispetto a quelli tollerati dalla banda anteriore (260N).

Pertanto, gestualità ripetute possono portare ad accumulo di microtraumi ed esitare nello sviluppo di una elongazione cronica del legamento da *overuse*.

La tecnica chirurgica in artroscopia prevede il ritensionamento con l'utilizzo di un'ancora ad una o più suture per ritensionare la banda anteriore del LCM.

– Questa procedura trova la sua indicazione nel trattamento di pazienti con dolore mediale ricorrente in assenza di segni di instabilità importante in soggetti con richieste funzionali medio-basse e con dolore resistente al trattamento conservativo.

TENDINOPATIE DI M. TRICIPITE E M. BICIPITE BRACHIALE

Ad oggi, in letteratura scientifica esistono poche evidenze sull'utilizzo delle te-

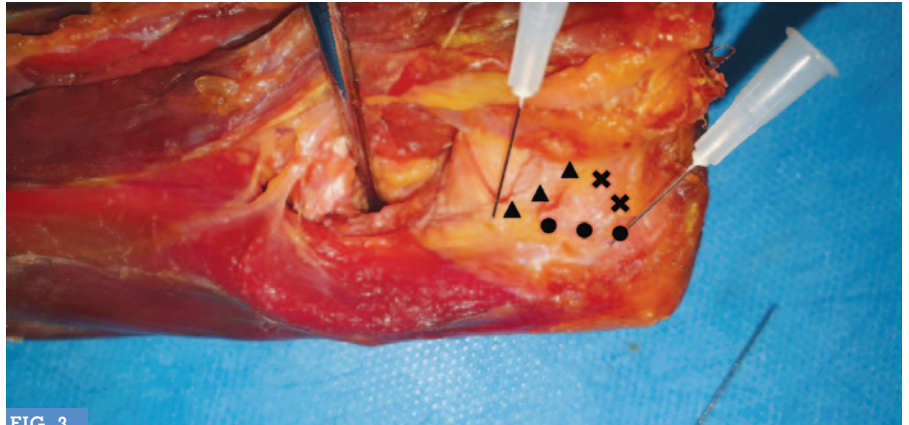


FIG. 3

Preparato anatomico con esposizione del complesso legamentoso del LCM: banda anteriore (triangoli), banda posteriore (croci) e banda trasversa (pallini).

rapie infiltrative in casi di Tendinopatie riguardanti il m. tricipite o il m. bicipite brachiale.

– Il trattamento PRP o con collagene può essere preso in considerazione per il trattamento delle Tendinopatie ribelli al trattamento conservativo del m. tricipite.

L'indicazione al trattamento di queste patologie con la terapia infiltrativa PRP è ancora debole e necessita di ulteriori studi.

L'utilizzo di infiltrazioni ecoguidate di PRP sembra dare buoni risultati nel caso di tendiniti distali del m. bicipite brachiale (15).

SPALLA

TENDINOPATIA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI

Le patologie che interessano i tendini della cuffia dei rotatori (CDR) sono molto comuni e variano dalle Tendinopatie alle lesioni parziali e lesioni complete.

Negli individui > 70 anni la prevalenza di queste lesioni raggiunge il 50%.

Sebbene possano essere interessati tutti i tendini della CDR, il tendine più frequentemente coinvolto è quello del m. sovraspinato.

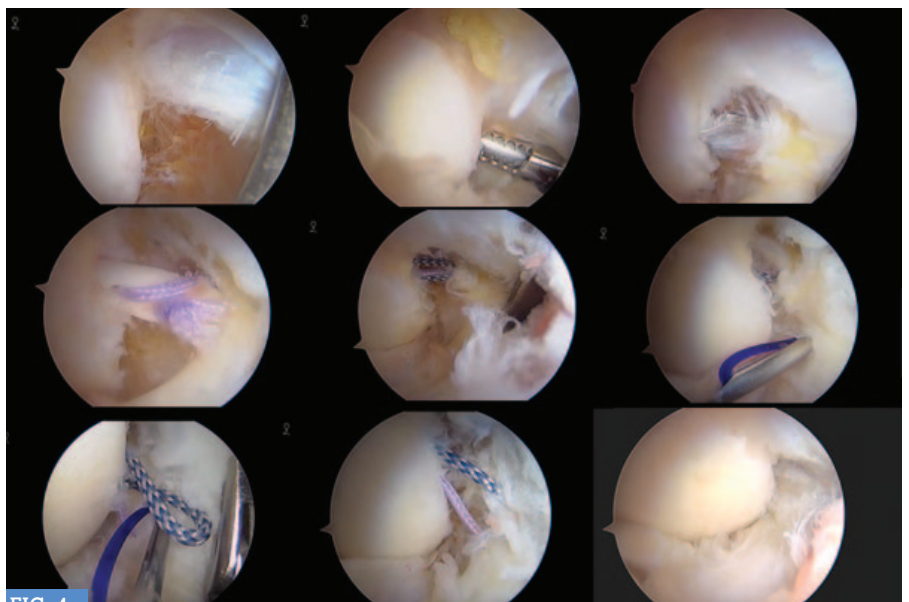


FIG. 4

Sequenza di immagini che illustra la procedura artroscopica di plicatura del LCM.

L'eziologia può essere traumatica; spesso diversi fattori intrinseci, quali una alterata vascolarizzazione e patologie del Tessuto connettivo, possono portare alla sofferenza di questi tendini.

Il danno tendineo è frequentemente la conseguenza di fattori intrinseci ed estrinseci.

– Clinicamente i pazienti riferiscono dolore, soprattutto notturno, e impotenza funzionale che compromette le attività quotidiane, specialmente nell'elevazione dell'arto tra i 60° e i 120°, meglio definito come "arco di movimento doloroso".

– L'obiettivo del trattamento è il miglioramento della sintomatologia algica e il recupero funzionale dell'articolarietà della spalla.

Nelle lesioni croniche, frequentemente su base degenerativa, il trattamento conservativo si basa sull'utilizzo di antinfiammatori, riposo, fisioterapia ed eventuali infiltrazioni. L'infiltrazione di cortisone intra-articolare permette la risoluzione della sintomatologia dolorosa nel breve termine, ma potrebbe ulteriormente aggravare la Tendinopatia, se infiltrato a livello intra-tendineo.

Il suo utilizzo non deve essere reiterato nel tempo. Qualora il trattamento conservativo fallisse, si potrebbe optare per un intervento chirurgico di riparazione artroscopica della CDR.

In caso di degenerazione artrosica di tutta l'articolazione gleno-omerale, l'impianto di protesi inversa di spalla è il *gold standard* di trattamento.

Nel caso di lesioni post-traumatiche acute si preferisce aggredire la patologia con un intervento chirurgico artroscopico fin da subito, per permettere un recupero funzionale migliore.

– Il trattamento infiltrativo con Collagen MDs trova indicazione e spazio nelle Tendinopatie della cuffia dei rotatori, così come nelle lesioni parziali.

La Tendinopatia spesso insorge in seguito ad un sovraccarico funzionale che comporta l'attivazione cellulare e l'aumento dei proteoglicani, e quindi un'al-

terazione della matrice collagenica.

Corrado *et Al.* (16) hanno evidenziato come, in seguito al trattamento con un ciclo di 4 infiltrazioni di collagene porcino tipo 1, sotto guida ecografica, a livello del sito di minore ipocogenicità del tendine, si evidenzia un miglioramento del 30% della qualità tendinea alla valutazione ecografica e un miglioramento degli *score* clinici.

Anche nel trattamento delle lesioni parziali (16) l'utilizzo del collagene sembra essere efficace.

In questi casi gli studi riportati in letteratura hanno livelli di evidenza minori, e sono spesso *case report*.

Questi dimostrano come, già a 3 mesi dopo il trattamento, si evidenzia la regressione della lesione parziale della CDR sia in ecografia sia in RMN.

– A 18 mesi si assiste, invece, ad una vera e propria riparazione della lesione. Gli autori sostengono che il beneficio del trattamento infiltrativo sia relativo alla stimolazione della sintesi di collagene endogeno ed alla riorganizzazione delle fibre patologiche danneggiate.

Si trova conferma di questa ipotesi nel lavoro di Kaizawa *et Al.* (17), progettato su modello animale, in cui 58 spalle sono state trattate per riparazione di una lesione iatrogena della CDR in associazione con un idrogel ricco in collagene di derivazione umana.

In questo studio, alle analisi biomeccaniche, è stata evidenziata sia una maggiore resistenza al carico di rottura sia una maggior robustezza.

Durante la fase di rimodellamento, il Tessuto cicatriziale, composto principalmente da collagene tipo 3, subisce il rimodellamento di collagene tipo 3 a collagene tipo 1. Un rapporto più elevato tra collagene tipo 1 e collagene tipo 3 rende il tessuto più resistente alla rottura. Tuttavia, l'iniezione di collagene nel sito di riparazione non ha accelerato la guarigione dopo la riparazione della CDR e l'analisi istologica semi-quantitativa non ha dimostrato una organizzazione migliore del collagene al controllo a 8 settimane.

CAPSULITE ADESIVA

La capsulite adesiva (*frozen shoulder* o spalla congelata) rappresenta una patologia molto dolorosa della spalla caratterizzata da una progressiva perdita del movimento attivo e passivo su tutti i piani dell'articolazione gleno-omerale, in assenza di cause meccaniche.

– Questa condizione colpisce il 2-5% della popolazione e con maggiore frequenza la popolazione femminile in post-menopausa, tra 40 e 60 anni.

È frequentemente associata a disturbi endocrini, principalmente Diabete mellito, disturbi tiroidei o in pazienti con deficit di corticotropine.

Sono state individuate alcune fasi della patologia: la fase iniziale o infiammatoria prevede una sintomatologia dolorosa importante ma un movimento ancora conservato; è caratterizzata da una progressiva proliferazione fibroblastica, con aumento della produzione di collagene e reclutamento di cellule infiammatorie; nella seconda fase, di *freezing*, il paziente lamenta una progressiva rigidità e dolore, che può durare dai 2 ai 9 mesi; la terza fase, di *frozen shoulder*, è caratterizzata da un irrigidimento progressivo, in assenza di dolore, che può protrarsi per 4-12 mesi; la quarta fase, di *thawing* o scongelamento, è quella risolutiva, in cui avviene la progressiva ripresa del ROM (NdR: ROM = *Range of Motion*) in un arco temporale variabile tra i 12 e i 42 mesi.

Questa patologia è autolimitantesi, spesso bilaterale e condiziona in modo significativo la qualità di vita del paziente. La diagnosi è clinica, con una compromissione totale del movimento articolare, soprattutto evidente durante le rotazioni.

– Il *gold standard* del trattamento in questi casi prevede l'utilizzo di farmaci anti-infiammatori, e in particolare le infiltrazioni di cortisone (sub-acromiali) o per *os*, nella fase infiammatoria, e fisioterapia per alcuni mesi nella fase di rigidità.

Nei casi refrattari al trattamento, la lisi capsulare artroscopica rappresenta il trattamento di scelta: si esegue la tenotomia del CLB, la lisi dell'intervallo dei rotatori, della capsula anteriore e, quando necessario, della capsula posteriore. L'utilizzo delle collagenasi per il trattamento di questa patologia è stato studiato su modelli animali.

Karahan *et Al.* (18) dimostrano come le infiltrazioni subacromiali di collagenasi siano più efficaci rispetto al corticosteroide, non solo nel miglioramento dell'angolo di abduzione ma anche a livello istochimico e istologico. Inoltre, le infiltrazioni subacromiali di collagenasi non determinano un danno alla cartilagine articolare, dimostrando come il prodotto non sia entrato all'interno dell'articolazione gleno-omeroale.

Sono – tuttavia – necessari ulteriori studi clinici per valutare l'efficacia, la sicurezza e la metodologia di somministrazione di questo trattamento.

CONCLUSIONI

La terapia infiltrativa con Collagen Medical Devices è una possibile opzione nel trattamento del dolore laterale di gomito in caso di Tendinopatia del tendine comune degli estensori e del dolore correlato ad una sofferenza tendinea del m. sovraspinato.

– Inoltre, la terapia infiltrativa con Collagen Medical Devices sembra essere promettente nel trattamento del dolore mediale causato da Tendinopatia del m. tricipite e del m. bicipite brachiale.

Sono necessari ulteriori studi per approfondirne l'efficacia e la modalità di somministrazione. ■

Bibliografia

1. Randelli F. *et Al.* – The Collagen-Based Medical Device MD-Tissue Acts as a Mechanical Scaffold Influencing Morpho-Functional Properties of Cultured Human Tenocytes. *Cells*. **2020** Dec 8;9(12):2641.

2. Martin Martin L.S. *et Al.* – A double blind randomized active-controlled clinical trial on the intra-articular use of Md-Knee versus sodium hyaluronate in patients with knee osteoarthritis ("Joint"). *BMC Musculoskelet Disord*. **2016** Dec;17(1):94.
3. Nitecka-Buchta A. *et Al.* – Comparison between Collagen and Lidocaine Intramuscular Injections in Terms of Their Efficiency in Decreasing Myofascial Pain within Masseter Muscles: A Randomized, Single-Blind Controlled Trial. *Pain Res Manag*. **2018** Jun 3;2018:1-10.
4. Arrigoni P. *et Al.* – It's time to change perspective! New diagnostic tools for lateral elbow pain. *Musculoskelet Surg*. **2017** Dec;101(S2):175-9.
5. Vaquero-Picado A. *et Al.* – Lateral epicondylitis of the elbow. *EFORT Open Rev*. **2016** Nov;1(11):391-7.
6. Acosta-Olivo C.A. *et Al.* – Effect of Normal Saline Injections on Lateral Epicondylitis Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Am J Sports Med*. **2020** Oct;48(12):3094-102.
7. Lian J. *et Al.* – Comparative Efficacy and Safety of Nonsurgical Treatment Options for Enthesopathy of the Extensor Carpi Radialis Brevis: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *Am J Sports Med*. **2019** Oct;47(12):3019-29.
8. Xiong Y. *et Al.* – Shock-wave therapy versus corticosteroid injection on lateral epicondylitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Phys Sportsmed*. **2019** Jul 3;47(3):284-9.
9. Corrado B. *et Al.* – Treatment of Lateral Epicondylitis with Collagen Injections: a Pilot Study. *Muscle Ligaments Tendons J*. **2019** Nov;09(04):584.
10. Arrigoni P. *et Al.* – Intra-articular findings in symptomatic minor instability of the lateral elbow (SMILE). *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. **2017** Jul;25(7):2255-63.
11. Arrigoni P. *et Al.* – Arthroscopic R-LCL plication for symptomatic minor instability of the lateral elbow (SMILE). *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. **2017** Jul;25(7):2264-70.
12. Barco R. & Antuña S.A. – Medial elbow pain. *EFORT Open Rev*. **2017** Aug;2(8):362-71.
13. Stahl S. – The efficacy of an injection of steroids for medial epicondylitis. A prospective study of sixty elbows. *J Bone Joint Surg Am*. **1997** Nov;79(11):1648-52.
14. Marinelli A. *et Al.* – Elbow instability: Are we able to classify it? Review of the literature and proposal of an all-inclusive classification system. *Musculoskelet Surg*. **2016** Dec;100(S1):61-71.
15. Donaldson O. – Tendinopathies Around the Elbow Part 2: Medial Elbow, Distal Biceps and Triceps Tendinopathies. *Shoulder Elb*. **2014** Jan;6(1):47-56.
16. Corrado B. *et Al.* – Ultrasound-guided collagen injections in the treatment of supraspinatus tendinopathy: a case series pilot study. *J Biol Regul Homeost Agents*. **2020** May-Jun;34(3 Suppl. 2):33-39.
17. Kaizawa Y. *et Al.* – Human Tendon-Derived Collagen Hydrogel Significantly Improves Biomechanical Properties of the Tendon-

Bone Interface in a Chronic Rotator Cuff Injury Model. *J Hand Surg*. **2019** Oct;44(10):899.e1-899.e11.

18. Karahan N. *et Al.* – Can Collagenase Be Used in the Treatment of Adhesive Capsulitis? *Med Princ Pract*. **2020**;29(2):174-80.

Riferimento bibliografico

ZAOLINO C.E., VISMARA V., ARRIGONI P. – Le Tendinopatie dell'arto superiore.
– Nuove soluzioni infiltrative con Collagen Medical Devices.
La Med. Biol., **2023**/4; 15-21.

Primo autore

Dott. Carlo Eugenio Zaolino

– Specialista in Ortopedia

U.O.C. 1a Clinica Ortopedica, ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico

Gaetano Pini-CTO

Via Bignami, 1

I – 20126 Milano