



MENTI ATTIVE

La Ricerca in Riabilitazione nelle Marche



Atti del Convegno

"Menti Attive in Riabilitazione: la Ricerca in Riabilitazione nelle Marche 2019"

Osimo, 29 Novembre 2019

MENTI ATTIVE: LA RICERCA IN RIABILITAZIONE NELLE MARCHE

Rivista di cultura scientifica ed informazione sulla riabilitazione

Editor

Oriano Mercante

Responsabile Scientifico

Fabrizia Lattanzio

Direttore Responsabile

Tiziana Tregambe

Managing Editor

Cristina Gagliardi

Editorial board

Mariagrazia Altavilla

Antonio Aprile

Daniela Baruffa

Marianna Capecci

Anna Gaspari

Alberto Deales

Mario Neri

Demetrio Postacchini

Maurizio Ricci

Osvaldo Scarpino

Mario Villani

Editorial Staff

Marzio Marcellini

Istruzioni per gli autori

www.seres-onlus.org

La rivista è disponibile in formato digitale: www.inrca.it e www.seres-onlus.org

ISBN 978-88-6068-160-7

MENTI ATTIVE

La Ricerca in Riabilitazione nelle Marche

N.1 Novembre 2019





In collaborazione con:



Editoriale Oriano Mercante	pag.	1
Ecografia muscolo scheletrica: requisiti e formazione Elena Ravasi	“	3
SESSIONE RIABILITAZIONE CLINICA	pag.	5
La Riabilitazione Aspecifica nei reparti di degenza Angelo Vecchione	“	7
Fisioterapista: oltre la tecnica la relazione d'aiuto Cristiana Piangiarelli, Giorgio Caraffa	“	13
Prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D Cristiano Maria Francucci, Giovanni Renato Riccardi, Patrizia Giacchetti, Alessandro Fié, Flora D'Ambrosio, Oriano Mercante	”	19
Proposta di protocollo di trattamento per l'incontinenza urinaria Post-prostatectomia Flora D'Ambrosio, Valeria Bugari, Cristina Camilletti, Barbara Cavallari, Daniele Castellani, Redi Claudini, Simona Rocchi, Barbara Tramontana	“	21
Medicina Narrativa e paziente geriatrico con demenza: una nuova frontiera Francesco Guidi	“	25
Presa in carico riabilitativa precoce del paziente sottoposto ad intervento di chirurgia vascolare Marika Bartoli, Lorenzo Ambrosi, Antonella Carbonetti, Roberta Serrani, Luigina Illuminati, Stefano Stacchietti, Maurizio Ricci	“	31
Addestramento pre-operatorio del paziente candidato a chirurgia toracica: ruolo del fisioterapista all'interno del protocollo ERAS Lorenzo Ambrosi, Marika Bartoli, Francesca Manzotti, Antonella Carbonetti, Roberta Serrani, Luigina Illuminati, Stefano Stacchietti, Majed Refai, Maurizio Ricci	“	37
Fall in Age Project. Innovative Training for Technology-based Frailty and Falls Management Elvira Maranesi, Oriano Mercante, Lorena Rossi, Giovanni Renato Riccardi, Marco Benadduci	“	41
SESSIONE LOGOPEDIA E DISFAGIA	pag.	43
L'utilizzo di tecniche deglutitorie nel trattamento logopedico del paziente con disfagia neurogena: da strategie di compenso a reali procedure terapeutiche? S. Bedeschi	“	45
Alimentazione e qualità di vita: modificazioni dietetiche secondo l'international dysphagia diet standardisation initiative (IDDSI) nei pazienti con Malattia di Parkinson e parkinsonismi Marianosaria D'Antuono, Chiara Santoni, Sara Petroselli	“	49

La disfagia nella sclerosi laterale amiotrofica: indicatori per la diagnosi precoce e correlazione con i parametri respiratori Michela Coccia, Michela Aringolo, Martina Pigliapoco, Giorgia Damiani, Elisa Baldoni, Rossella Cima, Beatrice Piunti, Patrizia Lopez, Maria Gabriella Ceravolo	pag. 57
Applicazione dei principi del lee silverman voice treatment (LSVT) nel trattamento di gruppo: esiti a confronto nei pazienti con Malattia di Parkinson e parkinsonismi C. Santoni, Mariarosaria D'Antuono, Giulia Tesei	“ 63
Strutture sanitarie e socioassistenziali che disabilitano: situazione reale e proposte Oriano Mercante, Flora D'Ambrosio, Giovanni Renato Riccardi, Elisa Mercante	“ 69
Documentazione infermieristica e Modelli funzionali della salute di Marjory Gordon: dalla pianificazione alla valutazione degli esiti assistenziali Simona Cinaglia, Roberta Maraschio, Patrizia Cinaglia, Cinzia Cinaglia, Emanuela Fagiani	“ 75
Progetto RN4CAST: uno studio importante per gli infermieri Emanuela Fagiani, Simona Cinaglia, Roberta Maraschio	“ 81
Alimentazione e dintorni. L'importanza della corretta alimentazione lungo l'arco della vita Elsa Ravaglia	“ 83
 SESSIONE MODELLI ORGANIZZATIVI	 pag. 93
Televisita: applicazioni pratiche Oriano Mercante, Elisa Mercante	“ 95
La progettazione di risorse on line: il corso iDO per assistenti di persone con difetto cognitivo Cristina Gagliardi, Elena Gambella	“ 99
Salute e benessere dei lavoratori in sanità. La Relax Room come modello di contrasto allo stress lavoro correlato Cinzia De Stefani	“ 103
Obblighi formativi del personale sanitario: percorso e sanzioni Alice Mercante, Elisa Mercante	“ 113
Educazione al Caregiver: formazione e modalità operative Annamaria Frascati, Carolina Santilli	“ 119
 SESSIONE TECNICA ORTOPEDICA	 pag. 125
Sistemi posturali Gabriele Sartini	“ 127
C-Brace® Introduzione al primo sistema meccatronico SSCO® Angelo Ruggeri	“ 129



Gentili Colleghe e cari Colleghi,

ad un certo punto della propria vita professionale viene voglia di fare il punto, forse un bilancio, di quanto si è fatto e di quanto si è inciso nella realtà oggettiva professionale che ci ha visto operare.

Non è semplice: si cerca di trovare qualcosa della propria opera passata che sia stato significativo e se per caso questo qualcosa non ci fosse, il rischio è quello di sopravvalutare attività di scarso valore effettivo pur di giustificare la propria esistenza professionale, o d'altro canto di fare understatement della propria opera per un malcelato senso di modestia.

Un primo aspetto che noto guardandomi indietro è che tutte le scelte professionali che ho fatto sono state senza soverchi indugi: non ricordo una sofferenza o una particolare ansia per una scelta fatta, anche se di errori

ne ho fatti molti.

Un secondo aspetto è che non ho mai indugiato a intraprendere una nuova iniziativa e non ho mai cercato la vita professionale comoda: ho contribuito fattivamente all'apertura di due reparti di Riabilitazione, Pergola nel 2001 e Fossombrone nel 2008. Piuttosto se c'era qualcosa di meno entusiasmante era la gestione quotidiana, che si cercava di ravvivare non evitando i casi clinici complessi e le conseguenti non-comodità e responsabilità.

Un terzo aspetto è che il conflitto non mi ha mai spaventato e non sono mai stato troppo condiscendente nei rapporti anche istituzionali per una innata propensione al confronto franco e duro piuttosto che all'accomodamento, peraltro alla fine sempre necessario. Forse anche per questo la scelta dell'attività sindacale in ambito medico.

Per quello che riguarda questi ultimi 10 anni, la mia vita professionale all'INRCA di Ancona, credo di avere dato un significativo contributo, **insieme con tanti altri**, sui seguenti aspetti:

- **Trattamento logopedico:** importantissimo nel lavoro riabilitativo con l'anziano, soprattutto per la disfagia, era pochissimo rappresentato in reparto al mio arrivo. Con una paziente opera di convinzione, l'importanza del trattamento logopedico è stata compresa e al momento sono in pianta organica tre logopediste che si occupano a tutto tondo specie della disfagia, sia nella degenza di Riabilitazione Intensiva, che negli altri reparti del nosocomio, che in ambulatorio;
- **Movimentazione dei carichi:** mi sono continuamente adoperato affinché vi fosse un programma di manutenzione ausili, importante per la sicurezza dell'operatore e del paziente, affinché fossero cambiati tutti i lettini di trattamento e tutti i letti di degenza con letti regolabili in altezza, affinché fossero installati dei sollevatori a soffitto, cosa che ha trovato sensibilità nella dirigenza aziendale, al punto che oggi siamo il primo ospedale marchigiano con sollevatori a soffitto in tutte le stanze;
- **Informatizzazione dell'attività:** nella nostra UO abbiamo applicato una scheda informatizzata per la gestione ambulatoriale, dei degenti e per la prescrizione terapia prima che venisse ufficialmente adottata la cartella informatizzata, ora esaustiva per tutte le attività assistenziali, e che in tanti abbiamo insistito per avere, e che ha anche qui portato all'avanguardia il nostro istituto;
- **Riabilitazione Aspecifica:** è probabilmente il progetto a cui sono più legato, ma altrettanto sicuramente il maggior rimpianto professionale per l'applicazione molto parziale ottenuta. In cosa consiste? È molto semplice: è esperienza di tutti gli operatori sanitari ospedalieri che sovente i pazienti ricoverati, entrando magari sulle loro gambe, vengono allettati e costretti a letto a puro scopo precauzionale per evitare cadute. La permanenza prolungata a letto causa, specie nel grande anziano, un decondizionamento che in molti casi si rivela fatale in quanto causa un circolo vizioso di allettamento-decondizionamento. Grande responsabilità hanno nella gestione dei pazienti le caposala che non vogliono rischi di cadute, evocando la cronica mancanza di personale, spesso con la complicità/disinteresse dei medici. Il progetto proposto consisteva semplicemente nel prevedere per ogni pz ospedalizzato con un Rankin anamnestico di 2 o 3/5, senza patologie specifiche che richiedessero un trattamento riabilitativo attuato da un fisioterapista (ictus, frattura, ecc.), la possibilità di avere un operatore, possibilmente un OSS ma eventualmente anche studenti o volontari, per deambulare in maniera assistita per 15

minuti due volte al giorno. Per una serie di ragioni che non sto ad analizzare nel dettaglio, ma che si possono riassumere nel concetto che c'è sempre qualcosa di più urgente o importante della riabilitazione, non si sono trovate le risorse, non necessariamente onerose, per fare questo. Ci siamo dovuti limitare ad organizzare un intervento precoce di un fisioterapista, risorsa preziosa per le patologie specifiche dette sopra, allo scopo di addestrare il caregiver alla movimentazione sicura del paziente, nella speranza che la caposala non trovi scuse per impedire anche questo;

- Continuità dell'assistenza riabilitativa: nel reparto di Riabilitazione Intensiva codice 56, l'attività medica è presente tutti i giorni, compresi tutti i festivi, mentre quella riabilitativa è presente, oltre il sabato limitatamente alla degenza di Riabilitazione Intensiva, anche nei doppi festivi (Pasqua, Natale, ecc.) limitatamente a uno di essi. Questo per evitare che il paziente stia più di un giorno senza trattamento riabilitativo. A mio avviso per lo meno questo è doveroso, anzi il paziente dovrebbe essere trattato anche tutti i festivi dato che la remunerazione della Riabilitazione codice 56 è su base giornaliera, e non a DRG, e quindi non vi è nessuna giustificazione per non erogare tutti i giorni le prestazioni per cui il paziente è specificamente ricoverato;
- Misunderstanding su cosa è la riabilitazione nell'anziano: nella mia attività di consulenza ha sempre cercato di mettere in piedi il più precocemente possibile il paziente. L'anziano non ha bisogno di tante finezze, di improbabili recuperi articolari se non in casi specifici, di mobilizzazione articolare a letto, di gambe fuori dal letto (il massimo che in alcuni reparti viene concepito come riabilitazione!). L'anziano ha bisogno di essere tolto dal letto il prima possibile, per andare in piedi magari con ausili, o come minimo in carrozza. Vedere in tante strutture la sola mobilizzazione degli arti a letto da parte di un fisioterapista è una bestemmia riabilitativa, oltre ad essere un inutile spreco di risorse che potrebbero essere usate in maniera migliore. Sia gli operatori sanitari sia i familiari quando vedono un fisioterapista che muove le gambe a letto di un pz pensano: ah, bene, sta facendo riabilitazione! Purtroppo, quello è al massimo la fase iniziale di una riabilitazione nell'ambito di un progetto riabilitativo che si ponga come obiettivo il miglioramento delle abilità residue, e non un processo fine a sé stesso come spesso di fatto è.

Queste brevi note sostanzialmente per dire che non sono completamente soddisfatto di quello che ho fatto finora nella mia vita professionale e rimpiango di non essere riuscito a tradurre in pratica, se non molto parzialmente, alcuni concetti che invece a me sembrano rilevanti.

Ma andiamo avanti!

Buon lavoro a tutti.

Dott. Oriano Mercante
Editor

Ecografia muscolo scheletrica: requisiti e formazione



Il Consiglio Direttivo della SIRM (Società Italiana di radiologia Medica) ha ritenuto opportuna la predisposizione di un nuovo documento su “L’atto medico ecografico dello specialista in radiodiagnostica”, per una serie di motivazioni: capillare diffusione della metodica, il basso costo, la non invasività biologica e la considerazione, peraltro errata, della semplicità di utilizzo di questa tecnologia.

Questi ed altri aspetti hanno determinato una crescita incontrollata delle richieste e di prestazioni ecografiche che non risultano essere limitate ed esclusive per competenza allo Specialista in Radiodiagnostica.

A tale proposito si vuole pertanto riporre l’attenzione sul fatto che durante l’esame ecografico la valutazione dei reperti ed i loro significato clinico sono il risultato di quanto osservato poi documentati con un atto medico

conclusivo che è costituito dalla produzione del referto, unico atto con valenza medico-legale.

Per tali motivazioni la SIRM ritiene che l’ecografia non sia delegabile a professionisti sanitari non medici poiché esprimersi sull’andamento della patologia che si sta trattando è comunque esprimere un giudizio clinico di tipo evolutivo, remissivo o di complicanze pertanto, per una validazione non autoreferenziale del documento, ne ha richiesto una valutazione alla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA) ufficialmente approvato dal Consiglio Direttivo della SIMLA il 29 settembre 2012.

Si precisa inoltre che la sola documentazione iconografica non costituisce un documento oggettivo e valido ai fini clinici poiché la produzione arbitraria di alcune immagini non può sostituirsi ad un referto elaborato dallo studio in real time e anche nel contesto di un follow up nel corso di trattamenti terapeutici, la sola valutazione ecoscopica, senza un corrispettivo referto, non ha una valenza clinica poiché non elabora un dato oggettivo.

Per quanto riguarda la competenza lo studio ecografico si avvale di un percorso particolarmente dedicato dal punto di vista delle apparecchiature, della fisica degli ultrasuoni, del riconoscimento delle strutture anatomiche normali e del riconoscimento delle alterazioni patologiche più o meno complicate che possono intercorrere e sopraggiungere.

Inoltre non è possibile standardizzare la patologia osteoarticolare dal punto di vista della semeiotica ecografica perché è variabile, mutabile nel tempo e può far parte di un corredo clinico più complesso e sistemico sempre sospettabile da chi procede all’esecuzione dell’esame; anche dal punto di vista metodologico esistono scuole di formazione altamente dedicate, la corretta esecuzione dei piani di scansione è fondamentale per non alterare le componenti anatomiche così come la capacità di eseguire test dinamici consente di approfondire il quadro ecografico che si sta studiando.

Per concludere l’ecografia assume un significato di atto medico quando svolta come attività professionale finalizzata a promuovere la salute, prevenire malattie, effettuare diagnosi, prescrivere cure terapeutiche e riabilitative nelle norme etiche e deontologiche proprie della professione medica.

E’ una prestazione complessa che richiede competenze cliniche e tecniche ottenibili attraverso un processo formativo codificato e comprensivo delle abilità acquisite.

Gli esami ecografici, come tutti gli esami di diagnostica per immagini, possono essere causa di errori professionali nella fase di esecuzione ed interpretazione e quindi comportare effetti medico-legali e il referto rappresenta la miglior tutela dal punto di vista giuridico inoltre, referto ed esecuzione dell’esame non possono essere disgiunti in quanto l’ecografia è un esame dinamico ed il referto ne rappresenta la sintesi sulla base di un insieme di considerazioni non limitate solo alla valutazione delle immagini.

Dott.ssa Elena Ravasi

UOC Diagnostica per Immagini IRCCS INRCA POR Ancona



Sessione Riabilitazione Clinica



La Riabilitazione Aspecifica nei reparti di degenza

Angelo Vecchione

UOC Medicina Riabilitativa POR INRCA, Ancona

Riassunto. La riabilitazione aspecifica è una modalità di intervento destinata a pazienti anziani fragili che, in seguito a periodi anche brevi di ospedalizzazione sono costretti all'immobilizzazione a letto a cui può conseguire un rapido declino sia delle funzioni motorie che cognitive. Il trattamento aspecifico ritenuto un'attività non sanitaria fondamentale per il mantenimento dell'autonomia della persona anziana nelle attività di vita quotidiana, può essere effettuato da caregivers e/o personale OSS adeguatamente addestrati e formati dal professionista della riabilitazione quale il fisioterapista. Si riporta nel presente lavoro l'esperienza vissuta nei reparti di degenza quali Geriatria, Medicina Clinica e Degenza Post Acuzie presso l'Istituto IRCSS INRCA di Ancona, mettendo in luce sia le positività della riabilitazione aspecifica sia le criticità riscontrate e le possibili soluzioni. Pertanto la riabilitazione aspecifica oltre a rappresentare un'attività importante per il paziente ospedalizzato in quanto ne favorisce il rientro a domicilio, rappresenta un modello di clinical governance per una migliore modalità di gestione delle risorse umane e favorisce l'appropriatezza delle cure con conseguente contenimento delle spese previste dal ricovero.

Parole chiave: anziano fragile, sindrome da immobilizzazione, riabilitazione aspecifica, caregivers

Abstract. Non specific rehabilitation is an intervention modality intended for frail elderly patients who, due to even brief periods of hospitalization, are forced to be immobilize in bed which can lead to a rapid decline both for motor and cognitive functions. The non-specific treatment considered a fundamental non-health activity for maintaining the autonomy of the elderly person in daily life, can be carried out by caregivers and/or OSS personnel adequately trained and trained by the rehabilitation professional such as the physiotherapist. We report in this work the experience lived in patient wards such as Geriatrics, Clinical Medicine and Long Term Care at the IRCSS INRCA Institute in Ancona, highlighting both the positive aspects of non-specific rehabilitation and the critical issues found and possible solutions. Therefore, the non-specific rehabilitation as well as being an important activity for the hospitalized patient as it favors the return home, represents a model of clinical governance for a better modality of management of human resources and favors the appropriateness of the treatments with consequent containment of the expenses foreseen by the hospitalization.

Keywords: frail elderly, immobilization syndrome, non-specific rehabilitation, caregivers

INTRODUZIONE

Nel corso dello scorso secolo, la durata media della vita nei paesi industrializzati è raddoppiata. Nel mondo, la percentuale di popolazione con più di 60 anni è passata dal 9,2% nel 1990, al 13% nel 2018 e continuerà a crescere, tant'è che si stima che raggiungerà il 21,1% entro il 2050.

Mentre complessivamente si vive mediamente più a lungo, la presenza di malattie croniche e di disabilità acquisite sono in aumento in modo proporzionale rispetto all'invecchiamento della popolazione.

Questa trasformazione ingravescente sta creando in modo sempre più pervasivo ed urgente nuove sfide sotto ogni aspetto (sociale, politico, economico e culturale), con notevoli implicazioni per l'assistenza sanitaria.

In questo scenario è stata introdotta la definizione di "anziano fragile" per indicare una tipologia di anziano ed evidenziare una precaria stabilità delle condizioni cliniche con l'elevato rischio di complicanze a cascata che possono esitare nella perdita dell'autonomia funzionale o nella morte. La medicina e le professioni di aiuto nel loro insieme dedicano

uno sforzo significativo per favorire una buona qualità di vita di questi **anziani**. In tale dimensione rientra sicuramente la possibilità per la persona che invecchia di mantenere la propria autonomia più a lungo possibile soprattutto durante l'ospedalizzazione in cui incorre più frequentemente rispetto alle persone più giovani.

Dati epidemiologici mostrano come **pazienti anziani** con una buona valutazione all'ingresso del periodo di **ricovero ospedaliero** e con diagnosi non riconducibile a patologie direttamente collegate alla riduzione della funzionalità (ad esempio polmonite batterica o infezione alle vie urinarie) mostrano poi, al momento delle dimissioni, una diminuzione generale molto pronunciata della stessa valutazione (Covinsky et al., 2003, Mudge et al., 2010). La letteratura scientifica ci mostra come sia proprio il declino funzionale nella **popolazione anziana** una delle conseguenze negative più comuni e di vasta portata per il paziente, la famiglia e a largo spettro anche per il sistema sanitario nazionale. Questo declino può essere mantenuto fino ad un anno dopo le dimissioni e quando nei tre anni successivi non c'è nell'**anziano** un recupero in termini di funzionalità, vi è un acuito aumento nel rischio di istituzionalizzazione, di disabilità permanente e di morte (Boyd et al., 2008).

I fattori psicosociali, dell'**organizzazione ospedaliera**, personali e psicologici sono potenziali fattori intervenienti nel concorrere agli esiti dell'**ospedalizzazione dell'anziano**. Pertanto una corretta rilevazione ed individuazione di tali aspetti può permettere l'individuazione di situazioni target in cui è necessario un intervento preventivo. Tra i fattori psicosociali rilevanti in questo contesto di fragilità acuita, c'è sicuramente il sostegno sociale da parte di caregiver informali, soprattutto quando questi sono i familiari del paziente ricoverato. I congiunti rappresentano infatti una risorsa importante in quanto fungono da ponte tra l'ambiente del quotidiano e l'ambiente disorientante, sconosciuto e complesso dell'**ospedale**. Spesso infatti, nei contesti strutturati che adottano una lettura del paziente di tipo multidimensionale (considerando non solo gli aspetti medico-clinici, ma anche quelli psicologici e sociali), i membri della famiglia divengono parte integrante dell'équipe coinvolta nella cura. L'ospedalizzazione conduce molto spesso ad una sindrome ipocinetica da immobilità che è spesso la conseguenza di una prolungata immobilizzazione a letto, alla quale sono

costretti pazienti anziani particolarmente "fragili". Se non adeguatamente contrastata, essa porta inesorabilmente l'anziano ad uno stato di disabilità ingravescente fino anche alla morte. Per immobilità si definisce una condizione caratterizzata da una ridotta o assente capacità di compiere movimenti, ad insorgenza acuta o cronicamente progressiva, cui consegue un complesso di alterazioni multisistemiche che nel loro insieme configurano la sindrome da immobilizzazione, la cui espressione clinica varia a seconda del grado di immobilità del paziente e raggiunge il suo apice nel confinamento a letto. Seppure non esclusiva dell'età avanzata, nell'anziano essa rappresenta un evento sempre incombente per la facilità con cui può realizzarsi e la velocità con cui può progredire fino alle più estreme conseguenze, tanto da configurare una delle "5 grandi sindromi geriatriche". Ciò in rapporto al fatto che l'anziano è un soggetto nel quale vengono a coesistere una serie di fattori che predispongono alla sua insorgenza e ne ostacolano il recupero: basti pensare che il riposo a letto è spesso il primo rimedio che l'anziano adotta quando compare uno stato di malattia e che purtroppo il medico avvala o comunque si trova costretto ad accettare anche quando sia consapevole delle sue conseguenze.

Non bisogna dimenticare inoltre che l'invecchiamento fisiologico si accompagna alla riduzione della funzionalità di vari organi importanti per il movimento: la riduzione della forza muscolare, la riduzione del potere aerobico, l'attenuazione della risposta dei barocettori, il rallentamento dei riflessi, ecc. Esso raramente provoca di per sé immobilità, ma comporta una riduzione del livello massimo di capacità, per cui si giunge spesso molto vicino alla soglia minima al di sotto della quale si instaura la disabilità; di conseguenza anche piccole riduzioni della riserva funzionale determinate da malattie o da altre cause possono rendere difficoltose o impossibili da compiere attività motorie anche semplici.

In particolare si parla di immobilità quando l'anziano presenta difficoltà o incapacità a svolgere le attività della vita quotidiana che richiedono lo spostamento nell'ambiente, quali il salire o scendere le scale, il camminare autonomamente, i passaggi posturali, i cambi di decubito, indispensabili per la vita autonoma. La loro importanza è documentata dal fatto che esse vengono prese in considerazione da tutti gli strumenti che valutano lo stato funzionale dell'anziano. Essa è valutata sia nell'ambito di scale che esplorano lo stato funzionale globale

e l'autosufficienza (ADL, IADL, Indice di Barthel), sia da scale specifiche (scala di Tinetti, ecc.). Nell'**organizzazione ospedaliera**, inoltre, per i pazienti fragili, confusi o immobili viene spesso preferito l'utilizzo di dispositivi specializzati per la diuresi e la defecazione, quali pannoloni e cateteri urinari. Per motivi di economicità, di tempo, di risorse e di sicurezza, spesso per il personale è più facile offrire tali dispositivi temporanei piuttosto che elicitare sforzi su interventi conservatori dell'autonomia. L'uso di questi dispositivi, anche se limitato alla durata del ricovero, è stato collegato alla riduzione della funzionalità dell'**anziano** nel ritorno alla propria abitazione, all'innalzamento della pressione arteriosa, a ricorrenti infezioni delle vie urinarie e a depressione clinicamente significativa (Zisberg et al., 2011).

Anche lo stesso **ambiente ospedaliero** in termini di strutturazione, ritmi delle attività e sovraffollamento, risulta essere per la **persona anziana** in presenza o meno di deterioramento cognitivo un luogo rumoroso, sensorialmente e socialmente deprivato, nel complesso quindi disorientante. Inoltre, tali aspetti ambientali scoraggiano l'**anziano** nell'autonomia della mobilità, visti anche i pochi o talvolta inesistenti spazi comuni all'interno del reparto di degenza. La carenza di personale e la disorganizzazione nei turni di infermieri e medici causano difetti di vigilanza nei confronti dei pazienti con le conseguenze che ne derivano in termini di insufficiente assistenza e quindi aumento di pazienti "costretti" a letto. Per il personale infermieristico è più facile lavorare in quest'ottica piuttosto che attivare interventi finalizzati al mantenimento dell'autonomia.

I medici di reparto, consapevoli di tali problematiche e consapevoli delle conseguenze che quindi derivano dall'immobilizzazione dei pazienti, richiedono molto spesso l'intervento fisioterapico per la mobilitazione dei pazienti. Tale richiesta risulta inappropriata in quanto tranquillamente gestibile dal personale di assistenza; la stessa, sottrae tempo ad altri degenti in cui sarebbe veramente necessario un intervento specifico da parte dei professionisti della riabilitazione. A tal proposito si colloca la riabilitazione aspecifica.

LA RIABILITAZIONE ASPECIFICA

La riabilitazione specifica di cui si occupa la fisioterapia è l'intervento mirato al recupero e/o al miglioramento delle funzioni motorie deficitarie a causa di patologie e disabilità che limitano pertanto l'autonomia nelle ADL.

La riabilitazione specifica si attua secondo

indicazioni precise quali:

- si individua una prognosi
- si elabora un progetto riabilitativo individuale
- è specifica per ogni area di intervento
- si individuano obiettivi a breve, medio e lungo termine.
- prevede diverse modalità di effettuazione e di intervento.

Fondamentale nel paziente anziano è che tale intervento riabilitativo sia tempestivo, con minore intensità e continuo nell'assistenza.

Si parla, invece, di riabilitazione aspecifica nei casi in cui il paziente, soprattutto grande anziano, in assenza di vere e proprie disabilità motorie, ha necessità di essere mobilitato per ridurre al minimo i rischi legati all'allettamento con conseguente declino di tutte le funzioni non solo motorie ma anche cognitive.

Quest'ultima, non è tipica dei professionisti della riabilitazione bensì può essere effettuata da personale di assistenza e OSS dei reparti di degenza e/o, nei casi in cui i rischi di caduta lo permettano in quanto non rilevanti, può essere effettuata anche dai familiari e caregivers.

L'esigenza della riabilitazione aspecifica ha come oggetto la movimentazione del paziente per favorire il mantenimento dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana, requisito indispensabile per ostacolare il rapido declino delle funzioni motorie e cognitive, a cui il paziente anziano incorre, anche per soli pochi giorni di allettamento, durante la degenza in un reparto ospedaliero.

Alla luce di ciò è, quindi, importante differenziare le attività sanitarie da quelle non sanitarie della vita quotidiana. Le prime, infatti, non possono essere in alcun caso delegate a persone che non siano professionisti sanitari mentre le seconde, individuate le attività che rientrano nelle ADL, possono essere effettuate dal caregiver. Da questa differenziazione dei compiti nasce il problema dell'assunzione di responsabilità che sono mal tollerate dai dirigenti, medici, caposale e coordinatori in quanto limitano l'intervento dei familiari per ridurre il rischio di eventi avversi, come potrebbe verificarsi per una caduta del paziente durante la deambulazione, lungo il corridoio del reparto di degenza.

Questo comporta, quindi, la limitazione di movimentare i pazienti per le attività non sanitarie della vita quotidiana, esponendoli, pertanto, alle complicità tipiche dell'allettamento.

Una soluzione possibile a tale problematica potrebbe essere rappresentata dal counselling informativo-educativo al caregiver, durante il

quale, quest'ultimo viene addestrato nella corretta gestione del paziente allettato da mobilizzare.

I caregivers sono individuati nelle persone di badanti e familiari che possono assumere un ruolo attivo nelle sindromi di inattivazione quali ipocinetica, decondizionamento, immobilizzazione.

Le attività non sanitarie della vita quotidiana che possono essere delegate alla figura del caregiver sono:

- aiuto nel cammino con o senza ausilio nella deambulazione
- supervisione e/o assistenza del paziente in bagno
- supervisione e/o assistenza durante la vestizione del paziente
- supervisione e/o assistenza durante la consumazione dei pasti
- supervisione e/o assistenza durante l'assunzione dei farmaci possibili per os.

LA RIABILITAZIONE ASPECIFICA ALL'INRCA DI ANCONA

All'INRCA di Ancona, dal mese di luglio 2019, ha avuto inizio la riabilitazione aspecifica nei reparti di Geriatria, Medicina Clinica e Degenza Post Acuzie.

Il fisioterapista con funzioni di posizione organizzativa, dedica 60 minuti della sua attività lavorativa quotidiana, all'individuazione e valutazione di pazienti idonei a questo tipo di riabilitazione, dopo confronto e colloquio clinico con il medico di reparto, coordinatore infermieristico e /o infermiere di turno circa la stabilità delle condizioni cliniche del paziente e la possibilità di individuazione di una figura di riferimento quale caregiver che possa essere addestrato nelle attività non sanitarie per il mantenimento dell'autonomia nelle ADL del pazienti in questione.

Dopo la segnalazione di pazienti da parte del personale del reparto, la valutazione del fisioterapista, il medico di reparto richiede la consulenza al Direttore dell'Unità Operativa di Medicina Riabilitativa per l'attivazione dell'iter per la riabilitazione aspecifica. La richiesta di consulenza fisiatrica rappresenta un punto fondamentale per la sicurezza del trattamento aspecifico in quanto la responsabilità viene assunta dal medico prescrittore "tranquillizzando" pertanto il personale di reparto/caregiver che deve effettuarlo.

L'iter prevede l'assegnazione della richiesta di consulenza al fisioterapista da parte della coordinatrice del reparto di Medicina riabilitativa, il quale effettua la valutazione

funzionale segmentale e complessa, l'addestramento del caregiver e, se non presente quest'ultima figura, al personale OSS. L'addestramento del caregiver/OSS consiste:

- nella movimentazione del paziente dal letto alla carrozzina con permanenza sulla stessa di almeno 2 ore al giorno.
- nella deambulazione con o senza ausili per almeno 10 minuti due volte al giorno.
- nella supervisione e assistenza del paziente durante l'espletamento delle funzioni sfinteriche.

CONCLUSIONI

I pazienti valutati e reclutati per la riabilitazione aspecifica all'INRCA sono stati 38 pazienti, degenti nei reparti di Geriatria, Medicina Clinica e Degenza Post Acuzie, nel periodo di tempo compreso dal mese di luglio 2019 al mese di ottobre 2019.

I successi della riabilitazione aspecifica sono stati evidenziati da un minor numero di pazienti incorsi in complicanze dell'allettamento di cui ampiamente discusso nella prima parte del presente lavoro. Inoltre i risultati più favorevoli si sono ottenuti con i pazienti che erano supportati dai caregivers che miravano al rientro a domicilio del proprio familiare. A tal proposito, va sottolineato il ruolo cardine del caregiver per quanto concerne la sfera psico-affettiva del paziente, aspetto essenziale per il buon recupero e la buona riuscita della riabilitazione aspecifica.

In letteratura, infatti, si parla sempre più spesso del fenomeno importante della resilienza ovvero la capacità della persona anziana a saper fronteggiare e affrontare situazioni a lei nuove e difficili.

Il supporto della famiglia aumenta il livello di resilienza del paziente; pertanto, si può affermare che la presenza di caregivers premurosi e solidali con l'ammalato è direttamente proporzionale alla forza psicologica che quest'ultimo impiega nell'affrontare le problematiche legate alla malattia e al ricovero ospedaliero.

Le criticità sono state riscontrate nella tempestività dell'individuazione dei soggetti candidati al trattamento aspecifico e nell'interesse sempre minore da parte del personale di assistenza di reparto, che in un'ottica lavorativa di per sé già frenetica, ritiene tale modalità di intervento come un surplus lavorativo a cui non sempre è ben disposto.

A causa di ritmi lavorativi sempre più stretti e convulsi, la maggiore comodità per il personale

di assistenza si individua nel ricovero di pazienti allettati, disponibili in qualsiasi momento a subire passivamente ogni manovra medico-infermieristica, senza tener conto delle esigenze degli stessi.

Talvolta, le richieste di consulenza pervenute si sono ripetute a distanza di pochi giorni per uno stesso paziente, in assenza di complicanze cliniche; ciò vuol dire che il reparto richiedente non ha implementato l'intervento aspecifico di riabilitazione al paziente. Alla luce di quanto detto, sarebbe auspicabile la supervisione dell'operato del personale di reparto da parte di una figura preposta.

Ulteriore criticità rilevata è la mancanza di spazi comuni e la ristrettezza delle camere di degenza.

L'accento sull'importanza degli spazi comuni (corridoi, mense, aree di ricreazione) fu posta dal sociologo prof. Achille Ardigò il quale li riteneva fondamentali per stabilire la relazione in modo anche casuale tra persone.

I progetti per la costruzione di ospedali sono guidati ancora da criteri economicistici ritenendo che ogni spazio non direttamente necessario alla filiera produttiva sia inteso come uno spreco inutile.

Pertanto, andrebbe ridiscussa l'edilizia ospedaliera in quanto dovrebbe destinare maggiori spazi alla comunità e alla socialità dei degenti mentre attualmente gli spazi disponibili sono sempre occupati da studi medici e/o da implementazione di disparate attività. Per favorire, inoltre, i momenti socializzanti, oltre a rivedere i requisiti strutturali quali maggiori spazi comuni andrebbero rivisti anche i requisiti organizzativi quali nessuna limitazione oraria per le visite, aumento delle risorse umane quali OSS e terapisti occupazionali, quest'ultima figura totalmente assente all'Inrca.

Per favorire una maggiore disponibilità alla riabilitazione aspecifica delle badanti sarebbe opportuno formare quest'ultime con corsi specifici di addestramento al mantenimento delle ADL, organizzati direttamente dall'Azienda sanitaria.

Dall'esperienza della riabilitazione aspecifica avvenuta all'INRCA, il numero dei pazienti, coinvolti nel trattamento aspecifico, è stato minore rispetto al numero di coloro che ne avrebbero potuto beneficiare. La chiave di lettura di ciò può identificarsi nella mancanza della figura di un case-manager che si possa occupare del soddisfacimento dei bisogni del paziente e dei familiari in relazione alle risorse disponibili, facendo tra l'altro da tramite tra i diversi Servizi di cura presenti sul territorio.

Tenendo conto della mission dell'INRCA, in assenza attualmente di Linee Guida Nazionali, risulta indispensabile sviluppare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale-riabilitativo (PDTA-R) per la riabilitazione aspecifica, coinvolgendo le diverse professionalità mediche e sanitarie per un approccio interdisciplinare che risulti sempre più efficace, efficiente ed appropriato.

BIBLIOGRAFIA

- Brizioli E, Trabucchi M. 2014. Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale. Maggioli ed.
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998. "Linee Guida del Ministro della sanità per le attività riabilitative"- (Pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n 124
- Sito internet: WIKIPEDIA.
- Provvedimento-Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato -le regioni e le province di Trento e Bolzano-7 maggio 1998-
- Per una sociologia nel mondo oltre il postmoderno, professore Achille Ardigò- Bari-Laterza 1988



Fisioterapista: oltre la tecnica la relazione d'aiuto

Cristiana Piangiarelli, Giorgio Caraffa

AV3 Macerata

Riassunto: è riportato il caso clinico di un paziente oncologico ricoverato in reparto ospedaliero dove, oltre alle cure medico-paliative, viene erogata anche una riabilitazione fisiokinesiterapica. Durante l'intera degenza del paziente è stato verificato come l'insieme delle tecniche conosciute dal fisioterapista non avrebbero avuto nessuna efficacia se egli non avesse attuato in parallelo un intervento basato sulla helping alliance, su una buona relazione di aiuto. La relazione tra paziente e terapeuta sembra essere, infatti, sempre più determinante nella previsione degli esiti del trattamento e fondamentale al processo terapeutico. Tale relazione è basata sulla comunicazione, sull'ascolto, sull'empatia e sul tocco (come mezzo per alleviare le sofferenze del tumore).

Parole chiave: relazione di aiuto, fisioterapia

Abstract: the clinical case of a cancer patient hospitalized is reported, where, in addition to palliative medical care, a physiotherapeutic rehabilitation is also provided. During the entire stay of the patient it was verified how the set of techniques known to the physiotherapist would have had no effect if he had not implemented an intervention based on helping alliance. The relationship between patient and therapist has been viewed as an important determinant of treatment outcome and is considered central to the therapeutic process. This relationship is based on communication, listening, empathy and touch (as a means of alleviating the suffering of cancer).

Keywords: helping alliance, physical rehabilitation

Il lavoro del fisioterapista non è solamente un lavoro di tipo manuale; affinché l'intervento terapeutico raggiunga un risultato ottimale l'operatore deve necessariamente avere delle competenze che esulano dal suo sapere e si avvicinano di più al saper fare e al saper essere in relazione con il proprio paziente.

Secondo il D.M. 741/94 il fisioterapista è un professionista della Sanità in possesso del diploma di Laurea o titolo equipollente, che lavora, sia in collaborazione con il Medico e le altre professioni sanitarie, sia autonomamente, in rapporto con la persona assistita, valutando e trattando le disfunzioni presenti nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e viscerali conseguenti ad eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita.

Questa definizione ha dei connotati riduttivi se si pensa che nella pratica quotidiana il fisioterapista si trova anche a fronteggiare problematiche di natura puramente relazionale inserite all'interno di un contesto socio-

culturale.

È adeguato riformulare, quindi, l'espressione individuando nel fisioterapista colui che, oltre ad effettuare un intervento di tipo "manuale", deve necessariamente possedere delle competenze di tipo "relazionale".

Il fisioterapista, infatti, opera all'interno di un processo riabilitativo che porta la persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile alle sue scelte operative. Il fisioterapista, quindi, mette in atto una serie di strategie educative mirate a stabilire nuove modalità di relazione tra le condizioni di salute di un individuo e tutti i fattori contestuali in cui vive.

Nel 2001 la World Health Organization ha pubblicato la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, aggiornando e cambiando in termini più positivi la classificazione precedente. Tale documento è diventato un punto di riferimento per i

fisioterapisti: il metodo di lavoro proposto da questa classificazione consente di cogliere tutte le variabili del paziente e di mettere in condizioni il fisioterapista di progettare un intervento riabilitativo globale. La diagnosi fisioterapica deve comprendere cioè la rilevazione degli impairment strutturali e funzionali, l'analisi delle limitazioni delle attività e dei problemi di partecipazione sociale del paziente. L'ICF propone inoltre di considerare anche gli eventuali fattori ambientali e personali che possono giocare un ruolo significativo nel recupero del paziente. L'ICF è potenzialmente un ottimo metodo di lavoro per mettere il fisioterapista in condizione di valutare il paziente globalmente; purtroppo ad oggi non è stata ancora stabilita quale sia la modalità migliore per utilizzare questo strumento nei vari ambiti d'intervento del fisioterapista.

Le competenze relazionali devono essere, quindi, uno strumento di cura fondamentale per far sì che l'intervento di tipo "manuale" possa avere la sua piena efficacia.

Il lavoro del fisioterapista è infatti un processo che porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile alle sue scelte operative. Il fisioterapista mette in atto una serie di strategie educative mirate a stabilire nuove modalità di relazione tra le condizioni di salute di un individuo e tutti i fattori contestuali in cui vive. Gli strumenti utilizzati per suddetto processo sono la comunicazione, l'ascolto, la capacità empatica e non ultimo il tocco.

La capacità di comunicare e di stabilire una relazione positiva ed emotivamente armonica col paziente e con i familiari è oggi riconosciuta utile in ogni branca della medicina. Come ben sapevano i medici del passato, la relazione fa parte della cura: allora vi era una certa impotenza sul piano diagnostico-terapeutico ma un forte legame con il paziente e l'attività di cura *coincideva spesso con l'anamnesi: la "narrazione" del disturbo agiva come una forza catartica, come il migliore dei placebo*. La relazione quindi fa parte della cura e la medicina oggi sta riscoprendo questa risorsa tant'è che in ambito anglosassone si va affermando un nuovo approccio terapeutico sintetizzato dallo slogan "*from cure to care*", dalla cura al prendersi cura. È quindi necessario che il fisioterapista, il medico e tutti gli operatori sanitari vengano appositamente preparati al prendersi cura delle dinamiche relazionali ed emozionali che inevitabilmente emergono nel contatto con la

sofferenza dell'altro.

La medicina dei nostri tempi comporta infatti, sempre più spesso, il contemporaneo intervento di più operatori sanitari (medici di famiglia, specialisti, infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.). Pertanto la malattia diventa un luogo di incontro tra persone, un incontro che può essere costruttivo e gratificante fino a contenere importanti stimoli sul piano della crescita personale oppure distratto e inefficace o, peggio ancora, conflittuale e sofferto. L'esito dipende in larga misura dalle abilità comunicativo-relazionali del personale sanitario coinvolto e ciò evidenzia l'impellente esigenza di sviluppare negli operatori tali abilità. Una relazione efficace con i pazienti rappresenta un'importante componente nel piano di cura fin dal momento della comunicazione della diagnosi e della prognosi. Un buon scambio di informazioni può ridurre difatti l'angoscia del paziente e migliorare il suo grado di collaborazione. Occorre inoltre evidenziare che una corretta gestione delle tecniche comunicative da parte di medici e altri operatori ha un impatto positivo non solo sul paziente (riduzione dell'angoscia e miglioramento della *compliance*), ma anche sul professionista sanitario (diminuzione del numero dei colloqui, minore ansia nell'affrontare le tematiche della diagnosi, della prognosi e della cura) e sulla organizzazione (miglioramento della qualità della vita professionale e la relazione con colleghi e superiori). La capacità di comunicare con l'altro è quindi un elemento imprescindibile per chi opera in ambito sanitario, un primo passo verso quel ruolo di relazione complesso e delicato che le professioni sanitarie rappresentano. Oltre a considerare i disagi emozionali del malato e dei suoi familiari è importante valutare anche la difficoltà psicologica a cui va incontro l'équipe nello svolgimento della sua attività lavorativa, caratterizzata da una tensione emozionale creata dal continuo contatto con altri esseri umani la cui sofferenza fisica acuisce la vulnerabilità emozionale e la suscettibilità relazionale. Per svolgere bene il proprio compito e per provvedere al meglio alla cura degli altri, occorre che tutte le figure coinvolte nel processo di cura, abbiano prima di tutto cura di se stessi. Ciò è possibile solo se l'operatore è stato formato appositamente per riconoscere e governare tutte quelle istanze emozionali, spesso ambivalenti, che inevitabilmente emergono nel contatto, a volte frustrante, con la sofferenza dell'altro, mettendolo in grado di gestire tali emozioni senza esserne a sua volta travolto.

Prendersi cura di una persona malata non significa solo diagnosticare e trattare la disfunzione, ma anche saper comprendere l'unicità, il vissuto, i bisogni espressi e non espressi. Accanto all'Evidence Based Medicine/ Physiotherapy, che è fondamentale per dare risposte affidabili da un punto di vista terapeutico e verificate scientificamente, la Medicina Narrativa rappresenta un approccio umanistico al paziente, sostiene la necessità di contestualizzare i dati clinici integrando le evidenze scientifiche con informazioni che riguardano la percezione individuale dello stato di malattia e il significato che ad essa attribuito. Un approccio di tipo narrativo verso la persona malata conduce a nuovi livelli di conoscenza dell'impatto della malattia sulla vita del paziente, delle qualità delle cure e del rapporto medico/operatore e paziente, e diventa uno strumento in grado di fornire informazioni qualitative utili per ridefinire la pratica clinica nel suo complesso. E' opinione condivisa che il momento dell'incontro con l'altro non può essere lasciato alla casualità della predisposizione personale e che i professionisti della salute debbano essere sempre più preparati ad ascoltare, interpretare e ricevere le storie di malattia e di vita che i pazienti raccontano. Occorre quindi che tecniche relazionali, come ad esempio la Medicina Narrativa, vengano rivisitate da un punto di vista metodologico in maniera che non solo i medici ma anche gli operatori sanitari possano inserirle nella loro pratica clinica e avere così delle risposte che possano essere sottoposte a verifiche.

La comunicazione è un processo interattivo tra un emittente (colui che invia il messaggio) ed un ricevente (colui che lo riceve) (figura 1). Tale processo non è lineare ma circolare, poiché sia emittente che ricevente danno ed al contempo ricevono informazioni: il messaggio viene inviato dall'emittente, è decodificato dal ricevente il quale dà una risposta di ritorno, che viene a sua volta ricevuta e decodificata da colui che è divenuto ora ricevente.

Il processo non è immune da intoppi a causa di diverse problematiche che possono intervenire ai vari livelli (emittente, ricevente, messaggio, codifica, decodifica). Può accadere così che la comunicazione non sia buona a causa di un messaggio non ben formulato nei contenuti o nella forma (problema legato all'emittente), ma anche che il problema riguardi la decodifica, ovvero che il ricevente storpi il messaggio ricevuto a causa di quelli che vengono definiti filtri della comunicazione (preconcetti,

stereotipi, modelli e valori culturali, etc.). Un messaggio, per essere il più chiaro e meno equivocabile possibile, deve essere coerente a livello verbale, paraverbale e non verbale, ovvero deve esserci corrispondenza tra ciò che viene detto (parole, frasi), come viene detto (tono della voce, velocità dell'eloquio, pause, silenzi) e circostanze in cui viene detto (spazio interpersonale, postura, mimica facciale, gesti). Quando ciò non accade si ha l'immediata percezione che qualcosa non convinca e si rende necessario disambiguare il messaggio. Una funzione essenziale in tal senso è svolta dal non verbale, che dice a volte di più delle stesse parole: lo spazio interpersonale, il tono della voce, il contatto visivo e corporeo, la velocità dell'eloquio, le pause ed i silenzi, la postura ed i gesti, danno corpo alle parole dette, facilitano la comprensione del messaggio rendendolo credibile o meno. La mancanza di questo aspetto nella comunicazione scritta la rende più facilmente equivocabile; è per ovviare a questo problema che sono state create le *emoticon*.

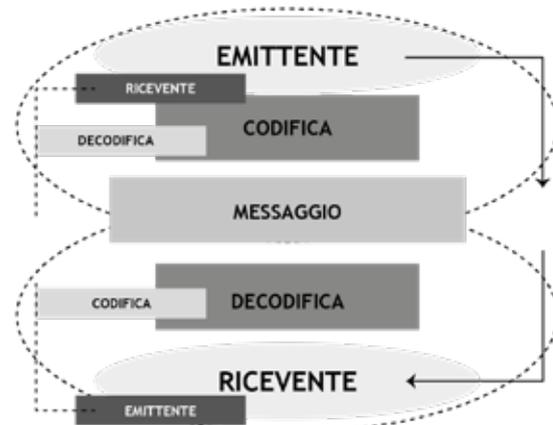


Figura 1. La comunicazione è un processo interattivo

A differenza di quanto si potrebbe pensare, è stato provato che nella comunicazione vis-a-vis solo il 7% del significato del messaggio viene trasmesso attraverso le parole, ben il 38% viene comunicato tramite gli aspetti paraverbali (tono, volume della voce, velocità dell'eloquio) e addirittura il 55% attraverso la comunicazione non verbale (postura, gesti, espressioni facciali) (Mehrabian, 1981). Il non verbale insomma parla più delle parole, veicolando ciò che non può essere espresso a voce: emozioni, preoccupazioni, stati d'animo, aspetti che determinano il colore della comunicazione. In alcuni contesti tra cui quello della cura, la qualità della comunicazione determina la riuscita o meno degli obiettivi che si vogliono raggiungere. La qualità della comunicazione con la persona assistita è il tramite

della *relazione terapeutica*. Che si tratti di un colloquio a due o in gruppo, in generale, nelle relazioni di aiuto l'attitudine, la sensibilità e molti altri fattori legati agli interlocutori, possono generare malintesi. I colloqui tra operatori e pazienti non sono conversazioni qualunque poiché comportano un obiettivo, per cui il buon senso e la buona volontà si rivelano insufficienti a garantire una buona comunicazione, che necessita di abilità e competenze che vanno apprese in appositi percorsi formativi.

Ecco quindi l'importanza dell'Ascolto, sebbene non sia sufficiente solo tacere per ascoltare. Ascoltare presuppone un atteggiamento nello stesso tempo recettivo e percettivo. Quando un medico o un fisioterapista ascolta un suo assistito, ascolta con la finalità di fare diagnosi clinica o funzionale, tende sia l'orecchio (ricezione) che la mente (percezione) per captare e comprendere il significato più profondo nascosto dietro alle parole, cioè coglierne il contenuto emotivo.

Perché la comunicazione si stabilisca, bisogna mostrare all'altro che è stato capito. A tale scopo è utile *reformulare* ciò che l'altro ha detto. Reformulare significa riprodurre più che ripetere e riprodurre non solo con correttezza, ma anche con *empatia*, senza tuttavia utilizzare le stesse parole. Reformulare non fa parte delle nostre reazioni spontanee. Si tratta di una strategia di comunicazione tipica delle situazioni di relazione di aiuto che non sono né conversazioni, né discussioni, né interviste. "Così, secondo lei ...", "Se ho ben capito, lei vuole dire che ...", "In altri termini ...", "A suo avviso ..." sono alcuni dei modi di introdurre una *reformulazione*, che è un intervento che consiste nel dire in altri termini ed in modo più conciso o più esplicito ciò che l'interlocutore ha appena espresso. Riconoscendosi nella riformulazione la persona si sente capita e, quindi, spinta a dire di più. Questa tecnica mira principalmente a favorire l'espressione dell'assistito, ma permette anche di calibrare gli interventi dell'operatore, indicando la buona lunghezza d'onda sulla quale svolgere la comunicazione, che sia di aiuto sociale, pedagogico o terapeutico.

Una risposta di questo tipo costituisce una verifica di ciò che è stato detto ed inteso, può dar luogo a rettifiche, a sfumature e, quindi, ad una progressione nella comunicazione. Secondo lo psicologo e psicoterapeuta Carl Rogers (Rogers, 1957, 1942; 1951) *l'ascolto empatico* è talmente importante da considerarlo condizione necessaria e sufficiente affinché si instauri una

relazione di aiuto.

Riformulare, come già detto, non fa parte delle nostre attitudini spontanee ma è un'abilità che va acquisita ed esercitata in continuazione. Una volta appresa i risultati saranno immediatamente e chiaramente manifesti.

Si è prima parlato di Empatia, ma cosa significa questa parola e come può essere utilizzata in una relazione d'aiuto?

L'empatia ha dunque il significato di:

1. Abilità di percepire i sentimenti di altri.
2. Esperienza cognitivo/affettiva suscitata da un altro.
3. Identificazione parziale dello stato psichico di un'altra persona.

L'empatia raccoglie quindi i *dati psicologici* dell'altro all'interno di una relazione d'aiuto dinamica che implica:

1. Identificazione
 - Pensarmi nella persona dell'altro.
2. Introspezione

Nell'ascolto del paziente, il fisioterapista si confronta con la propria esperienza, e si chiede: "Cosa ho provato in una situazione simile?"

Empatia non è però sinonimo di distanza/vicinanza emotiva. Non significa "essere più buoni". Si può essere empatici e allo stesso tempo mantenere la distanza. Non deve essere condizionata dall'emotività, altrimenti è simpatia (caratterizzata da condivisione e affinità); non è una metodica intellettuale di intelligenza diagnostica, ma *intelligenza percettiva*.

L'empatia è quindi una *modalità relazionale cognitiva* che consente di raccogliere i *dati psicologici* di un'altra persona, per instaurare con questa una comunicazione relazionale. I dati psicologici sono sia di *ordine verbale* che *non verbale*. Il fisioterapista prende in considerazione quello che è detto dal paziente, e quello che non dice, insieme ad altre informazioni quali: postura, reazioni, azioni, tensioni emotive, rimozioni, resistenze. L'insieme di queste informazioni contribuisce a definire la *chiave di lettura* di una determinata relazione di aiuto.

Per Alexander (1891-1964), psicoanalista statunitense di origine ungherese, l'esercizio dell'empatia nella relazione terapeutica dà luogo a *un'esperienza emotiva correttiva*. Questa è una nuova modalità relazionale che cambia il comportamento. Tale cambiamento ha quindi luogo senza ricorrere all'interpretazione analitica. Kohut (1913-1970), psicoanalista statunitense di origine austriaca, afferma: *l'empatia è la capacità di pensare e sentire se stessi nella vita interiore*

di un'altra persona. È la nostra capacità quotidiana di provare ciò che un'altra persona prova, anche se, di solito e giustamente, in maniera attenuata.

Per esercitare però empatia con gli altri abbiamo necessità di essere empatici con noi stessi. In altre parole, prima di pensarci nello schema di riferimento degli altri, dobbiamo avere la consapevolezza del nostro stesso sistema di riferimento interno; metterci in contatto con ciò che sentiamo interiormente, con le nostre emozioni, reazioni. Solo così possiamo relazionarci con l'altro nella consapevolezza di noi stessi.

L'ultimo strumento di cura che il fisioterapista ha, ed è forse il più potente, è il Tocco.

Le mani del fisioterapista riescono a comunicare ciò che le parole non riescono a spiegare (comunicazione non verbale) e trasmettono al paziente una condizione di benessere.

Si tratta di un tocco lento e sensibile, capace di attivare l'energia vitale delle persone trattate e di generare in esse benefici a livello psichico, fisico e emozionale. Il tocco si propone come utile strumento da utilizzare nella relazione d'aiuto (human caring) attraverso l'uso naturale delle mani per accompagnare il soggetto ricevente verso cambiamenti benefici del proprio stato di salute. A differenza di altre tipologie di massaggio, il Tocco non prevede tecniche manuali stabilite a priori ma si adatta alle esigenze e ai messaggi corporei della persona nello stesso momento del trattamento. Ogni seduta diviene un'esperienza intercorporea e intersoggettiva in continuo divenire: gli effetti benefici non rimangono limitati nel tempo della seduta ma continuano a esprimersi sui piani psico-fisico-emozionali, nelle ore e nei giorni successivi. Per comprendere meglio come il fisioterapista possa essere parte integrante della relazione d'aiuto di seguito esporrò un caso clinico.

CASO CLINICO

Il caso clinico oggetto di studio è un uomo di 68 anni, che nel 2017 subisce un trapianto di fegato per epatocarcinoma; a fine 2018 si evidenzia una sciatalgia a destra che costringe il paziente ad utilizzare una stampella per deambulare.

Nel giugno 2019 il signore avverte un forte dolore ad entrambe le anche; vengono effettuati controlli radiografici che evidenziano lesioni osteofitiche. Dopo una settimana il paziente cade accidentalmente a terra e necessita di un ricovero; dapprima viene assistito nel reparto di Medicina per poi essere trasferito nel reparto di Oncologia. Qui effettua un ciclo di radioterapia

a scopo antalgico sul rachide cervico-dorsale e sul bacino. Ad ottobre viene trasferito nel reparto di Cure Intermedie dell'Ospedale di Treia per trattamento medico-palliativo (3/4 cicli) per recidiva ossea di epatocarcinoma. Il paziente richiede la valutazione da parte del fisiatra che, successivamente all'indagine, indica al fisioterapista come è opportuno procedere.

Il primo contatto tra il fisioterapista e il paziente evidenzia un distacco da parte di quest'ultimo: il paziente si mostra diffidente durante il colloquio di presentazione, distoglie lo sguardo e di fronte alla descrizione delle azioni previste dal protocollo riabilitativo congela il terapista suggerendo che già esegue in autonomia tali esercizi.

Per i successivi quattro giorni il paziente si mostra schivo e riservato, non è collaborante e non lascia che il fisioterapista si avvicini. Ma ecco che laddove la tecnica fisioterapica non funziona, entra in gioco l'importanza della *helping alliance* e il valore di sentirsi riconosciuti prima come persona che come paziente. Il quinto giorno il fisioterapista entra nella stanza del paziente, lascia in secondo piano il calendario riabilitativo e si rivolge a lui, curando l'aspetto relazionale. Gli comunica, dopo averlo salutato, che hanno una conoscenza in comune (il padre del fisioterapista). Questa notizia crea un contatto, un canale che consente ai due di *riconoscersi*. E riconoscersi spesso è un primo passo verso una relazione di fiducia: il paziente rivolge lo sguardo verso il fisioterapista e accenna un sorriso; quell'informazione veicola un messaggio ben più importante della notizia in sé e pone le basi per l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e per il lavoro futuro. Nei giorni seguenti la terapia riabilitativa si svolge tra massaggi e lunghe discussioni tra i due. Ormai si è creata quella alleanza terapeutica che pone al centro della malattia del paziente il suo fisioterapista, al punto che questi avverte dolore solo in assenza del suo fisioterapista.

E' chiaro quindi come la conoscenza 'manuale' del fisioterapista non possa prescindere dalla conoscenza degli strumenti che mettono in moto una relazione d'aiuto.

In una review del 2010 pubblicata da Amanda Hall e colleghi viene ribadito, dopo aver analizzato e confrontato i risultati di circa 1600 studi, come l'alleanza terapeutica e la relazione che si instaura con il paziente e il fisioterapista giochino un ruolo chiave nell'influenzare positivamente il trattamento e nell'anticiparne gli esiti.

I risultati indicano che esiste una correlazione

positive tra la relazione e gli esiti del trattamento con particolare riferimento alla percezione del dolore da parte del paziente, il suo grado di disabilità, la salute fisica e mentale e la sua soddisfazione rispetto al trattamento. Gli autori hanno inoltre evidenziato la necessità di individuare in futuro uno strumento unico in grado di misurare l'incidenza che l'alleanza terapeutica e la relazione d'aiuto gioca nel setting riabilitativo. Il buon fisioterapista è quindi colui che sa stabilire, prima, una relazione empatica d'aiuto che permetterà, poi, di utilizzare tutte le tecniche proprie del suo bagaglio professionale ed esperienziale.

BIBLIOGRAFIA

- Hall, A.M., Paulo H. Ferreira, P.H., Maher, C.G., Latimer, J., Ferreira, M.L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. *Physical Therapy*, Volume 90, Issue 8, 1.
- Hough, M. (2004). *Abilità di Counseling*. Trento: Erickson.
- May, R. (1989). *L'Arte del Counseling*. Roma: Astrolabio.
- Mehrabian, A. (1981). *Silent Messages: Implicit Communication of Emotions and Attitudes*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Porter, E.H. (1950). *Introduction to Therapeutic Counseling*. Boston: Houghton Miffling Co.
- Rogers, C. (1942). *Psicoterapia di consultazione*. Trad. it, Roma: Astrolabio, 1971.
- Rogers, C. (1951). *Terapia centrata sul cliente*. Firenze: La Nuova Italia, 1997.
- Rogers, C. (1957). *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*. Boston: Houghton Miffling Co.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi*. Roma: Astrolabio.

Prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D

Cristiano Maria Francucci^{1,2}, Giovanni Renato Riccardi¹, Patrizia Giacchetti¹,
Alessandro Fié¹, Flora D'Ambrosio¹, Oriano Mercante¹

¹Dipartimento di Post Acuzie Continuità Assistenziale, UOC Medicina di Riabilitazione, IRCCS INRCA POR Ancona; ²San Pier Damiano Hospital, Faenza (RA) - Gruppo Villa Maria Care & Research, Lugo (RA)

Riassunto. Il documento discute della complessità della prescrizione ed utilizzo della vitamina D.

Abstract. The document discusses the complexity of the prescription and use of vitamin D

Tanto tuonò che piovve. Il 26/10/2019 è stata pubblicata sulla G.U. n. 252 la NOTA 96 inerente le condizioni per la prescrizione a carico del SSN dei farmaci con indicazione “prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D” nell’adulto (>18 anni). Ne sentivamo il bisogno? Forse sì o forse no. Probabilmente può essere utile nel marasma delle indicazioni o controindicazioni al suo utilizzo da parte di Società Scientifiche, Stati sovrani, comitati di esperti, esperti, regioni, o aziende ospedaliere, oppure, come il “cubo di Kubrick”, rischia di essere un rompicapo per i non addetti ai lavori! In quest’ultimo caso il risultato potrebbe essere duplice: soprassedere all’utilizzo oppure inviare i pazienti presso i centri specializzati.

La nota interviene, di fatto, nel contingentare sia i soggetti da trattare che quelli nei quali dosare la vitamina D. Infatti, distingue tra pazienti ai quali la prescrizione della vitamina D è indipendente dal dosaggio della stessa, da quelli in cui è subordinata alla sua determinazione (vedi algoritmo, adattato dalle indicazioni del NICE 2018). Chi sono i primi: “persone istituzionalizzate, donne in gravidanza o in allattamento e persone affette da osteoporosi da qualsiasi causa o osteopatie accertate non candidate a terapia remineralizzante”. I secondi, invece, sono: “persone con livelli sierici di 25OHD <20 ng/mL e sintomi attribuibili a ipovitaminosi (astenia, mialgie, dolori diffusi o localizzati, frequenti cadute immotivate); persone con diagnosi di iperparatiroidismo secondario a ipovitaminosi D; persone affette da osteoporosi di qualsiasi causa o osteopatie accertate candidate a

terapia remineralizzante per le quali la correzione dell’ipovitaminosi dovrebbe essere propedeutica al suo inizio; una terapia di lunga durata con farmaci interferenti col metabolismo della vitamina D (antiepilettici, glucocorticoidi, antiretrovirali, antimicotici, colestiramina, orlistat, etc.); malattie che possono causare malassorbimento nell’adulto” (fibrosi cistica, celiachia, m. Crohn, chirurgia bariatrica, etc). La flowchart per la determinazione della vitamina D “non è applicabile nelle seguenti condizioni per le quali è indicata una valutazione specialistica: insufficienza renale (eGFR<30 mmol/L), urolitiasi, ipercalcemia, sarcoidosi, neoplasie metastatiche e/o linfomi”. A queste indicazioni la NOTA aggiunge la ovvia, anche se a volte disattesa, considerazione che “le terapie remineralizzanti dovrebbero essere iniziate dopo la correzione della ipovitaminosi D”.

Poco chiaro, invece, è il tentativo di individuare il dosaggio appropriato di colecalciferolo o calcifediolo in base ai valori della vitamina D. Infatti, questi sono subordinati al coefficiente di variazione dei metodi di dosaggio che oscillano in relazione ai kits utilizzati tra il 5 ed il 10%. A questo va aggiunto che non tutti i pazienti rispondono uniformemente al trattamento: per farmaci che interferiscono con il metabolismo della vitamina D e l’assorbimento intestinale di calcio (cortisonici, orlistat, colestiramina, antiepilettici, etc.), polimorfismi genetici che coinvolgono il processo di formazione della vitamina D dai suoi precursori o la proteina di trasporto della vitamina D (DBP), obesità, età, malassorbimento, e/o malattie concomitanti.

Per concludere, la NOTA 96 sicuramente può essere di aiuto nel migliorare il nostro lavoro, ma non potrà mai conculcare la competenza del medico nell'adattarla alle esigenze del proprio assistito.

Allegato 1. Guida alla misurazione della 25OHD e alla successiva prescrizione della Vitamina D

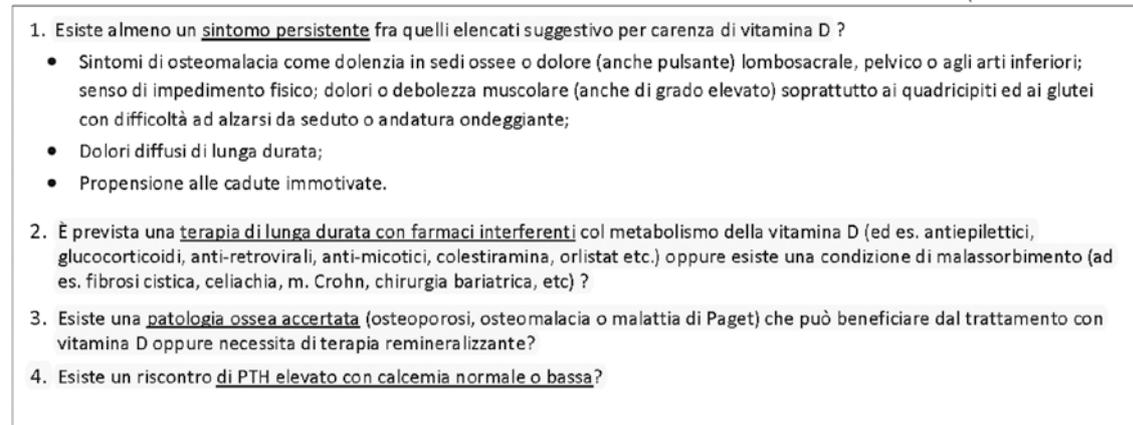
Diagramma di flusso applicabile a persone > 18 anni per la determinazione della 25OH Vit D

La flowchart non è applicabile nelle seguenti condizioni per le quali è indicata una valutazione specialistica:

- insufficienza renale (eGFR<30 mmol/L),
- urolitiasi,
- ipercalcemia,
- sarcoidosi,
- neoplasie metastatiche, linfomi,

NB: La determinazione dei livelli di 25OHD NON deve essere intesa come procedura di screening è NON è indicata obbligatoriamente in tutte le possibili categorie di rischio.

(adattato da NICE 2018)



↓ SI

↓ NO

È appropriata la prescrizione di una determinazione della 25(OH) D.
Nell'interpretazione dei risultati considerare che il laboratorio potrebbe NON condividere i medesimi intervalli di normalità.

La determinazione della 25(OH) D, NON è appropriata.

Livelli di 25 (OH) D		
0 – 12 ng/mL (0-30 nmol/L)	13-20 ng/mL (30-50 nmol/L)	>20 ng/mL (50 nmol/L)
Prescrizione di: colecalfiferolo in dose cumulativa di 300.000 UI somministrabile in un periodo massimo di 12 settimane, suddivisibili in dosi giornaliere, settimanali o mensili (non oltre le 100.000 UI/dose per motivi di sicurezza)	Prescrizione di: colecalfiferolo in dose giornaliera di 750-1.000 UI o in alternativa dosi corrispondenti settimanali o mensili.	Considerare altre possibili cause dei sintomi. Con l'eccezione di patologie ossee riconosciute, la supplementazione con vitamina D non è raccomandata e pertanto non rimborsata dal SSN.
Prescrizione di: calcifediolo 1cps 2 volte al mese	Prescrizione di: calcifediolo 1cps/mese	

Verifica dei livelli della 25OH D a tre mesi nel caso non vi sia risoluzione del quadro clinico di partenza

La supplementazione con vitamina D, dopo la eventuale fase intensiva iniziale di 3 mesi, prevede:

- l'interruzione del trattamento a correzione avvenuta dei sintomi da carenza salvo ricomparsa degli stessi
- la prosecuzione per tutta la durata delle terapie remineralizzanti,
- la prosecuzione per la durata delle terapie interferenti col metabolismo della vitamina D (antiepilettici etc.)
- la prosecuzione in caso di osteomalacia, osteoporosi e malattia di Paget

Proposta di protocollo di trattamento per l'incontinenza urinaria Post-prostatectomia

Flora D'Ambrosio¹, Valeria Bugari¹, Cristina Camilletti¹, Barbara Cavallari¹,
Daniele Castellani², Redi Claudini², Simona Rocchi², Barbara Tramontana³

¹UOC Medicina Riabilitativa IRCCS INRCA POR Ancona; ²UOC Urologia IRCCS INRCA POR Ancona;

³UOC Medicina Riabilitativa IRCCS INRCA POR Fermo

Riassunto. L'incontinenza urinaria dopo chirurgia prostatica è una delle più comuni cause di incontinenza nell'uomo, ed ha un impatto negativo dal punto di vista emotivo, economico e sociale. La maggior parte delle linee guida raccomanda il training muscolare del pavimento pelvico (livello di evidenza grado B) come prima opzione per trattare l'incontinenza urinaria dopo chirurgia prostatica. Per questi motivi, abbiamo deciso di creare un modello di assistenza interdisciplinare per l'incontinenza dopo chirurgia prostatica. Nell'articolo viene descritto il protocollo di valutazione e trattamento, i criteri di selezione dei pazienti e gli obiettivi che ci poniamo.

Parole chiave: chirurgia prostatica, incontinenza urinaria, riabilitazione del pavimento pelvico, modelli di assistenza

Abstract. Urinary incontinence after prostate treatment is one of the most common causes of incontinence in men, and it has an emotional as well as economic and social impact on patients in many ways. Most guidelines recommend pelvic floor muscle training (evidence level grade B) as the first option to urinary incontinence after prostate treatment. Therefore, we decided to create an interdisciplinary model of care for incontinence after prostate surgery. We describe the assessment and treatment protocol, patients selection criteria and expected goals.

Keywords: prostate surgery, urinary incontinence, pelvic floor rehabilitation, models of care

INTRODUZIONE

La prevalenza stimata dell'incontinenza urinaria maschile varia dall'1 al 39% in diversi studi^[1]. Tale variabilità può essere dovuta a molti fattori, tra cui le diverse popolazioni studiate o diverse definizioni di incontinenza. Una delle cause iatrogene più note di incontinenza urinaria nell'uomo è la prostatectomia. La resezione prostatica per cause benigne si associa con bassi tassi di incontinenza a 12 mesi^[12], mentre dopo prostatectomia radicale la presenza di incontinenza a lungo termine varia dal 2 fino al 60% e oltre^[1]. La prevalenza di incontinenza riferita dai pazienti è circa 2-3 volte quella riportata dalle valutazioni mediche. Studi che hanno eseguito entrambe le valutazioni confermano che i medici sottostimano l'incontinenza post-prostatectomia fino al 75% rispetto alla valutazione fatta dai pazienti^(3,6,7,8,9,10).

L'incontinenza post-prostatectomia ha un profondo impatto emotivo ed economico, ritardando il rientro del paziente nella società,

limitando le relazioni e l'attività lavorativa e del tempo libero, oltre alle spese dirette^[11].

MATERIALI E METODI

Sulla base di tali dati, nei mesi scorsi presso il POR INRCA di Ancona si è deciso di costituire un gruppo di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale per cercare di migliorare l'outcome funzionale dei pazienti operati di prostatectomia radicale per neoplasia e di resezione trans-uretrale per iperplasia benigna. Alla fine di una serie di incontri abbiamo impostato una proposta di protocollo di gestione condiviso tra le Unità Operative di Urologia e Medicina Riabilitativa per una presa in carico globale dei pazienti, a partire dal primo accesso per disturbi urinari correlati a patologia prostatica.

Durante la valutazione urologica, i pazienti vengono esaminati ed inviati ad un primo accesso in riabilitazione se presentano fattori di rischio per sviluppare incontinenza urinaria dopo l'intervento.

Abbiamo considerato rilevanti fattori di rischio la presenza di incontinenza urinaria alla prima valutazione, l'obesità, la presenza di stipsi importante, lo svolgimento di attività lavorative o hobbies che prevedano sforzi fisici significativi come intensità, frequenza e/o durata.

Tali pazienti vengono quindi inviati presso la Segreteria della Medicina Riabilitativa, dove al paziente viene consegnato un diario minzionale. A 4-6 settimane prima dell'intervento, i pazienti vengono chiamati a valutazione fisioterapica. Nel corso di 1-2 sedute viene effettuata una prima valutazione della funzione addomino-pelvica, e vengono insegnate tecniche di respirazione corretta e distribuzione delle pressioni intraaddominali, presa di coscienza del pavimento pelvico, tecniche di attivazione della muscolatura anteriore del piano perineale. In tale occasione viene ritirato il diario minzionale compilato dal 'paziente e consegnata una brochure informativa sulla incontinenza urinaria post-prostatectomia (cosa è, quali sono le cause, come si manifesta, la diagnosi e le possibilità di trattamento, oltre ai numeri da contattare per entrambe le Unità Operative).

A distanza di 30 giorni dopo l'intervento chirurgico viene programmata la visita urologica di controllo. In tale occasione l'Urologo verifica l'eventuale presenza di incontinenza urinaria e in tal caso invia il paziente a trattamento riabilitativo. Al paziente vengono somministrate scale specifiche di valutazione per l'incontinenza prima e al termine del ciclo di riabilitazione perineale e con la stessa tempistica si chiede di compilare il diario minzionale.

Qualora al termine del primo ciclo di trattamento non si sia raggiunta la continenza, il paziente verrà sottoposto ad un ulteriore trattamento con l'utilizzo di tecniche di BFB e/o ES e valutato all'inizio e alla fine (scale di valutazione e diario minzionale).

Se dopo tale ulteriore intervento ancora non si è raggiunta la continenza si procederà ad un approfondimento multispecialistico e verranno valutate singolarmente le opzioni terapeutiche più indicate.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il principale trattamento conservativo per l'incontinenza urinaria dopo prostatectomia rimane l'approccio riabilitativo, in particolare il training della muscolatura perineale (pelvic floor muscle training, PFMT), in eventuale associazione con tecniche di biofeedback (BFB) e cicli di elettrostimolazione (ES)^[5]. Alcuni studi hanno valutato l'efficacia di un approccio di counseling o PFMT precedente all'intervento,

con risultati non univoci^[1,13]. Alcuni studi riportano un più precoce recupero della continenza dopo prostatectomia in pazienti sottoposti a programmi di PFMT prima dell'intervento, mentre altri non riportano differenze. Gli studi a riguardo sono ancora scarsi e molto eterogenei, per cui c'è necessità di ulteriore approfondimento in questa direzione.

Le linee guida nordamericane danno indicazione al trattamento preoperatorio con PFMT con livello di evidenza di grado C^[11], mentre le linee guida ICI del 2016 concludono per un livello di evidenza 2 per un approccio pre- o immediatamente post-operatorio, con grado di raccomandazione B chiarificato^[1].

Per quanto riguarda il trattamento mediante PFMT pre- o post-operatorio con resezione prostatica per iperplasia benigna secondo la ICI non è dato sapere se tale approccio riduca l'incontinenza urinaria in seguito a questo intervento. Viene sottolineata la necessità di ulteriori studi sistematici a riguardo. Tuttavia, un piccolo studio suggerisce un potenziale beneficio nella percezione della severità dei sintomi di IU^[1,4].

Secondo Anderson il valore dei diversi approcci conservativi per l'incontinenza post-prostatectomia rimane incerto, con evidenze conflittuali tra loro. Sono necessari ulteriori studi controllati randomizzati, disegnati per rispondere a quesiti specifici e che includano outcomes importanti dal punto di vista del paziente come anche rilevanti per i professionisti nel processo decisionale^[2].

Sulla scorta di tali considerazioni, abbiamo ritenuto opportuno creare all'interno del POR INRCA un percorso integrato multidisciplinare ed interprofessionale che garantisca ai pazienti operati di prostatectomia radicale, ma anche di resezione prostatica per iperplasia benigna, un migliore approccio terapeutico all'incontinenza. I nostri obiettivi sono:

- ottimizzare i tempi di attesa
- favorire la continuità assistenziale e ridurre la dispersione
- standardizzare le valutazioni (anche a fini di ricerca e studio)
- semplificare l'iter del paziente all'interno della struttura
- migliorare l'outcome funzionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A ed. "INCONTINENCE 6th Edition 2017" 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016.
2. Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD,

- Glazener CMA. "Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence (Review)". *Cochrane database Syst Rev* 2015 Jan 20;1
3. Donnellan SM, Duncan HJ., MacGregor RJ., and Russel JM.: "Prospective assessment of incontinence after radical retropubic prostatectomy: objective and subjective analysis". *Urology* 49: 225, 1997. 363.
 4. Hou CP, Chen TY, Chang CC, Lin YH, Chang PL, Chen CL, et al. Use of the SF-36 quality of life scale to assess the effect of pelvic floor muscle exercise on aging males who received transurethral prostate surgery. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8:667-73.
 5. Kannan P, Winser SJ, Fung B, Cheing G. "Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training Alone and in Combination With Biofeedback, Electrical Stimulation, or Both Compared to Control for Urinary Incontinence in Men Following Prostatectomy: Systematic Review and Meta-Analysis". *Phys Ther*. 2018 Nov 1;98(11):932-945.
 6. Kuehhas FE, Naegele R, Eckersberger E, Margreiter M, Herwig R, Kazzazi A, Djavan B. "Urinary continence after radical prostatectomy: the patient perspective". *Can J Urol*. 2011 Aug;18(4):5811-8. 365.
 7. Lee SR, Kim HW, Lee JW, Jeong WJ, Rha KH, Kim JH. "Discrepancies in perception of urinary incontinence between patient and physician after robotic radical prostatectomy". *Yonsei Med J* 2010; 51(6): 883-887.
 8. McKammon KA, Kolm P, Main B, and Schellhammer PF: "Comparative quality of life analysis after radical retropubic prostatectomy: objective and subjective analysis". *Urology*, 49: 225, 1997. 362.
 9. Ojdebby G, Claezon A, Brekkan E, Haggman M, and Norlen BJ: "Urinary incontinence and sexual impotence after radical prostatectomy". *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 30: 473, 1996. 364.
 10. Olsson LE, Salomon L, Nadu A, Hoznek A, Cicco A, Saint F, Chopin D, and Abbou CC.: "Prospective patient-reported continence after laparoscopic radical prostatectomy". *Urology* 2001; 58: 570. 361.
 11. Sandhu JS, Breyer B, Comiter C, Eastham JA, Gomez C, Kirages DJ, Kittle C, Lucioni A, Nitti VW, Stoffel JT, Westney OL, Murad MH, McCammon K. "Incontinence after Prostate Treatment: AUA/SUFU Guidelines". *J Urol*. 2019 Aug;202(2):369-378
 12. Van Melick HH, van Venrooij GE, Eckhardt MD, and Boon TA.: "A randomized controlled trial comparing transurethral resection of the prostate, contact laser prostatectomy and electrovaporization in men with benign prostatic hyperplasia: analysis of subjective changes, morbidity and mortality". *J Urol.*, 169: 1411, 2003.
 13. Wang W, Huang QM, Liu FP and Mao QQ. "Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: a meta-analysis". *BMC Urology* 2014 dec 16;14:99



Medicina Narrativa e paziente geriatrico con demenza: una nuova frontiera

Francesco Guidi

UOSD Degenza Post Acuzie, IRCCS INRCA POR Ancona

Riassunto. L'utilizzo della Medicina Narrativa (MN) è un endpoint primario per un approccio etico e valido nella cura del paziente anziano con demenza. Il ruolo della MN unisce la cura del paziente al prendersi cura dello stesso, spesso fragile e la MN costituisce un ponte tra gli aspetti etici e della storia del paziente e l'applicazione dei principi della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM). L'Autore presenta l'esperienza dell'applicazione della MN, tramite la Calgary Cambridge Guide (CCG) in una UO di Postacuzie.

Parole Chiave: anziani, fragilità, comunicazione, Medicina Narrativa

Abstract. The use of Narrative Medicine, (NM) is recommended for an ethical and positive approach in the cure of elderly affected by dementia. The role of physician is not only in curing but also in caring an elderly frail patient and NM is a bridge between the story of any patient and the need of appropriate cure. The Author present the data about the application of NM, using the Calgary Cambridge Guide (CCG) in a Longterm Department.

Keywords: elderly, frail, communication, Narrative Medicine

INTRODUZIONE

Con il termine di Medicina Narrativa (MN) si intende una metodica d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa.

La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura.

Nella Consensus Conference del 2014, il fine dell'applicazione della MN è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura), atto alla attuazione di una concordanza tra paziente (o familiare/caregiver) e team assistenziale.

La MN si integra con la Medicina Basata sull'Evidenza (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate.

La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte.

Le persone, attraverso le loro storie, diventano

protagoniste del percorso di cura (CONSENSUS CONFERENCE, 2014).

Questi elementi ben si inseriscono nell'articolo 1, comma 8, della legge numero 219 del dicembre 2017, cosiddetta legge sul "consenso informato e direttive anticipate", che recita:

Il tempo della comunicazione tra medico e paziente è tempo di cura.

MATERIALI

La UOSD DPA del POR INRCA di Ancona è una Unità Operativa (UO) di Postacuzie di 22 posti letto che accoglie soggetti anziani, per lo più ultra 85enni, provenienti da varie UU OO del POR di Ancona o, meno frequentemente, da altre Aziende.

Questi necessitano di ulteriore permanenza in ambiente ospedaliero, dopo l'evento acuto e di riacutizzazione di patologia già nota, per una migliore stabilizzazione clinica, prima del ritorno al domicilio o il passaggio in struttura residenziale.

Oltre il 50% dei pazienti ricoverati presso la UOSD DPA risulta essere affetto da una forma di demenza in fase avanzata.

La demenza è una malattia cronico-degenerativa

dell'anziano che causa progressiva e graduale perdita dell'efficienza e dell'autonomia, con severe ricadute assistenziali e familiari. Può essere comunemente definita come malattia "familiare": non perché legata alla genetica ma per gli aspetti spesso devastanti che provoca nelle relazioni e nel tessuto familiare di una persona che ne risulta affetta.

La demenza, nelle sue varie forme nosografiche, non è pertanto la malattia della perdita della memoria recente ma una graduale e progressiva alterazione e/o perdita "senza ritorno" di tutte le principali funzioni dell'organismo.

Pertanto appare fondamentale, insieme alle "cure" del paziente affetto da demenza, non solo prettamente farmacologiche, effettuare una comunicazione corretta, costante ed efficace con i familiari che divengono presto caregiver oltre che soggetti di riferimento del paziente stesso.

In questo contesto la MN ha pertanto due distinti ma fondamentali ruoli: il primo costituito dagli aspetti narrativi della malattia del paziente che possono venir portati alla luce e utilizzati non solo a scopo di "ricordo" ma come base per la sua storia umana ed affettiva da esaltare, il secondo legato agli aspetti comunicativi ed "etici" della presa in carico del paziente con i familiari/caregiver. L'utilizzo della MN, partendo pertanto da elementi della storia del paziente, tende a costruire "storie di cura" individuali seppur in un contesto di rispetto delle direttive della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM).

In questo scenario si aprono tre momenti distinti di approccio della MN nei confronti del soggetto affetto da demenza ed assistito presso la UOSD DPA del POR INRCA di Ancona.

Essi sono costituiti da: colloquio di apertura, periodica comunicazione durante la degenza, dimissione o decesso.

LA CALGARY CAMBRIDGE GUIDE

Nello svolgimento di ogni singolo colloquio si è utilizzata la piattaforma Calgary Cambridge Guide (CCG), di seguito allegata. Questa, tramite 71 item, permette di stabilire una adeguata comunicazione con il paziente e/o con i suoi familiari, comprendendo anche aspetti etici ed empatici e lasciando spazio anche alle credenze del paziente.

Il fine ultimo dell'approccio comunicativo, inteso come descrizione di un percorso di cura tramite un tempo adeguato ed attuato tramite la CGG, è volto al raggiungimento della **concordanza** tra team assistenziale e paziente: una concordanza che non è solo "alleanza" cioè

unione di intenti ma davvero piena corrispondenza di accoglienza, rispetto e condivisione di atti clinico-assistenziali ed insieme narrativi.

Tramite la CCG si riescono, pertanto, a costruire ponti tra le diverse prospettive, talvolta apparentemente inconciliabili, dell'operatore della salute e del paziente/familiare, in una costruzione virtuosa che, partendo da elementi narrativi del paziente, realizza un vero percorso di cura, non solo di trattamento.

METODO

Nell'incontro di apertura, effettuato con il familiare presente all'ingresso del paziente in reparto o nelle 24 successive, qualora lo stesso non fosse stato presente, vengono esplorati i seguenti temi:

accoglienza e presentazione da parte del personale/medico, ascolto, indagare "cosa conosce della malattia del suo familiare" per eliminare le "false credenze", la descrizione del piano di cura, la riformulazione e la conclusione dell'incontro.

Durante la degenza i vari incontri periodicamente effettuati, vengono incentrati sulla descrizione dello stato clinico e del piano di cura, sull'ascolto delle esigenze associate al paziente ed alla sua storia con l'accoglienza di istante espresse in maniera narrativa, affettiva ed empatica, il progettare il "continuum care", garantendo la continuità assistenziale e "mai" l'abbandono.

Il fine ultimo è costituito dall'attuazione della "promessa", cara a Paul Ricoeur, cioè l'attuazione di quanto sin dall'inizio del percorso di cura è stato delineato come possibile e pertanto da mantenere da parte dell'intero team, accogliendo anche le eventuali sollecitazioni e criticità da parte dei familiari.

Per la dimissione, il più delle volte attuata in modalità "protetta", cioè con passaggio in struttura residenziale per il severo quadro clinico-funzionale presente, si effettuano incontri, spesso allargati al Servizio Sociale, per preparare per tempo la dimissione stessa e per accogliere le frequenti difficoltà psicologiche ed affettive espresse nel non poter riaccogliere al domicilio il paziente.

L'aspetto principale di tale approccio è quello di una "non chiusura" della porta, rimanendo disponibili per ogni chiarimento e per prestare attenzione alle istanze etiche presentate dai familiari.

Nel caso invece della comparsa di un peggioramento severo del quadro clinico fino all'exitus del paziente, vengono accolti in maniera particolare i bisogni assistenziali di

umanizzazione delle cure: ove possibile il paziente viene portato in stanza singola ove i familiari possono accedere senza limitazioni di orario, si presta particolare attenzione al trattamento del dolore e alla presa in carico dello stato di sofferenza, si accolgono le istanze psicologico-affettive dei familiari.

Nell'intero percorso sovradescripto, due aspetti meritano una particolare attenzione: le istanze etiche e gli aspetti empatici.

Le istanze etiche non appartengono alla sfera della "bioetica" ma all'etica quotidiana di ogni persona, costruita tramite la narrazione dei suoi atti. Essa va accolta e rispettata dal team assistenziale, pur agendo in modo di riformulare e riavvolgere, come un nastro, le istanze rappresentate per poi, eventualmente, modificarle non a scopo personale ma al fine di migliorare l'approccio assistenziale e di trattamento.

Per quanto riguarda gli aspetti empatici, essi non vanno intesi come semplice "partecipazione" compassionevole "a pelle" ma, in modo più profondo, come la partecipazione attiva e positiva che diventa vicinanza con distanza ma senza distacco.

Il partecipare alle vicende dell'altro, all'altrui sofferenza, non viene attuato solo su una base emotiva ma sulla sua elaborazione che non porta a distanza ma a vera vicinanza.

Tutto questo riduce i rischi di insorgenza del burnout dell'operatore perché gli elementi empatici normalmente definiti, vengono condotti ad un livello di applicazione più alta, non solo prettamente basati sull'emozione, con maggiore e migliore consapevolezza: questo favorisce la attuazione di una concordanza, non solo teorica.

RISULTATI

Dall'1 gennaio 2019 al 30 ottobre 2019 sono stati dimessi dalla UOSD DPA 267 pazienti, dopo ricovero nella stessa. Tutti provenivano dalle UU OO per acuti del POR INRCA di Ancona e solo 10 da UU OO di altre Aziende.

Solo 10 del totale dei pazienti dimessi risultavano in condizioni di poter affrontare e sostenere direttamente colloqui informativi sullo stato di salute e sul percorso di cura effettuato durante la degenza, mentre per i restanti pazienti era necessario informare un familiare di riferimento. La degenza media dei pazienti ricoverati è risultata essere di 23 giorni.

Le modalità di dimissione sono state le seguenti: 71 presso la Struttura Intermedia "Residenza Dorica", 26 in altra struttura residenziale costituita da Struttura Intermedia o RSA, 3 in

Residenza Protetta, 104 decessi, 16 a domicilio con attivazione dell'ADI, 26 trasferiti in UU OO per acuti per riacutizzazione o acuzie del quadro clinico, 9 presso struttura riabilitativa, 10 presso Hospice e 2 in dimissione volontaria a domicilio.

Un totale di 169 soggetti risultava essere affetto da demenza, variamente codificata e pur non risultando interdetti, non riusciva a comprendere correttamente quanto relativo allo stato di salute ed al percorso di cura, così da necessitare incontri con i familiari.

L'utilizzo pertanto della griglia comunicativa della CCG è stata attuata con i vari familiari dei pazienti e registrata in cartella clinica informatizzata.

Sul totale dei casi osservati, in nessun caso si è verificato un contenzioso con il Team di assistenza, nei casi di non chiarimento, si è effettuato un ulteriore incontro allargato alle varie professioni sanitarie coinvolte nel percorso di cura, in tre casi è stato il team stesso che ha dovuto segnalare alla Direzione Medica aggressione verbali da parte di alcuni familiari.

COMMENTO

La distanza che spesso esiste tra aspettative e bisogni del paziente anziano ricoverato, soprattutto se affetto da demenza, e il team assistenziale è diventato negli ultimi anni una forbice con le due lame sempre più aperte.

Le realtà della presenza di reparti per acuti, di controllo della spesa sanitaria, di ottimizzazione dei ricoveri e della loro appropriatezza, non sempre vanno di pari passo con le necessità di un soggetto anziano affetto da demenza, soprattutto laddove non sia più percorribile la strada della partecipazione a centri diurni o la gestione domiciliare.

Tutto questo causa contrasti non sempre facilmente sanabili che, da una parte, favoriscono l'applicazione di una medicina difensiva e dall'altra creano contenziosi che sfociano sovente in ricorsi non solo economici.

La Medicina Narrativa nasce come possibilità di "ponte" tra le due visioni, tutelando entrambe e creando condizioni che, partendo dalla narrazione della storia del paziente, ascoltando la "sua storia" di persona e di malato, utilizzando competenze comunicative da parte dell'operatore della salute, sfocia in un cammino di concordanza tra gli aspetti prettamente clinici con rispetto della EBM e le esigenze "etiche" del paziente, costruendo un percorso di cura personalizzato ed unico.

Questa esperienza dimostra come gli aspetti comunicativi fanno parte integrante del piano

di cura e, di conseguenza, appare indicato rinforzare le capacità di comunicazione di ogni operatore della salute.

Passo avanti per una più completa e definita prassi “comunicativa” sarà rappresentata dall’inserimento nella cartella clinica di elementi narrativi direttamente dal paziente o dai suoi familiari che, allo staso attuale, almeno nel nostro caso, mancano. Le storie, le piccole storie di ogni soggetto diventeranno così “storie di cura”, collegialmente costruite, accolte e condivise, al fine di assicurare ad ogni persona un percorso etico, rispettoso e tagliato su misura alla sua storia ed alla sua realtà.

BIBLIOGRAFIA

Non essendo possibile selezionare quanto presente relativamente alla MN, riporto alcune voci bibliografiche inserite nel testo e da consultare per approfondire i temi trattati.

- Quaderni di: It. Journal of Medicine, vol. 5, ISSUE 1, Febbraio 2017.
- Stefania Polvani: Cura alle stelle, Manuale di Salute Narrativa, Universal Book S. r. l., 2016.
- Massimiliano Marinelli: Medicina Narrativa, comunicazione ed etica della cura in: Persone che curano, We'll S. r. l., pp. 109-178. 2017.
- Sandro Spinsanti: La Medicina salvata dalla conversazione, Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.
- Rita Charon: Medicina Narrativa. Onorare le storie dei pazienti. Raffaello Cortina Editore, 2019.

Allegato

Piattaforma Calgary Cambridge

INIZIO DELLA SESSIONE

Stabilire il rapporto iniziale

1. Salutare il paziente e ottenerne il nome
2. Introdurre se stesso il ruolo e la natura dell'intervista; Ottenere il consenso se necessario
3. Dimostrare rispetto e interesse, prendere in considerazione il comfort fisico del paziente

Identificare le ragioni per la consultazione

4. Identificare i problemi del paziente o le problematiche che il paziente desidera affrontare

Con una domanda di apertura adeguata (ad esempio “Quali problemi ti hanno portato in Ospedale? “o” Cosa vorrebbe discutere oggi? Mi racconti tutto

5. Ascoltare attentamente la dichiarazione di apertura del paziente, senza interrompere o dirigerne la risposta
6. Confermare l'elenco ed esaminare per ulteriori problemi (ad esempio “così riferisce cefalea, qualcos altro?
7. Negoziare l'agenda, tenendo in considerazione sia le esigenze del paziente sia quelle del professionista della salute

RACCOLTA Delle INFORMAZIONI

Esplorazione dei problemi del paziente

8. Incoraggiare il paziente a raccontare la storia del problema dal momento in cui è iniziato al presente in parole proprie (chiarire il motivo per cui è venuto ora)
9. Utilizzare una tecnica di interrogazione aperta e chiusa, muovendosi opportunamente da aperta a chiusa
10. Ascoltare attentamente, consentendo al paziente di completare le dichiarazioni senza Interruzione e lasciando spazio per a pensare prima di rispondere o per proseguire dopo una pausa
11. Facilitare le risposte del paziente verbalmente e non verbalmente, ad es. Uso di Incoraggiamento, silenzio, ripetizione, parafrasi, interpretazione
12. raccogliere e scegliere segnali verbali e non verbali (linguaggio del corpo, discorso, viso, espressione, influenza); Controllare ed esplicitare, se è il caso
13. chiarire le affermazioni del paziente che non sono chiare o necessitano di amplificazione (ad es. “Può spiegare cosa intende con la luce in merito alla cefalea?”
14. Riassumere periodicamente per verificare la propria comprensione di ciò che il paziente ha detto; Invitare il paziente a correggere l'interpretazione o a fornire ulteriori informazioni.
15. Utilizzare domande concise e facilmente comprensibili e commenti, evitare o spiegare adeguatamente il gergo
16. Stabilire le date e la sequenza degli eventi

Ulteriori competenze per comprendere la prospettiva del paziente

17. Determinare ed esaminare in modo attivo:
 - le idee del paziente (cioè le credenze)
 - le problematiche del paziente (vale a dire le preoccupazioni) per ogni problema
 - le aspettative del paziente (cioè gli obiettivi quali aiuto il paziente prevede per ogni problema)
 - effetti: come ogni problema influenza la vita del paziente
18. Incoraggiare il paziente a esprimere sentimenti

FORNIRE LA STRUTTURA

Rendere l'organizzazione della sessione trasparente

19. Riassumere alla fine di una linea di indagine specifica per confermare la comprensione, prima di passare alla sezione successiva.
20. Progressi da una sezione all'altra utilizzando segnaletica, transizione, dichiarazioni; Include il rationale per la sezione successiva

Attenersi al flow chart

21. Strutturare l'intervista in una sequenza logica
22. attenersi al timing e al compito che si sta assolvendo

COSTRUIRE LA RELAZIONE

Utilizzare un comportamento non verbale appropriato

23. dimostrare un comportamento non verbale appropriato
 - contatto oculare, espressione del viso
 - postura, posizione e movimento
 - segnali vocali, ad es. volume, tono
24. Se si legge, scrive note o si usa il computer, fare in modo che non interferisca con il dialogo o con il rapporto
25. dimostrare una confidenza appropriata

Sviluppare la relazione

26. accettare la legittimità delle opinioni e dei sentimenti del paziente; in un modo non giudicante
27. Usa l'empatia per comunicare la comprensione e l'apprezzamento dei sentimenti o delle difficoltà del paziente. Riconoscere apertamente le opinioni e i sentimenti del paziente
28. Fornire il supporto: esprimere preoccupazione, comprensione, disponibilità ad aiutare; riconoscere gli sforzi di reagire e affrontare il problema (coping) e la cura appropriata di sé; Offrire partnership
29. Affrontare con sensibilità temi potenzialmente imbarazzanti e inquietanti e il dolore fisico, includendo anche quello associato all'esame fisico

Coinvolgere il paziente

30. condividere il proprio pensiero con il paziente per incoraggiarne il coinvolgimento (ad esempio "quello che Sto pensando ora è")
31. Spiegare il rationale per le domande o per le parti dell'esame fisico che potrebbero sembrare non coerenti
32. Durante l'esame fisico, spiegare il processo, chiedere il permesso

RICERCARE LE PROBLEMATICHE ETICHE

Definire l'orientamento etico del paziente

- E1 tenere in considerazione la scala di valori e la fede religiosa del paziente, esplicitarla se è il caso
E2 chiarire le preferenze in merito a scelte morali in sanità

Riflettere sui problemi etici in gioco

- E3 valutare la vulnerabilità e la fragilità del paziente e la criticità del momento

E4 esplicitare i problemi attraverso un approccio misto a partenza dall'etica della cura e con il contributo della bioetica

E5 sostenere il paziente, evitando ogni sensazione di abbandono

E 6 offrire piani di decisione condivisa nei quali possano essere coinvolti i familiari e l'intero team di cura

SPIEGAZIONE E PIANIFICAZIONE

Fornire la giusta quantità e il tipo di informazioni

33. dividere a pezzi e controllare: fornire informazioni in blocchi gestibili, controllare in merito alla comprensione, utilizzare la risposta

del paziente come una guida per procedere

34. Valutare il punto di partenza del paziente: richiedere la conoscenza preliminare del paziente quando si danno informazioni, scoprire il desiderio del desiderio del paziente per l'estensione della informazione
35. chiedere ai pazienti quali altre informazioni sarebbero utili, ad esempio eziologia, prognosi
36. Dare la spiegazione nei momenti appropriati: evita di dare consigli, informazioni o rassicurazioni prematuramente

Assicurare un accurato richiamo e l'avvenuta comprensione

37. Organizzare spiegazioni: dividere in sezioni discrete, sviluppare una sequenza logica
38. Utilizza una categorizzazione esplicita o una segnaletica (ad esempio "Ci sono tre importanti cose che vorrei discutere. 1° "Adesso dovremo andare avanti")
39. ripetere e riassumere per rafforzare le informazioni
40. Utilizzare un linguaggio conciso e facilmente comprensibile, evitare oppure spiegare parole gergali
41. Utilizzare metodi visivi di informazioni: diagrammi, modelli, scritti, Informazioni e istruzioni
42. Verifica la comprensione del paziente delle informazioni fornite (o dei piani proposti): ad esempio chiedendo al paziente di definirlo con le proprie parole; Chiarire se necessario

Ottenere una comprensione condivisa: incorporare la prospettiva del paziente

43. correlare le spiegazioni al vissuto della malattia del paziente: precedentemente elicitato attraverso le Idee, le preoccupazioni e le aspettative
44. Offrire opportunità e incoraggiare il paziente a contribuire: a domandare, a chiedere chiarimenti o ad esprimere dubbi; Rispondere in modo appropriato.
45. Scegliere segnali verbali e non verbali, ad es. La necessità del paziente di contribuire Informazioni o domande, sovraccarico di informazioni, disturbi
46. Elicita le convinzioni del paziente, le reazioni e le sensazioni re dato, i termini usati; Riconosce e indirizza se necessario

Pianificazione: processo decisionale condiviso

47. condividere se appropriato i propri pensieri: idee, dilemmi
48. Coinvolgere il paziente fornendo suggerimenti piuttosto che direttive
49. Incoraggiare il paziente a contribuire con i propri pensieri: idee, suggerimenti e preferenze
50. Negoziare un piano reciprocamente accettabile
- 51 Offrire opzioni: incoraggiare il paziente a fare scelte e decisioni al livello desiderato
52. Controllare con il paziente una volta accettato il piano, se i problemi sono stati affrontati

CHIUSURA DELLA SESSIONE

Pianificazione avanzata

53. Contrattare con il paziente i prossimi passi.
 54. apporre una rete di sicurezza, spiegando eventuali risultati imprevedibili, e cosa fare se il piano non funzionasse e come e quando chiedere aiuto
- Assicurare un punto di chiusura appropriato
55. Riassumere brevemente la sessione e chiarire il piano di cura
 56. eseguire il controllo finale sulla condivisione del piano

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) Skills for Communicating with Patients. Radcliffe Medical Press (Oxford)

OPZIONI NELLA SPIEGAZIONE E NELLA PIANIFICAZIONE
(include i contenuti)

Se si discutono le indagini e le procedure

57. Fornire informazioni chiare sulle procedure, ad esempio ciò che potrebbe provare il paziente, come il paziente sarà informato dei risultati
58. Relazionare le procedure al piano di trattamento: valore, scopo
59. Incoraggiare le domande e discutere sulle potenziali ansie o risultati negativi SE si discutono l'opinione e il significato del problema
60. Offrire la propria opinione di ciò che sta succedendo
61. Rivelare il razionale per il parere
62. Spiegare la causalità, la gravità, i risultati attesi, e le conseguenze a breve ed a lungo termine
63. Elicitare le convinzioni del paziente, le reazioni, le preoccupazioni

Se si negozia un piano d'azione reciproco

64. Esaminare le opzioni, ad esempio, nessuna azione, indagini, terapia medica o chirurgica, non trattamento farmacologico (fisioterapia, liquidi, consulenze prevenzione)
65. Fornire informazioni sul piano d'azione o sul trattamento offerto:

nome

I passi coinvolti, come funziona benefici e vantaggi

Possibili effetti collaterali

66. Ottenere il punto di vista del paziente sulla necessità d'azione, sulla percezione dei benefici, delle eventuali barriere, delle motivazioni
67. Accettare le opinioni del paziente, supportare un punto di vista alternativo se necessario
68. Elicitare le reazioni del paziente e le preoccupazioni riguardanti i piani e i trattamenti includendo accettabilità
69. tenere in considerazione lo stile di vita del paziente, le credenze, il background culturale e abilità considerazione
70. incoraggiare il paziente ad essere coinvolto nell'attuazione dei piani, per assumersi la responsabilità e di essere autosufficienti
71. Chiedere informazioni sul sistema di sostegno del paziente, discutere altri supporti disponibili

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press (Oxford)

Presa in carico riabilitativa precoce del paziente sottoposto ad intervento di chirurgia vascolare

Marika Bartoli, Lorenzo Ambrosi, Antonella Carbonetti, Roberta Serrani, Luigina Illuminati, Stefano Stacchiotti, Maurizio Ricci

SOD Medicina Riabilitativa. Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica - Azienda Ospedaliero - Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Riassunto. Lo scopo del nostro lavoro è presentare il protocollo riabilitativo, attualmente in uso presso la Medicina Riabilitativa dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, che permette la presa in carico precoce del paziente sottoposto a chirurgia vascolare già dalla prima giornata post-operatoria, con indicazioni specifiche di trattamento a seconda del tipo di intervento chirurgico, incluso l'aneurismectomia dell'aorta in laparotomia, gli interventi di rivascularizzazione con accesso femorale, i bypass dell'arto inferiore e le arteriectomie dell'arteria femorale comune.

Parole Chiave: trattamento riabilitativo precoce, aneurismectomia aorta addominale, laparotomia, bypass iliaco-femorale, bypass femoro-femorale, bypass femoro-popliteo, endoarterectomia arteria femorale comune, accesso femorale, riabilitazione respiratoria, riabilitazione motoria.

Abstract. The purpose of our work is to present the rehabilitation protocol, currently in use at Medicina Riabilitativa of the Azienda Ospedali Riuniti of Ancona, which allows the early management of the patient undergoing vascular surgery as early as the first post-operative day, with specific indications of treatment depending on the type of surgery, including aortic aneurismectomy in laparotomy, revascularization interventions with femoral access, lower limb by-passes and arteriectomies of the common femoral artery.

Keywords: Early rehabilitative treatment, aortic abdominal aneurismectomy, laparotomy, iliac-femoral by-pass, femoro-femoral by-pass, femoro-popliteal by-pass, common femoral artery endarterectomy, femoral access, respiratory rehabilitation, motor rehabilitation.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è molto discusso di come il trattamento riabilitativo nei pazienti arteriopatici (con claudicatio intermittens), non candidati ad intervento chirurgico, sia un valido strumento in grado di migliorare significativamente la funzione del cammino. In letteratura è anche nota l'efficacia della fisioterapia post-chirurgica, nonostante pochi studi scientifici affrontino la presa in carico precoce del paziente sottoposto ad intervento di chirurgia vascolare e ad oggi manchi ancora una standardizzazione condivisa del trattamento riabilitativo. Il team multidisciplinare della SOD Medicina Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, sta sperimentando da pochi mesi nella pratica clinica quotidiana, un protocollo riabilitativo dedicato al paziente rivascularizzato, i cui obiettivi, condivisi anche con l'equipe chirurgica della SOD Chirurgia Vascolare del Presidio

Lancisi, sono i seguenti:

- prevenzione delle complicanze dell'immobilità e di posture scorrette assunte dal paziente,
- raggiungimento di una adeguata ventilazione polmonare,
- rimozione delle secrezioni tracheo-bronchiali e prevenzione delle atelettasie,
- recupero dell'autonomia nei passaggi posturali,
- recupero dell'autonomia deambulatoria,
- addestramento all'autonomia nella cura della propria persona,
- addestramento del caregiver (ove presente).

MATERIALI E METODI

La presa in carico da parte del fisioterapista (FT), del paziente sottoposto ad intervento chirurgico presso la Chirurgia Vascolare, viene avviata dopo richiesta di trattamento riabilitativo ("esercizi respiratori individuali -

rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice”) da parte del chirurgo, effettuata il giorno dell’intervento e trasmessa per via informatica attraverso il programma Aziendale Sysprest.

Se ritenuto necessario dal chirurgo, può essere eseguita la valutazione fisiatrica previa richiesta di visita di consulenza fin dal giorno dell’intervento per pazienti con problematiche peculiari, o nel corso del trattamento qualora emergano delle criticità.

Il seguente protocollo viene applicato a tutti i pazienti sottoposti ad intervento di:

- ANEURISMA AORTA ADDOMINALE MEDIANTE LAPAROTOMIA MEDIANA,
- ENDOARTERECTOMIA ARTERIA FEMORALE COMUNE,
- BYPASS ILIACO-FEMORALE,
- BYPASS FEMORO-POPLITEO,
- BYPASS FEMORO-FEMORALE,

Definizioni e abbreviazioni utilizzate nella descrizione del protocollo:

FT: Fisioterapista

PZ: Paziente

SPO2: Saturazione Ossigeno

O2: Ossigeno

FC: Frequenza cardiaca

A.P.R.: Anamnesi patologica remota

BC (Breathing Control): Respiro controllato

TEE (Thoracic Expansion Exercise): Esercizi di espansione toracica

FET (Forced Expiration Technique): Tecniche di espirazione forzata

ELTGOL: Espirazione lenta totale a glottide aperta in decubito laterale e/o seduto GFL (gambe fuori dal letto)

ACBT (Active Cycle of Breathing Techniques): BC + TEE + FET

PA: Pressione Arteriosa

ADL (Activities of Daily Living): Attività di vita quotidiana

GPO: giorno post-operatorio

AAA: aneurisma aorta addominale

Barthel Index: scala di valutazione dell’autonomia del paziente

NRS (Numerical Rating Scale): Scala numerica per la valutazione del dolore

PAINAD (Pain assessment in advanced dementia): scala del dolore utilizzata quando non somministrabile la NRS

Per semplificare l’applicazione del protocollo, è stato suddiviso per tempistica (in base alla giornata post operatoria) e per tipo di intervento chirurgico:

1° GIORNO POST OPERATORIO (comune a tutti i

tipi di intervento)

Il fisioterapista acquisisce dalla cartella clinica (medica ed infermieristica) le informazioni relative al paziente: i dati anagrafici, la diagnosi di ingresso, l’A.P.R., il tipo di intervento, l’eventuale presenza di febbre, le condizioni della ferita chirurgica, la valutazione del dolore secondo la scala NRS o PAINAD.

Il FT si presenta al paziente, gli spiega le motivazioni di un approccio riabilitativo precoce, le modalità e le finalità del trattamento, lo informa sulle conseguenze funzionali dell’intervento chirurgico, intraprendendo un colloquio diretto a creare una condizione di fiducia e collaborazione.

Durante la valutazione del paziente il FT: valuta la collaborazione e l’orientamento temporo-spaziale, il tipo di respirazione e l’eventuale O2-terapia, registra i valori di SpO2, di FC e di PA se il paziente è sottoposto a monitoraggio cardio-respiratorio, se il pz non è monitorato rileva la SPO2 e la FC con saturimetro e la PA ove ritenuto necessario. Tale registrazione verrà ripetuta prima di ogni seduta riabilitativa.

Verifica, inoltre, l’efficacia della tosse e se ci sono secrezioni; si informa per l’eventuale programmazione, insieme al personale medico del reparto, di aerosol-terapia prima della seduta di trattamento riabilitativo (in caso di secrezioni dense e difficili da espettorare). Riporta in cartella fisioterapica l’eventuale presenza di drenaggi, catetere vescicale e sondino naso-gastrico. Per valutare il dolore il fisioterapista somministra la scala NRS o PAINAD, mentre per l’autonomia nelle ADL utilizza la Scala Barthel sia della condizione pre-ricovero che attuale. In caso d’intervento di rivascolarizzazione degli arti, monitora il colore e la temperatura dell’arto. Al termine della valutazione registra i dati rilevati nella cartella fisioterapica e li riporta anche all’interno della scheda riabilitativa. E’ previsto già dalla prima giornata un incontro preliminare e/o successivo alla seduta riabilitativa con il chirurgo vascolare nel caso di situazioni cliniche emergenti che potrebbero richiedere variazioni del protocollo riabilitativo o la necessità di consulenza fisiatrica.

PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO PER ANEURISMA AORTA ADDOMINALE MEDIANTE LAPAROTOMIA MEDIANA

I pazienti sottoposti a questo intervento di chirurgia “open”, al termine della procedura vengono trasferiti in Rianimazione e risalgono in reparto il giorno seguente (in prima giornata post-operatoria). Generalmente i pazienti più

critici o che presentano complicazioni, restano più giorni ricoverati in terapia intensiva, ritardando la presa in carico riabilitativa.

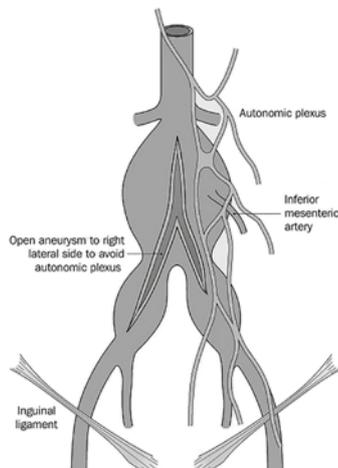


Fig.1: Intervento in laparotomia mediana xifo-pubica dell'aneurisma dell'aorta addominale

Il 1° giorno post operatorio, terminata la raccolta dati e la valutazione del paziente (come descritto in precedenza), si procede con il trattamento fisioterapico che comprende la chinesiterapia respiratoria e la rieducazione motoria. La chinesiterapia respiratoria è finalizzata ad incrementare la ventilazione polmonare e la catarsi delle secrezioni bronchiali. E' previsto l'utilizzo delle seguenti tecniche di riabilitazione respiratoria: BC, TEE, FET, ELTGOL, ACBT, assistenza alla tosse e addestramento all'utilizzo di incentivatori spirometrici (Fig.2). Gli esercizi respiratori dovranno essere ripetuti più volte dal paziente nel corso della giornata.



Fig.2: Addestramento all'utilizzo dell'Incentivatore Spirometrico di Flusso

La rieducazione motoria è finalizzata al raggiungimento della postura in decubito

laterale, seduta a letto e/o effettuazione del trasferimento letto-sedia (in presenza di stabilità delle condizioni emodinamiche).

Il fisioterapista provvede, nel contempo, ad addestrare il paziente e le persone che prestano assistenza. Tale procedura potrà essere ripetuta più volte al giorno con assistenza del caregiver e/o del personale di reparto.

E' importante ricordare che la presenza di drenaggi non costituisce controindicazione alla mobilizzazione e che questa operazione viene preceduta dal posizionamento della contenzione elastica addominale idonea (pancera contenitiva Figg.3 e 4), secondo le indicazioni del chirurgo, valutando il corretto grado di tensione.



Fig.3: Paziente sottoposto a laparotomia mediana con 2 drenaggi addominali



Fig.4: Posizionamento di pancera contenitiva

Quando ritenuto necessario, durante il mantenimento della posizione seduta con gambe fuori dal letto, può essere utilizzata la sponda laterale del letto per sostenere il tronco del paziente con l'interposizione di idonei ausili di posizionamento (Fig.5).

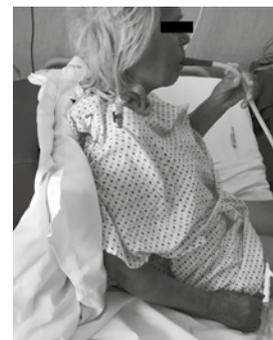


Fig.5: Utilizzo di cubi di posizionamento e cuscino per sostenere il tronco della paziente

Il fisioterapista deve valutare l'insorgenza, l'entità e la durata di eventuali disturbi neurovegetativi (es. pallore, sudorazione, tachicardia, vomito, malessere) attraverso l'osservazione del paziente, e se necessario, lo riposiziona in clinostatismo e/o richiede l'intervento del personale medico/infermieristico del reparto. La posizione seduta e quella in decubito laterale possono essere mantenute per il tempo tollerato dal paziente che, almeno nelle prime fasi, deve essere sorvegliato dalla persona che presta assistenza; nei casi in cui il paziente non necessita di sorveglianza, il fisioterapista si accerta che il campanello per richiamare l'attenzione del personale sanitario, in caso di disagio o malessere, sia facilmente raggiungibile dalla mano del paziente stesso.

Il fisioterapista inizia l'addestramento del paziente all'esecuzione delle ADL compatibili con la situazione clinico funzionale.

Prima di ogni seduta il fisioterapista deve informarsi, attraverso la consultazione della cartella clinica o a colloquio con il medico di reparto, di situazioni cliniche emerse nel corso del giorno/notte precedente, che potrebbero richiedere variazioni del programma riabilitativo.

Nella seconda GPO il fisioterapista si accerta che il paziente abbia ben compreso le istruzioni e le informazioni fornite il giorno precedente e che esegua gli esercizi correttamente.

Si ripetono gli esercizi del 1° giorno ed il paziente viene assistito e addestrato ai passaggi posturali (supino-seduto sul letto ed eretto); compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente, viene avviata la deambulazione con assistenza del fisioterapista ed eventuale ausilio del deambulatore.

Dal 3° giorno post operatorio in avanti, il trattamento viene proseguito come sopra riportato, finalizzato alla progressiva riduzione dell'assistenza nei passaggi posturali e nei trasferimenti e all'incremento dell'autonomia e della resistenza nella deambulazione.

Il trattamento verrà terminato, in accordo con i medici di reparto, al raggiungimento degli obiettivi prefissati, in primis la riduzione delle secrezioni tracheo-bronchiali e il raggiungimento della buona capacità di espettorazione, in aggiunta all'autonomia o minima assistenza nelle variazioni di decubito, nei passaggi posturali e nella deambulazione.

Il fisioterapista registra quotidianamente sulla scheda riabilitativa l'attività svolta; tale scheda viene posta nella cartella infermieristica del paziente.

PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CHIRURGICO CON ACCESSO FEMORALE:

- ENDOARTERECTOMIA ARTERIA FEMORALE COMUNE (TEA FEMORALE)
- BY-PASS ILIACO-FEMORALE
- BY-PASS FEMORO-FEMORALE (fig IX)
- BY-PASS FEMORO-POPLITEO

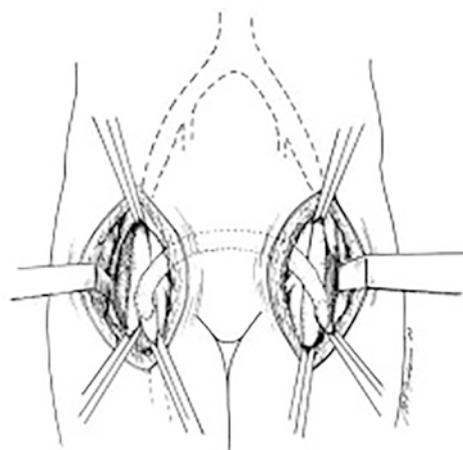


Fig.6 - accessi femorali/inguinali in questo esempio by-pass femoro-femorale

Gli interventi che prevedono incisioni inguinali comportano un trattamento riabilitativo diverso, in particolar modo nella mobilizzazione e nel posizionamento del paziente, rispetto a quello sopracitato per i pazienti operati di aneurisma addominale con incisione xifo-pubica.

In 1° GPO il fisioterapista, effettuata la valutazione del pz, inizia il trattamento proponendo una rieducazione motoria finalizzata:

- al corretto posizionamento del pz a letto. Nell'immediato post operatorio il pz è posizionato nella postura antalgica e di sicurezza: supino (schienale del letto max a 30° di inclinazione) con arto inferiore operato "in scarico" con cuscino/i sotto la gamba e tallone libero (detta anche "postura antidecubito per tallone"), anca in leggera flessione (<40°) ed extrarotazione, ginocchio in flessione di circa 40° (Fig.7).
- alla mobilizzazione passiva e attiva-assistita dell'arto operato sotto soglia del dolore e con massima flessione dell'anca di 70°.
- all'addestramento di pz e caregiver ai movimenti attivi che il pz può eseguire con l'arto operato, in particolare la flessione-estensione attiva di caviglia e la flessione-estensione attiva-assistita di anca e ginocchio (limitata a 70°).

E' consentita la mobilizzazione libera dell'arto

non operato ed il decubito del paziente sul lato non operato, inizialmente per brevi periodi e sotto sorveglianza del fisioterapista.



Fig.7 - Esempio di posizionamento di pz con by-pass femoro-popliteo con arto rivascolarizzato in "postura antidecubito per tallone"

In 2° GPO si incrementa gradualmente il lavoro attivo dell'arto operato (con la ripetizione degli esercizi durante la giornata). Vengono proposti esercizi di contrazione isometrica di quadricipite e glutei; si valuta la presenza di edemi distali dell'arto inferiore rivascolarizzato ai fini di un'indicazione medica di bendaggio o di calza elasto-compressiva.

Dalla terza giornata post operatoria si prosegue con il trattamento riabilitativo a letto proposto nei giorni precedenti; il paziente viene informato che fino alla desutura della ferita chirurgica, può mantenere la posizione seduta con un angolo di 90° di flessione dell'anca solo per brevi periodi (max 15 min) ai fini dell'assunzione dei pasti e dell'uso del WC e previa autorizzazione medica.

La posizione semiseduta con schienale reclinato <90° può essere assunta anche fino a 60 minuti.

Differenze importanti da ricordare:

Il paziente sottoposto ad ARTERECTOMIA CON SUTURA DIRETTA, già dal 3° GPO, può essere addestrato al passaggio supino-stazione eretta; questa variazione di decubito va eseguito aumentando l'altezza del letto da terra per evitare la flessione dell'anca eccessiva e prolungata. Se le condizioni cliniche lo permettono, il FT avvia il training deambulatorio (con o senza ausilio e/o sostegno del fisioterapista).

I pazienti sottoposti ad interventi di: ARTERECTOMIA CON INTERPOSIZIONE DI PATCH PROTETICO (O DI SAFENA), BY-PASS ILEO-

FEMORALE, BY-PASS FEMORO-FEMORALE o DI BY-PASS FEMORO-POPLITEO, sono obbligati alla postura supina per 4/5 giorni salvo diversa indicazione medica. Durante la permanenza a letto il FT controlla la corretta esecuzione degli esercizi attivi proposti nei giorni precedenti.

Dal 4-5° GPO, dopo autorizzazione medica, il FT addestra il pz al passaggio supino-stazione eretta e procede con il training deambulatorio (anche in presenza di drenaggi) (fig.8).

Il trattamento terminerà al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi prefissati.



Fig.8: Training deambulatorio con ausilio antibrachiale di un paziente con by-pass femoro-popliteo dal 5° GPO

Altre peculiarità di trattamento:

La presa in carico precoce viene ultimamente sperimentata anche nei PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ANEURISMECTOMIA OPEN CON POSIZIONAMENTO DI PROTESI DISTALE, che presentano molteplici accessi chirurgici, nonostante non sia ancora inserita nel protocollo riabilitativo ufficiale.

Questi pazienti, operati di BY-PASS AORTO-BIFEMORALE si presentano sia con incisione laparotomica xifo-pubica sia con 2 incisioni inguinali (Fig.8).

Il trattamento riabilitativo previsto è lo stesso applicato ai pazienti con accesso chirurgico femorale (pz con by-pass dell'arto inferiore), con la necessità di far indossare al pz la pancera elastica contenitiva prima di essere verticalizzato (come nei pz operati di AAA in laparotomia).

I pazienti sottoposti ad ANEURISMECTOMIA CON ACCESSO INGUINALE, tramite intervento di chirurgia endovascolare (EVAR o TEVAR), non necessitano di trattamento fisioterapico intra-ospedaliero in quanto sono autorizzati a mobilizzarsi e verticalizzarsi autonomamente in prima giornata post-operatoria.

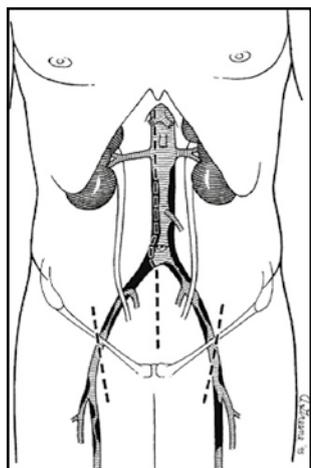


Fig.9: By-pass Aorto-bi-femorale: in tratteggio gli accessi chirurgici (laparotomia mediana ed accessi femorali)

Complex General and Vascular Surgery Ann Surg. 2015 March ; 261(3): 432-437.

- Brustia P, Renghi A, Aronici M, et al. Fast-track in Abdominal Aortic Surgery: Experience in Over 1,000 Patients. Ann Vasc Surg 2015; -: 1-9
- Hayashi K, Kobayashi K, Shimizu M, et al. Self-efficacy is an independent predictor for postoperative six-minute walk distance after elective open repair of abdominal aortic aneurysm. Disability and Rehabilitation

CONCLUSIONI

I dati in letteratura indicano come una rivascolarizzazione chirurgicamente efficace, se non seguita da tempestiva mobilizzazione del paziente, è comunque fallimentare.

Questo recente protocollo riabilitativo permette la presa in carico precoce del paziente, e al fisioterapista di iniziare il trattamento, già dalla prima giornata post operatoria. Fino ad ora sono stati inseriti in trattamento solo i pazienti sottoposti agli interventi di chirurgia vascolare più rilevanti, mentre manca un'attenzione ai pazienti sottoposti ai by-pass extra-anatomici (in particolare all'axillo-femorale), agli interventi in toraco-freno-laparotomia, ed alle amputazioni post rivascolarizzazione chirurgica, che nonostante siano più rari, meritano comunque uno specifico approccio riabilitativo. I dati preliminari, relativi al limitato tempo di applicazione e alla ridotta casistica, necessitano di monitoraggio e implementazione longitudinale e presuppongono il costante aggiornamento del programma terapeutico in condivisione tra l'equipe della Medicina Riabilitativa ed il Reparto di Chirurgia Vascolare.

BIBLIOGRAFIA

- Lane R1, Ellis B, Watson L, Leng GC. Exercise for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev. 2017
- Carlisi E, Caspani P, Morlino P, et al. Early rehabilitative treatment after infrainguinal lower limb bypass surgery. Acta Biomed 2017; Vol. 88, N. 2: 167-171.
- Duncan Smyth D, Connor S. Identification of factors associated with a need for rehabilitation for patients over 65 years following admission to a general and vascular surgical service. Australasian Journal on Ageing, Vol 30 No 4 December 2011, 191-195.
- Scarborough JE, Bennett KM, Englum BR, et al. The Impact of Functional Dependency on Outcomes After

Addestramento pre-operatorio del paziente candidato a chirurgia toracica: ruolo del fisioterapista all'interno del protocollo ERAS

Lorenzo Ambrosi¹, Marika Bartoli¹, Francesca Manzotti¹, Antonella Carbonetti¹,
Roberta Serrani¹, Luigina Illuminati¹, Stefano Stacchietti¹, Majed Refai²,
Maurizio Ricci¹

SOD Medicina Riabilitativa¹ - SOD Chirurgia Toracica² - Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica - Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Riassunto. Il protocollo ERAS, acronimo di “Enhanced Recovery After Surgery”, comprende un insieme di procedure ed interventi volti a favorire il recupero precoce e la diminuzione delle complicanze post-operatorie, facilitando il ritorno del paziente alle proprie attività di vita quotidiana. Fondamentale, per il raggiungimento di questo obiettivo e per la diminuzione dello stress psicologico in vista dell'intervento, è la presa in carico precoce del paziente da parte di tutta l'equipe multidisciplinare fin dalla fase preoperatoria. In questo contesto si inserisce anche l'intervento Fisioterapico con l'addestramento pre-operatorio del paziente ed il training riabilitativo respiratorio post intervento, al fine di prevenire le complicanze dovute alle atelettasie e l'accumulo di secrezioni. Lo scopo di questa presentazione è quello di illustrare il ruolo del Fisioterapista all'interno delle diverse fasi del protocollo ERAS, applicato dal reparto di Chirurgia Toracica per la presa in carico del paziente operato al polmone.

Parole chiave: ERAS, riabilitazione respiratoria, addestramento pre-operatorio.

Abstract. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol includes procedures and actions aimed at reducing post-operative complications, promoting the early recovery of the patient and his early coming back to daily life. The multidisciplinary care of the patient by the entire team, starting from the preoperative phase, is crucial for achieving the goal and reducing psychological stress before surgery.

Within this context, pulmonary physiotherapy is mandatory where preoperative training and pulmonary rehabilitation after surgery is performed in order to prevent complications due to atelectasis and bronchial secretions. The purpose of our presentation is to describe the role of the physiotherapist in the different phases and settings of ERAS protocol, used in the Thoracic Surgery division of our hospital of patients submitted to pulmonary resections.

Keywords: ERAS, respiratory rehabilitation, preoperative training.

INTRODUZIONE

Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) nasce con l'intento di favorire un recupero precoce ed ottimale della funzionalità e dell'autonomia del paziente, dopo interventi di chirurgia maggiore. Tale protocollo è basato su un approccio di assistenza multidisciplinare che prevede l'applicazione di interventi evidence based da parte delle diverse figure professionali: la presa in carico del paziente non è limitata alla fase postoperatoria ma accompagna il soggetto fin da quella preoperatoria.

L'avanzamento del progresso tecnologico ha consentito la sperimentazione di vie d'accesso chirurgiche sempre meno invasive come la VATS (tecnica in videotoracosopia uniportale che consente un'unica incisione di 3.5), in grado di limitare la compromissione funzionale e la

mobilità del paziente nell'immediato post-operatorio.

L'applicazione di tecniche chirurgiche mininvasive all'interno dei protocolli ERAS ha permesso di raggiungere ottimi risultati in termini di riduzione dello stress psicologico e delle complicanze postoperatorie. Inoltre ha permesso la riduzione dei giorni di ricovero favorendo dimissioni precoci e riduzione della spesa sanitaria.

Nonostante il protocollo ERAS sia oggetto di numerose pubblicazioni, la letteratura sembra ancora povera di studi specifici riguardo la sua applicazione nel campo della Chirurgia Toracica. Basti pensare che inserendo le parole chiave “ERAS”, “VATS”, “Thoracic Surgery”, nel database PubMed, si ottengono solo 11 items. Se oltretutto, vogliamo concentrare la nostra attenzione in particolare sull'intervento

riabilitativo, il numero dei risultati diminuisce ulteriormente.

Nel contesto dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, la SOD Medicina Riabilitativa partecipa attivamente all'interno del progetto ERAS applicato dal reparto di Chirurgia Toracica per la presa in carico del paziente operato in seguito a tumore del polmone.

I soggetti che vengono selezionati per il protocollo, giungono all'attenzione della Equipe in seguito a tumore primitivo o metastasi polmonari e possono essere operati mediante lobectomia, resezione atipica o segmentectomia. Inizialmente la figura del Fisioterapista subentrava fin dalle prime fasi postoperatorie per assistere il degente con un programma di riabilitazione respiratoria.

Negli ultimi mesi, grazie al coinvolgimento in questo protocollo è stato possibile inserire il nostro intervento anche nell'ambito del colloquio col paziente durante la giornata di pre-ospedalizzazione. L'obiettivo della presa in carico riabilitativa precoce è quello di raccogliere dati ed addestrare il paziente al training respiratorio che eseguirà dopo l'intervento chirurgico, fornirgli strumenti adeguati a ridurre lo stress pre-operatorio, ottimizzare la gestione del dolore post-operatorio, diminuire le complicanze cliniche, mobilitarsi precocemente fin dalle prime ore successive all'intervento ed iniziare il training di riabilitazione respiratoria finalizzato alla riduzione delle atelettasie e alla clearance muco-ciliare.

Per ottenere questo risultato ci si avvale della collaborazione tra chirurgo, anestesista, infermiere, fisioterapista.

PECORSO RIABILITATIVO DEL PAZIENTE INSERITO NEL PROTOCOLLO ERAS DELLA CHIRURGIA TORACICA

Fase preoperatoria. Il colloquio pre-operatorio con il paziente può ricoprire un ruolo cruciale nella riduzione di ansia, stress e paura per l'intervento chirurgico. Può invece favorire una maggior compliance al trattamento da parte del paziente, incoraggiandolo a rendersi protagonista attivo del suo processo di recupero post-operatorio.

Durante il colloquio pre-operatorio il paziente riceve, dalle figure precedentemente citate, tutte le informazioni riguardanti procedura chirurgica, anestesia, assistenza infermieristica e gestione del periodo di degenza in reparto.

Viene consegnato un opuscolo contenente informazioni utili da seguire durante le settimane antecedenti l'intervento (definizione

del protocollo ERAS, consigli sul fumo, alimentazione). Inoltre il diario consente al paziente di mantenersi informato riguardo lo svolgimento della degenza giorno per giorno, sapendo sempre cosa aspettarsi e registrando i miglioramenti ottenuti in base agli obiettivi giornalieri stabiliti.

In questa fase, durante il colloquio, i fisioterapisti procedono con:

1. Raccolta dei dati anamnestici e compilazione della cartella fisioterapica mediante la somministrazione della scala di Barthel e quella di Holden. Questo al fine di valutare l'autonomia funzionale del paziente prima dell'intervento.
2. Addestramento all'uso dell'Incentivatore di Volume in vista della fase post-operatoria, per facilitare un inizio precoce, anche autonomo, del training respiratorio post-operatorio. Inoltre i fisioterapisti educano i pazienti ad eseguire gli esercizi respiratori (esercizi di respirazione profonda e tosse auto-assistita) al fine di raggiungere una condizione fisica adeguata per l'operazione ed evitare il collasso alveolare e segmentario durante la ripresa post-chirurgica.
3. Consegna delle informazioni riguardanti il percorso riabilitativo durante i giorni di degenza e dopo il rientro a domicilio.



Fase in regime di degenza. Giornata "0": la presa in carico fisioterapica avviene fin da subito, trascorse poche ore dal ritorno in reparto dopo l'intervento del paziente. Quest'ultimo si presenterà con agocannula, drenaggio toracico, catetere vescicale e pompa elastomerica.

Durante la prima presa in carico viene nuovamente compilata la scala di Barthel in ingresso, per poter stimare il grado di autonomia del paziente all'inizio del percorso riabilitativo. Vengono rilevati i P.V. del paziente (saturazione e frequenza cardiaca).

Nel pomeriggio il fisioterapista e gli infermieri di reparto assistono il paziente nel raggiungimento della posizione seduta sul letto.

Sarà fondamentale valutare fin da subito l'efficacia del colpo di tosse e della catarsi bronchiale. Qualora le condizioni cliniche lo consentano, il paziente viene subito incoraggiato ad iniziare il training respiratorio. L'obiettivo è quello di agire quanto prima sulle atelettasie e le secrezioni, favorendo la riespansione polmonare e la catarsi attraverso esercizi FET di respirazione lenta/controllata e l'uso di incentivatori PEP (pressione espiratoria positiva).



Il feedback fornito paziente si rivela fondamentale nella stima della sua capacità di aver correttamente appreso gli esercizi e di poterli ripetere in autonomia. Per ottimizzare questo risultato è consigliabile addestrare il paziente in presenza di un care giver e curare la parte del colloquio attraverso l'uso di immagini (vedi opuscolo) ed un linguaggio semplice e comprensibile.

Giornata 1: il paziente viene invitato a ripetere gli esercizi insegnati il giorno precedente inoltre dovrà cercare di restare fuori dal letto per almeno sei ore complessive nell'arco della giornata, o in periodi di almeno due ore se si sente affaticato.

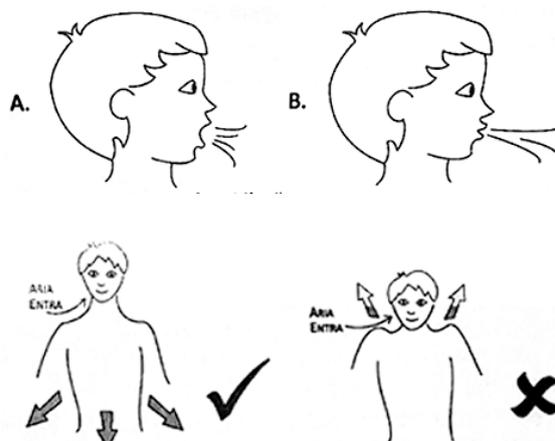
Il terapeuta ed il care-giver aiutano il paziente a camminare per almeno 40 metri, due volte al giorno.

Il training respiratorio, da ripetere ogni ora, è sempre basato su:

1. Esercizi di espansione toracica
2. Esercizi di espirazione forzata (FET)
3. Uso di incentivatore PEP, soprattutto nelle prime ore, qualora sia necessario favorire ulteriormente catarsi bronchiale in caso di secrezioni abbondanti e tosse ipovalida e non produttiva.
4. Uso di incentivatore volumetrico Coach®
5. Addestramento del paziente alla tosse autoassistita

Tutti gli esercizi sopra elencati sono stati inseriti nell'opuscolo consegnato al paziente, in modo tale da fornire un supporto facilmente

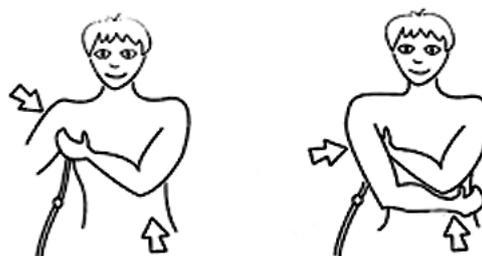
consultabile al bisogno.



Giornata 2: al paziente viene chiesto di incrementare la tolleranza allo sforzo camminando almeno 60 metri per tre volte al giorno. Inoltre il fisioterapista verifica che il proprio assistito abbia appreso come svolgere correttamente gli esercizi in autonomia. Il training respiratorio prosegue quindi invariato. Qualora non siano state riscontrate complicanze, in seconda giornata post-operatoria viene rimosso il drenaggio toracico.

Giornata 3: il paziente prosegue il training respiratorio impostato e quello di tolleranza allo sforzo proposto in giornata "2". Qualora non vi siano motivi clinici, viene dimesso in mattinata e fa ritorno al proprio domicilio.

Il fisioterapista ripete quindi le valutazioni somministrate in giornata "0" e chiude il diario riabilitativo, che verrà inserito in cartella infermieristica.



CONCLUSIONI

Numerosi studi in letteratura riconoscono un'incidenza positiva dei protocolli ERAS non tanto in termini di riduzione dei giorni di degenza, già ridotti al minimo con le sole tecniche di chirurgia mini-invasiva, quanto nella aumentata efficacia della presa in carico del paziente e nella riduzione delle complicanze postoperatorie. Questo si traduce anche in una riduzione della spesa sanitaria e dei costi di degenza. Anche l'esperienza lavorativa operata

dalle nostre SOD sembra essere coerente con queste osservazioni. Tali suggestioni sono di stimolo per proseguire il lavoro intrapreso, anche alla luce della soddisfazione espressa dai pazienti presi in carico nel pre-operatorio in termini di riduzione dello stress e della difficoltà ad eseguire il trattamento riabilitativo post-operatorio. Tuttavia ci troviamo ancora nella fase embrionale del nostro percorso: la casistica resta ancora troppo bassa per poter promuovere risultati più affidabili, che saranno oggetto di futuri lavori.

BIBLIOGRAFIA

- Opuscolo “Progetto ERAS, diario del paziente”, Azienda Ospedaliero Universitaria OSPEDALI RIUNITI Ancona; SOD Chirurgia Toracica, SOS Chirurgia Toracica mini invasiva; Direttore f.f. Dr. Majed Refai.
- D’Andrilli A, Massullo D, Rendina EA. Enhanced recovery pathways in thoracic surgery from Italian VATS Group: preoperative optimisation. J Thorac Dis 2018;10(Suppl 4): S535-S541. doi: 10.21037/jtd.2017.12.82
- Refai M, Andolf M, Gentili P, Pelusi G, Manzotti F, Sabbatini A. Enhanced recovery after thoracic surgery: patient information and care-plans. J Thorac Dis 2018;10(Suppl 4): S512-S516. doi: 10.21037/jtd.2017.12.87
- Bertani A, Ferrari P, Terzo D, Russo E, Burgio G, De Monte L, Raffaele F, Droghetti A, Crisci R. A comprehensive protocol for physiokinesis therapy and enhanced recovery after surgery in patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy. J Thorac Dis 2018;10(Suppl 4): S499-S511. doi: 10.21037/jtd.2018
- Refai M, Salati M, Tiberi M, Sabbatini A, Gentili P. Clinical pathway for thoracic surgery in an Italian centre. J Thorac Dis 2016;8(Suppl 1):S23-S28. doi: 10.3978/ j.issn.2072-1439.2015.12.34

TABELLA RIASSUNTIVA PERCORSO RIABILITATIVO PAZIENTI INSERITI NEL PROTOCOLLO ERAS

	Colloquio preoperatorio	Giornata 0	Giornata 1	Giornata 2	Giornata 3
Fisioterapia respiratoria	Addestramento all’uso dell’incentivatore volumetrico	Esercizi espansione toracica, FET, incentivatore volumetrico, incentivatore PEP	Esercizi espansione toracica, FET, incentivatore volumetrico, incentivatore PEP	Esercizi espansione toracica, FET, incentivatore volumetrico, incentivatore PEP	Esercizi espansione toracica, FET, incentivatore volumetrico, incentivatore PEP
Mobilizzazione del paziente		Il paziente viene posizionato seduto GFL con aiuto del fisioterapista	Il paziente cammina per 40 metri due volte al giorno	Il paziente cammina per 60 metri tre volte al giorno	Il paziente cammina per 40 metri due volte al giorno

ACRONIMI E DEFINIZIONI DEGLI ESERCIZI UTILIZZATI NEL PROTOCOLLO

Esercizio	Definizione	Obiettivo
Esercizi di espansione Toracica (TEE)	Serie di respirazioni profonde con accentuazione della fase inspiratoria, apnea 3 sec, espirazione non forzata a labbra socchiuse	espansione polmonare, disostruzione bronchiale
Tecnica di espirazione forzata (FET)	Serie di espirazioni forzate eseguite a bocca e glottide aperta, contrendo la muscolatura addominale.	Disostruzione bronchiale
Incentivatore di volume	Inspirazione a glottide aperta, fino a raggiungimento del target prestabilito, cercando di mantenere un flusso inspiratorio costante	espansione polmonare
Incentivatore PEP	Espirazione forzata contro resistenza imposta dallo strumento, cercando di mantenere flusso espiratorio costante	espansione polmonare, disostruzione bronchiale
Tosse auto-assistita	Effettuata tramite contenimento manuale o pancere della parete addominale/toracica e delle ferite chirurgiche	Disostruzione bronchiale

Fall in Age Project Innovative Training for Technology-based Frailty and Falls Management

Elvira Maranesi, Oriano Mercante, Lorena Rossi, Giovanni Renato Riccardi,
Marco Benadduci

UOC Medicina Riabilitativa IRCCS INRCA POR Ancona

Riassunto. La popolazione di età superiore ai 65 anni è attualmente in aumento rispetto alla popolazione mondiale totale, in particolar modo in Europa. Ciò implica un aumento del numero di casi rilevati di fragilità e cadute. La fragilità è un problema multifattoriale e le persone con fragilità necessitano contemporaneamente di servizi sanitari e di assistenza sociale, coordinati e stabili, con un'assistenza continuata nel tempo. I modelli attuali di assistenza socio-sanitaria generano un problema sociale ed economico che è necessario e urgente da affrontare. Secondo la WHO un adulto su tre soffre di almeno una caduta all'anno, rivestendo una delle principali cause fra i pazienti geriatrici sia di morte accidentale o involontaria che di disabilità con un deterioramento della loro qualità di vita e del loro ambiente sociale incrementando così la fragilità. Per poter contrastare questo fenomeno i sistemi sanitari dovrebbero adottare sistemi di prevenzione mirati all'identificazione dei fattori di rischio. Nonostante i benefici e il potenziale delle tecnologie biomeccaniche per migliorare la valutazione della fragilità e il rischio di caduta degli anziani, è innegabile che le loro applicazioni siano ancora limitate alla ricerca e agli scopi accademici. Gli esperti non hanno ancora abbattuto le barriere tecniche e metodologiche, essendo queste metodologie per lo più sconosciute dalla maggior parte dei medici, infermieri e altri professionisti della salute, nonché studenti di medicina.

Parole Chiave: Tecnologie biomeccaniche, Anziano, Cadute, Fragilità

Abstract. Population over 65 years old is presently increasing with respect to the total world population, with particular emphasis in Europe. This implies an increase in the number of detected cases of frailty and falls. Frailty is a multifactorial problem and people with frailty need simultaneous, coordinated and stable health and social care services, adjusted to the principle of continuity of care. Present models of socio-health care generate a social and economic problem that is necessary and urgent to address. According to the WHO, prevention strategies to be adopted by health systems should be aimed at the identification of risk factors, since one in three older adults suffers at least one fall per year, being one of the main geriatric syndromes and the second world cause of accidental or unintentional death. A fall also implies deterioration in the autonomy of the elderly, decreasing their quality of life and that of their social environment, increasing their frailty. Despite the benefits and potential of biomechanical technologies to improve assessment of frailty and risk of falling of elderly people, it is undeniable that their applications are still limited to research and academic scopes. Experts have not brought down the technical and methodological barriers yet, being these methodologies mostly unknown by the majority of medical doctors, nurses and other allied health professionals as well as students of medicine, nursery

Keywords: Biomechanical technologies, elderly, falls, frailty

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione europea e il conseguente aumento della fragilità, contribuisce all'inasprimento dell'incidenza delle cadute nella popolazione anziana, secondo la WHO sarebbero ormai 37,8 milioni di cadute ogni anno che necessitano di un intervento ospedaliero, comportando un pesante costo economico. La fragilità è un fenomeno in continuo sviluppo che porta il paziente a una

condizione di dipendenza, è importante una precoce rilevazione del fenomeno, la quale permette di attuare alcuni interventi volti alla riduzione dei suoi effetti sulla società. Per questo motivo la WHO propone una serie di interventi di prevenzione suddivisi su tre livelli: prevenzione delle malattie, prevenzione della progressione precoce della malattia, prevenzione della progressione avanzata della malattia. L'applicazione di questi interventi

sulla fragilità, che per definizione è una condizione multifattoriale, risulta complesso e prevede un lavoro da svolgere in equipe. Tutt'oggi non esiste un metodo consensuale per poter fare una diagnosi precoce di fragilità, impedendo un intervento tempestivo e di prevenzione. Grande fiducia è rivolta verso l'utilizzo di nuove tecnologie biomeccaniche che possono costituire un valido aiuto alla prevenzione. Attualmente per lo screening e la diagnosi di fragilità sono utilizzate maggiormente:

- Frailty Index based on the cumulative deficit model of frailty (FI)
- Frailty Phenotype of the Cardiovascular Health Study (CHS)
- Frailty Trait scale (FTS)

Questi strumenti di valutazione sono le scale di valutazione con maggior affidabilità per quanto riguarda la conferma di diagnosi di fragilità.

Correlata alla prevenzione della fragilità troviamo la prevenzione delle cadute che vede altre valutazioni basate sulle abilità fisiche del paziente e le caratteristiche ambientali.

Accanto al modello attuale di cura, orientato alla presa in carico assistenziale del soggetto fragile e a rischio di caduta, è necessario pianificare un intervento globale per la riduzione delle cadute, che tenga in considerazione sia la sfera sociale sia la possibilità di offrire continuità assistenziale. Elemento fondamentale per la gestione della fragilità e il correlato rischio di cadute è un approccio multidisciplinare. Tra i vari interventi che risultano necessari si è visto che la gestione dei farmaci e l'esercizio fisico sono in grado di ridurre fortemente il rischio di cadute fino al 35%.

IL PROGETTO

Il progetto Fall in age, finanziato dalla commissione europea all'interno del programma Erasmus Plus, ha come obiettivo principale la creazione di un corso rivolto a studenti, professionisti, specialisti nell'ambito della cura e assistenza all'anziano, volto alla promozione dell'utilizzo di tecnologie biomeccaniche per la valutazione e il trattamento della fragilità, la riduzione del numero delle cadute, la conoscenza di strumenti pratici per l'individuazione del paziente a rischio e la pianificazione di interventi personalizzati. Il consorzio è costituito da un team multidisciplinare: Universidade de Lisboa (UL) Instituto Superior Técnico (IST) Faculdade de Motricidade Humana (FMH); Instituto de Biomecânica de Valencia (IBV); Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (INRCA);

European General Practice Research Network (EGPRN). Il ruolo dell'INRCA consiste:

- promozione della conoscenza e dei fattori di rischio relativi alla fragilità e connessi alle cadute;
- identificazione di protocolli e piani di intervento, dedicati al trattamento, prevenzione e gestione del paziente fragile e/o a rischio di caduta;
- analisi e della valutazione della sicurezza domestica.

Le altre tematiche trattate dagli altri partner consistono nell'identificazione dei migliori strumenti per la valutazione e la diagnosi del paziente fragile, l'utilizzo delle nuove tecnologie biomeccaniche al fine di prevenire.

Il corso si propone anche di offrire ai corsisti del materiale da poter lasciare al paziente e al caregiver al fine riuscire ad effettuare una comunicazione maggiormente incisiva e facilmente consultabile, contenente migliori per l'ambiente domestico ed esercizi utili.

Il corso verrà caricato nella piattaforma <http://fallinage.tecnico.ulisboa.pt/course.html#> sarà diviso in 4 Moduli contenenti Sessioni che raggruppano le lezioni. I partner UL, IBV e INRCA produrranno il materiale, l'EGPRN provvederà alla supervisione delle lezioni e a dare uniformità del lavoro fatto dai partner.

RINGRAZIAMENTI

Gli autori ringraziano il Programma dell'Unione Europea per l'educazione, la formazione, la gioventù e lo sport (ERASMUS) per il supporto dato attraverso il progetto: "Fall-In-Age: Innovative Training for Technology-based Frailty and Falls Management" (2018-1-PT01-KA203-047343).

BIBLIOGRAFIA

- WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing Topic focus: frailty and intrinsic capacity Report of consortium meeting 1-2 December 2016 in Geneva, Switzerland.
- WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age 2017
- PROMOTING HEALTHY AGEING through a FRAILTY PREVENTION APPROACH, ADVANTAGE 2016
- Incidence of frailty: a systematic review of scientific literature from a public health perspective Lucia Galluzzo, Rónán O'Caomh, Ángel Rodríguez-Laso, Nathalie Beltzer, Anette Hylen Ranhoff, Johan Van der Heyden, Maria Lamprini-Koula, Marius Ciutan, Luz López-Samaniego and Aaron Liew on behalf of Work Package of the Joint Action
- Physiotherapy in the prevention of falls in older people Catherine Sherrington, Anne Tiedemann The George Institute for Global Health, Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia, 2015
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Sessione

Logopedia e Disfagia



L'utilizzo di tecniche deglutitorie nel trattamento logopedico del paziente con disfagia neurogena: da strategie di compenso a reali procedure terapeutiche?

Stefano Bedeschi

Istituto di Riabilitazione Santo Stefano Kos Care, Porto Potenza Picena (MC)

Riassunto. Negli ultimi anni nel trattamento logopedico della disfagia è stata posta un'attenzione sempre maggiore ad esercizi riabilitativi che hanno come obiettivo quello di produrre modificazioni stabili alla fisiologia deglutitoria per forza, motilità e coordinazione, con obiettivo di andare ad agire sulla neuroplasticità. Vengono prese in esame due particolari manovre deglutitorie specifiche per la deglutizione, quali Chin Tuck Against Resistance (CTAR) ed Effortful Swallowing (deglutizione forzata). Questi pattern riabilitativi rientrano nella cosiddetta "zona di confine" tra le strategie di compenso adottabili dal paziente e le procedure terapeutiche volte ad incrementare attivamente la funzionalità deglutitoria; la letteratura sembra infatti confermare la loro capacità di azione su neuroplasticità e neuromodulazione quali effettive procedure terapeutiche. Partendo dalle evidenze rilevate, tali manovre sono state pertanto inserite all'interno di percorsi riabilitativi logopedici per disfagia in pazienti affetti da stroke o trauma cranico in fase post - acuta, all'interno del Servizio di Logopedia dell'Istituto di Riabilitazione Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (MC). La loro duttilità le rende eseguibili in training logopedico aspecifico e specifico, durante l'assunzione delle varie consistenze per os, sia combinandole tra loro sia con altre modalità di trattamento. Si rilevano, infatti, significativi vantaggi legati alla ripetibilità, alla relativa facilità di apprendimento per pz. e caregiver, ed il loro quasi nullo impatto economico. Da un'iniziale analisi qualitativa legata all'utilizzo di queste manovre sembrerebbero emergere dati incoraggianti, anche se relativi ad un esiguo numero di pz. trattati, apparentemente riconducibili a quanto emerso dalla letteratura in materia.

Parole chiave: disfagia neurogena, trattamento logopedico, manovre deglutitorie, chin tuck against resistance, CTAR, effortful swallowing, neuroplasticità.

Abstract. In last years, in dysphagia treatment, speech and language pathologists (SLPs) are increasing focus of their attention to rehabilitative exercises: they have as an important target to induce stable modifications, specifically in strength, motility and coordination of swallowing physiology, with the aim of controlling and tackling neuroplasticity. We examine two specific swallowing maneuvers, such as Chin Tuck Against Resistance (CTAR) and effortful swallowing. These maneuvers are part of the so-called "border zone" between patient compensatory strategies and therapeutic procedures aimed to actively increase swallowing performance: The scientific literature seems to confirm their direct effect to act on neuroplasticity and neuromodulation as effective therapeutic procedures. Starting by scientific literature evidences, we added these maneuvers in SLP's specific and aspecific dysphagia rehabilitation protocols, with patients in sub-acute intensive care affected by TBI or stroke in Santo Stefano - KOS care rehabilitation centre, in Porto Potenza Picena (MC). Their flexibility makes them executable also in SLP specific and aspecific treatment, during oral feeding with various consistences, both combining them and with other treatment modalities. We can observe significant advantages, related to repeatability, relative ease of learning both for patients and caregivers, and their almost zero economic impact. From an initial and qualitative analysis of the application of these maneuvers, seems to emerge encouraging data, even if related to a small number of patients., apparently attributable to what emerged from the literature.

Keywords: neurogenic dysphagia, SLP treatment, swallowing maneuvers, chin tuck against resistance, CTAR, effortful swallowing, neuroplasticity.

INTRODUZIONE

Storicamente il trattamento riabilitativo per la disfagia ha avuto come principale focus quello

delle modificazioni di consistenza e delle strategie di compenso; negli ultimi anni è stata posta un'attenzione sempre maggiore a quegli

esercizi riabilitativi che hanno come obiettivo di produrre delle modificazioni stabili nella fisiologia deglutitoria, andando ad incrementarne forza, motilità e coordinazione: queste manovre deglutitorie hanno come principio quello di andare ad agire sulla neuroplasticità ovvero sulla capacità del SNC di modificarsi funzionalmente e strutturalmente: questa capacità è stata definita come “proprietà intrinseca” da Pascual-Leone (2005), che permane attiva per tutto il corso della vita e che consente al SNC di adattare flessibilmente la sua organizzazione funzionale e strutturale in risposta a pressioni ambientali, cambiamenti fisiologici ed esperienza. Vengono distinte 3 forme di plasticità del SNC:

- experience expectant (quella che guida lo sviluppo cerebrale);
- experience independent (quella indipendente dall'esperienza);
- experience dependent (quella legata all'esperienza) che, secondo Pascual-Leone, se sostenuta e rinforzata, è capace di promuovere cambiamenti strutturali anche grazie alla creazione di nuovi circuiti, che possono determinare cambiamenti comportamentali stabili.

La neuroplasticità pertanto indurrebbe una modificazione dei comportamenti, anche se non tutte le modificazioni comportamentali sono in grado di indurre neuroplasticità. Ad oggi le indicazioni di buona pratica nel trattamento riabilitativo del paziente con disfagia neurogena suggeriscono di utilizzare, in maniera tra loro complementare e con un coefficiente di impiego inversamente proporzionale tra loro (secondo un criterio temporale dall'insorgenza della disfagia), strategie di compenso e tecniche rieducative: hanno inizialmente un'incidenza maggiore le strategie di compenso e minore le procedure terapeutiche; nel corso del trattamento la percentuale di incidenza andrà progressivamente ribaltandosi.

LE MANOVRE DEGLUTITORIE

Vengono pertanto prese in esame due particolari manovre deglutitorie specifiche per la deglutizione, quali Chin Tuck Against Resistance (CTAR) ed Effortful Swallowing (deglutizione forzata) in quanto rientrano in quella cosiddetta “zona di confine” tra le strategie di compenso adottabili dal paziente e le procedure terapeutiche volte ad incrementare attivamente la funzionalità deglutitoria (e con essa i parametri di forza, motilità, resistenza e coordinazione), andando anche ad agire su neuroplasticità e neuromodulazione.

La deglutizione forzata (o *effortful swallowing*) è una manovra nata come meccanismo di compenso ma evolutasi anche come vera e propria manovra riabilitativa, in cui si chiede al pz. di deglutire incrementando la forza con cui di norma la lingua preme contro il palato duro in direzione antero - posteriore durante l'esecuzione dell'atto deglutitorio. È stata documentata, tramite studi elettromiografici, con l'esecuzione di questa tecnica, una maggiore attivazione dei muscoli sottomentonieri, in particolare per quelli del pavimento buccale, responsabili di innalzamento ed anteriorizzazione del complesso ioide - laringe, unita ad un incremento temporale sia di chiusura laringea che di apertura dello sfintere esofageo superiore: ne consegue un impatto positivo sulla dinamica di protezione delle vie aeree durante la deglutizione.

La *chin tuck against resistance (CTAR)* è una metodica sviluppata con lo scopo di potenziare la muscolatura sovraioidea (come avviene per la manovra di Shaker) durante la dinamica deglutitoria, utilizzando un oggetto da porre al di sotto del mento durante la deglutizione (può essere una palla, un asciugamano arrotolato o un device specifico, quale ad esempio l'ISO-CTAR device) e su cui applicare una pressione durante l'esecuzione dell'atto deglutitorio, schiacciandolo flettendo il capo; si viene ad ottenere così un lavoro deglutitorio in situazione dinamica nella modalità “forza vs resistenza”, utilizzabile sia in deglutizioni “a secco” che con presenza di varie consistenze. Oltre alla possibilità di utilizzo “in dinamica” di questa metodica, dati elettromiografici di superficie hanno mostrato livelli di attivazione dei muscoli sovraioidei significativamente superiori rispetto alla manovra di Shaker (ed alla sua combinazione di compiti isometrici ed isocinetici); ne deriverebbe un impatto significativo relativamente sia a tempi e livelli di innalzamento ed anteriorizzazione del complesso ioide - laringe, sia per la durata della chiusura laringea intradeglutitoria, con conseguente incremento dei tempi di apertura dello sfintere esofageo superiore (UES), da cui deriverebbe una possibile riduzione dei residui faringei post deglutitori.

RICERCA DELLE EVIDENZE

Da una ricerca bibliografica emerge la presenza di alcuni studi dal buon costrutto (RCT) che confermerebbero un certo grado di efficacia di queste manovre deglutitorie, non solo come semplici compensi volti a vicariare la funzionalità deglutitoria persa (parzialmente o completamente) a seguito di un accidente cerebrovascolare, ma anche come reali

procedure terapeutiche, andando di conseguenza ad agire sui processi cerebrali di neuroplasticità e neuromodulazione. In particolare si rilevano alcune interessanti considerazioni dall'analisi dei dati riportati:

- l'applicazione della tecnica dell'**effortful swallowing** (Park et al. 2019) sembrerebbe avere effetti positivi statisticamente significativi, associato a tecniche riabilitative convenzionali della disfagia, in particolare rispetto a parametri di forza, motilità e coordinazione nell'atto deglutitorio. Non risultano ancora significative le differenze nelle performance deglutorie globali utilizzando consistenze alimentari, rilevate in sede videofluoroscopica con apposita scala, tra gruppo sperimentale e gruppo di controllo.
- per quanto concerne la tecnica **chin tuck against resistance (CTAR)**, il cui rationale è sovrapponibile a quello della manovra di Shaker (ovvero rinforzare la muscolatura sovra e sottoioidea ed incrementare la motilità dello sfintere esofageo superiore) si ha un vantaggio significativo a favore della tecnica CTAR, ovvero quello di poterla eseguire da seduti (e non da supini come avviene con la manovra di Shaker), col vantaggio di poterla applicare anche durante l'assunzione di consistenze per os ed un potenziale impatto psicologico positivo per i pz., legato all'utilizzo di una metodica più semplice (anche dal punto di vista dell'apprendimento e della supervisione al di fuori del trattamento da parte di un caregiver) e ripetibile (Gao et al. 2017);
- l'utilizzo della tecnica CTAR in pz. con disfagia seguente a stroke sembrerebbe correlato ad un significativo incremento della funzionalità deglutitoria; il lavoro forza vs resistenza favorirebbe una maggiore attivazione muscolare che si riflette di conseguenza in un maggior reclutamento di unità motoria ed una maggiore contrazione muscolare (Park et al. 2018);
- il rinforzo ottenuto dalla muscolatura sovraioidea interagisce positivamente sull'innescò e sull'effetto del riflesso deglutitorio, oltre che per l'incremento della motilità dello sfintere esofageo superiore anche per l'innalzamento/avanzamento laringeo durante la deglutizione, che contribuisce a proteggere le vie aeree da rischi di penetrazione e aspirazione di materiale alimentare (Park et al. 2018);
- vi sono alcune limitazioni nello studio

relativo all'efficacia della tecnica CTAR, ovvero il ridotto numero di pz. arruolati, la difficoltà nel modulare l'intensità della resistenza fornita dal device utilizzato per la tecnica, oltre alle carenze riguardanti follow up ed effetti a lungo termine, essendo questa tecnica relativamente recente (Park et al. 2018).

ESPERIENZA NEL CONTESTO LAVORATIVO

Partendo dalle evidenze riscontrate in letteratura si è deciso di inserire tali manovre all'interno dei percorsi riabilitativi logopedici per disfagia per pazienti affetti da stroke o trauma cranico in fase post - acuta, all'interno del Servizio di Logopedia dell'Istituto di Riabilitazione Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (MC): la duttilità di tali manovre, eseguibili sia in un contesto di lavoro aspecifico (in assenza di assunzione di consistenze per os), sia in training specifico durante l'assunzione delle varie consistenze per os, sia combinandole tra loro o con elettrostimolazione funzionale NMES mediante Vitalstim®.

La semplicità di apprendimento ed esecuzione di tali manovre da parte dei pazienti ne consente un utilizzo ripetuto e capillare sia durante le sedute di trattamento logopedico che durante il monitoraggio del paziente stesso ai pasti da parte di altre figure sanitarie o caregiver, in previsione della dimissione e di un eventuale rientro al domicilio del paziente stesso, anche in un'ottica di ottimizzazione delle risorse, tenendo conto del ridotto impatto economico legato all'esecuzione di tali manovre in termini di costi diretti, presenti solo relativamente all'acquisto o alla realizzazione di devices specifici per l'esecuzione della manovra CTAR (e comunque eseguibile utilizzando strumenti e oggetti presenti nella totalità dei contesti familiari dei pazienti, quindi "ad impatto economico zero").

Da un'analisi qualitativa delle performance deglutorie dei pazienti con i quali sono state utilizzate queste metodiche sembrerebbe emergere, oltre ad un incremento nelle capacità di assunzione orale (con dati non statisticamente significativi in quanto relativi ad un esiguo numero di pazienti trattati), anche un incremento delle performance relative all'atto deglutitorio in termini sia di riduzione del tempo di innescò del trigger (anche in deglutizioni successive), sia di innalzamento del complesso ioide laringeo, con conseguente incremento della durata del tempo di apertura dello sfintere e chiusura laringea intradeglutoria, che impattano positivamente

sui meccanismi di protezione involontaria delle vie aeree durante la deglutizione.

CONCLUSIONI

La disfagia neurogena ha un impatto fortemente invalidante sui pazienti affetti da accidenti cerebrovascolari e la costante ricerca delle migliori evidenze scientifiche per il suo trattamento riabilitativo risulta avere un importante impatto sia in termini di qualità della vita del paziente stesso sia in termini di ottimizzazione delle risorse: al fine di perseguire le buone pratiche in termini di efficacia, appropriatezza, affidabilità e qualità risulta fondamentale un costante monitoraggio critico della letteratura scientifica unito allo sviluppo di una forte cultura multidisciplinare ed interprofessionale, con il paziente al centro di tutto il percorso riabilitativo.

BIBLIOGRAFIA

- Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind, randomized controlled trial - Park HS, Oh DH, Yoon T, Park JS (International Journal of Language and Communication Disorders 2019)
- Effects of chin tuck against resistance exercise versus Shaker exercise on dysphagia and psychological state after cerebral infarction. - Gao J, Zhang HJ. (Eur J Phys Rehabil Med. 2017 Jun;53(3):426-432.)
- Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study. - Park JS, An DH, Oh DH, Chang MY. (NeuroRehabilitation. 2018;42(2):191-197);
- Efficacy of modified chin tuck against resistance exercise using hand-free device for dysphagia in stroke survivors: A randomised controlled trial. - Kim HH, Park JS. (J Oral Rehabil. 2019 Jun 17);
- Effects of neuromuscular electrical stimulation combined with effortful swallowing on post-stroke oropharyngeal dysphagia: a randomised controlled trial - Park JS, Oh DH, Hwang NK, Lee JH (J Oral Rehabil. 2016 43; 426 - 434);
- Chin Tuck Against Resistance: new method for enhancing suprahyoid muscle activity using a shaker type exercise - Yoon WL, Khoo JKP, Rickard Liow SJ (Dysphagia 2013);
- "The plastic human brain cortex" Pascual-Leone A.; Annu Rev Neurosci 2005;28:377-401;
- "Manual of diagnostic and therapeutic techniques for disorders of deglutition" - R.Shaker, C.Easterling, P.C.Befalsky, G.N.Postma - Springer;

Alimentazione e qualità di vita: modificazioni dietetiche secondo l'international dysphagia diet standardisation initiative (IDDSI) nei pazienti con Malattia di Parkinson e parkinsonismi

Mariarosaria D'Antuono¹, Chiara Santoni¹, Sara Petroselli²

¹UOC Medicina Riabilitativa IRCSS INRCA POR Ancona; ²Studentessa Cdl Logopedia UNIVPM Ancona

Riassunto. La Malattia di Parkinson è una malattia degenerativa primaria del sistema extrapiramidale a decorso cronico e lentamente progressiva, clinicamente determinata dalla coesistenza di sintomi motori e sintomi non motori. I parkinsonismi, in generale, costituiscono alcune delle principali cause neurologiche che comportano la presenza di disfagia, la cui difficoltà può interessare le diverse fasi della deglutizione. In letteratura ci sono vari studi che rilevano la presenza di disfagia nel Parkinson con una percentuale compresa tra il 23 e l'81%, qualora essa venga indagata clinicamente; i dati di tale percentuale aumentano al 63,2-81,1% quando si effettua la videofluoroscopia (cfr. Schindler et al., 2011). Recenti studi evidenziano che la logopedia, nel trattamento della disfagia, può generare miglioramenti dei sintomi nel 100% dei casi (cfr. Sampaio Santos et al., 2015). Nel presente lavoro si propone un intervento logopedico di carattere specifico, incentrato sul counselling familiare e sui provvedimenti adattivi della dieta. In particolare, lo studio ha previsto l'elaborazione di tre documenti: una guida all'utilizzo delle spezie e delle erbe aromatiche, una guida all'utilizzo degli addensanti naturali e un ricettario di piatti a consistenza modificata da proporre ai pazienti in base ai risultati della valutazione. Le guide sono state elaborate grazie ad interventi interdisciplinari, integrando diverse competenze da parte di logopedisti, di professionisti della ristorazione e della nutrizione. L'obiettivo dello studio è stato quello di condurre un'indagine sugli aspetti clinici e sull'impatto psico-sociale che la difficoltà di deglutizione ha nella Malattia di Parkinson e capire quanto la proposta di artifici dietetici come tecnica riabilitativa possa migliorare tale difficoltà. Nello studio si è tenuto conto delle manifestazioni cliniche, dell'accettabilità della dieta e della qualità di vita percepita, sia dal punto di vista del paziente e sia dal punto di vista del caregiver. Nell'elaborazione delle proposte di modificazioni dietetiche, l'obiettivo è stato quello di far riferimento ad una terminologia standardizzata per la classificazione delle textures di alimenti e bevande che proponesse criteri di misurazione affidabili, sostenuti da evidenze scientifiche e, al contempo, facilmente riproducibili anche da pazienti e caregivers con strumenti reperibili a domicilio: la scelta è pertanto ricaduta sull'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI).

Parole chiave: Parkinson, disfagia, logopedia, qualità di vita, IDDSI

Abstract. Parkinson's disease is a primary degenerative disease of the extrapyramidal system with a chronic and slowly progressive course, clinically determined by the coexistence of motor symptoms and a wide range of non-motor symptoms; Parkinsonisms in general are some of the main neurological causes associated with the presence of dysphagia and the difficulty can occur at all stages of swallowing. Various studies report a percentage of dysphagia in Parkinson disease between 23 and 81%, if it is investigated clinically; this percentage increases to 63.2-81.1% when performing videofluoroscopy (see Schindler et al., 2011); this symptom therefore represents an important clinical instance that requires correct management. Recent studies show that speech therapy can generate symptom improvements in 100% of cases (see Sampaio Santos et al., 2015). In the present study a specific speech therapy intervention is proposed, focusing on family counseling and adaptive dietary measures; in particular, the study involved the preparation of three documents: a guide to the use of spices and aromatic herbs, a guide to the use of natural thickeners and a recipe book with modified consistency to offer to patients based on the results of the evaluation. These documents have been elaborated with an interdisciplinary approach, integrating the relevant speech therapy competences with the contribution of catering and nutrition professionals. The objective of the study is to conduct a survey on the clinical aspects and on the psycho-social impact of the difficulty in swallowing in Parkinson's disease, following the proposal of adaptive dietary measures as a rehabilitation technique; the clinical manifestations, the acceptability of the diet and the perceived quality of life, from the point of view of the patient and from the point of view of the caregiver were studied. In preparing the proposals for dietary modifications, the aim was to refer to a standardized terminology for the classification of food and beverage textures that proposed reliable measurement criteria, supported by scientific evidence and, at the same time, easily reproducible even by patients and caregivers with tools available at home: the choice therefore fell on the International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI).

Keywords: Parkinson's disease, dysphagia, speech therapy, quality of life, IDDSI

INTRODUZIONE

Nella Malattia di Parkinson si possono osservare alterazioni in tutte le fasi della deglutizione, con la manifestazione di sintomi caratteristici (cfr. Umemoto e Furuya, 2019) e l'aspirazione del bolo può avvenire prima (pre-deglutitoria), durante (intra-deglutitoria) o dopo la deglutizione (post-deglutitoria):

- **Fase orale:** è possibile rilevare una compromissione dei movimenti masticatori a causa della riduzione della lateralizzazione linguale, rigidità mandibolare e riduzione dei movimenti; si può riscontrare drooling o, più di rado, secchezza delle fauci; è presente difficoltà ad innescare il riflesso deglutitorio e prolungamento della permanenza del bolo in bocca che porta anche a residuo orale, difficoltà nella formazione del bolo e conseguente frammentazione di esso; talvolta si può assistere a fuoriuscita del bolo dal cavo orale, tremore della lingua e della muscolatura oro-facciale; sono spesso presenti alterazioni sensoriali e propriocettive della lingua e dell'olfatto.
- **Fase faringea:** si rileva ritardo d'innescamento del riflesso deglutitorio, ridotta elevazione ioido-laringea, elevato rischio di aspirazione del bolo, ridotta peristalsi faringea, residui faringei e stasi a livello delle vallecule e dei seni piriformi.
- **Fase esofagea:** è spesso presente disfunzionalità dello sfintere esofageo superiore, ridotta peristalsi esofagea; possono associarsi reflusso gastro-esofageo ed ernia iatale.

La fase deglutitoria maggiormente colpita, secondo uno studio condotto da Luchesi e colleghi (2015), è quella orofaringea, a causa della bradicinesia e rigidità che colpisce anche i muscoli del distretto testa-collo. Alcuni studi ritengono che la tosse, meccanismo di difesa durante la deglutizione e "strumento" di pulizia dalle secrezioni, sia, quasi sempre, alterata e ipovalida nella Malattia di Parkinson.

Il logopedista può intervenire nella gestione del paziente disfagico proponendo un piano di trattamento individualizzato che includa interventi di carattere generale, aspecifico e specifico (cfr. Accornero e Travalca Cupillo, 2011). Nel presente studio, è stato proposto un approccio di tipo specifico: il logopedista interviene effettuando un counselling familiare proponendo alcune tecniche di compenso, come ad esempio posture facilitanti da adottare durante il pasto, precauzioni comportamentali, oppure proponendo dei provvedimenti adattivi (ausili e strumenti dedicati e modificazioni

dietetiche). In relazione al counselling, il logopedista può dare indicazioni per un adeguato livello di igiene orale e una corretta consumazione dei pasti in sicurezza, può consigliare alcuni ausili presenti in commercio e appositamente studiati per garantire una maggiore funzionalità della deglutizione e favorire un coinvolgimento attivo e autonomo del paziente nel consumo dei pasti. Nel momento in cui le misure di compenso non siano sufficienti a garantire un'alimentazione sicura, è opportuno addestrare il paziente e i familiari alla selezione e preparazione di alimenti e bevande più adeguati al grado di difficoltà di deglutizione del paziente.

La modificazione degli alimenti rappresenta un aspetto importante della riabilitazione e deve essere realizzata in maniera "sartoriale" per il paziente disfagico, al fine di assicurare il soddisfacimento del fabbisogno alimentare in condizioni deglutitorie di sicurezza, tenendo conto dei desideri, delle preferenze alimentari del paziente e del grado di autonomia che deve essere il più alto possibile. Le proprietà degli alimenti da prendere in considerazione nell'adattamento sono la consistenza, l'omogeneità, la coesione, la scivolosità, il volume, la temperatura, il colore, il sapore e l'odore, l'appetibilità (cfr. Accornero e Travalca Cupillo, 2011). Nel presente studio è stata posta l'attenzione soprattutto sull'utilizzo di addensanti, spezie ed erbe aromatiche e relativo rapporto con la palatabilità. La percezione della consistenza del bolo e il gusto sono due aspetti importanti che possono influire nella qualità di preparazione orale, masticazione e deglutizione; pertanto è fondamentale che la consistenza e il gusto siano quanto più possibile adeguati (cfr. Liu et al., 2017).

La percezione dei sapori coinvolge sia la funzione olfattiva sia quella gustativa; l'iposmia, frequente nel Parkinson, può contribuire al calo ponderale e provocare malnutrizione (cfr. Devere, 2012; Roos et al., 2018). Le spezie e le erbe aromatiche potrebbero in tal senso costituire un fattore di miglioramento e potenziamento degli aromi contenuti negli alimenti, evitando il ricorso ad un maggior utilizzo di sale (cfr. Anderson et al., 2015); Una prima importante distinzione va fatta tra il concetto di spezie, che indica un insieme di prodotti vegetali secchi, e quello di erbe aromatiche, che include invece erbe o verdure coltivabili negli orti, oppure selvatiche.

Yver e colleghi (2018) hanno invece condotto uno studio sull'accettabilità del sapore delle sostanze addensate, ed è risultata una

significativa riduzione della palatabilità rispetto alle corrispettive sostanze non addensate. Gli idrocolloidi sono sempre più utilizzati come addensanti e gelificanti anche e soprattutto in pasticceria, e la loro texture, il sapore e l'opacità variano in base al tipo di idrocolloide utilizzato; gli idrocolloidi utilizzati più di frequente come addensanti sono gli amidi (soprattutto amido di mais e amido di riso), la xantana, la gomma di guar, la gomma di carrube o farina di semi di carrube, la gomma karaya, la gomma tragacanth, la gomma arabica e i derivati della cellulosa. Gli idrocolloidi più utilizzati come gelificanti sono invece gli alginati, la pectina, la carragenina, la gelatina e l'agar agar (cfr. Saha e Bhattacharya, 2010). Gli idrocolloidi possono essere utilizzati per la preparazione di bevande addensate oppure per addensare alimenti che altrimenti risulterebbero troppo liquidi. La corretta preparazione di bevande addensate è una parte fondamentale della presa in carico di un paziente disfagico e, nonostante siano disponibili in commercio diversi tipi di bevande addensate o gelificate già pronte per l'uso, alcuni studi dimostrano che la preparazione di liquidi addensati da parte degli operatori è una pietra angolare dell'assistenza nutrizionale in numerose situazioni di cura (cfr. Garcia e Chambers 2012; Lam et al., 2016; Garcia e Chambers, 2019). Altri studi evidenziano una generale difficoltà nel preparare bevande addensate in modo affidabile e coerente, persino tra i logopedisti, a causa della mancanza di una standardizzazione nell'identificazione delle giuste quantità e consistenze (cfr. Glassburn e Deem, 1998): ciò può portare ad un errato addensamento di bevande, in difetto, con rischi legati ad aspirazione e penetrazione, o in eccesso, con rischi legati alla formazione di ristagni difficili da eliminare (cfr. Judson et al., 2012; Steele et al., 2015; Robbins et al., 2008), oppure al rifiuto da parte del paziente per la non accettabilità del sapore e conseguente disidratazione (cfr. Garcia e Chambers, 2019; Lotong et al., 2003; Matta et al., 2006). In questa ottica si inserisce l'IDDSI, strumento scelto per questo studio come punto di riferimento per la supervisione logopedica sulle consistenze delle modificazioni dietetiche proposte.

L'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) è un ente no-profit fondato nel 2012 da un team multidisciplinare di professionisti provenienti da diverse parti del mondo, con i seguenti obiettivi:

- determinare il numero delle texture degli alimenti e delle densità delle bevande, e

proporre un utilizzo standardizzato a livello internazionale, a disposizione di persone disfagiche di tutte le età e culture e in tutti i contesti di cura (l'IDDSI si propone anche di sviluppare nomi/identificatori standard e definizioni dettagliate per ciascun livello, che siano culturalmente sensibili);

- adottare metodi di misurazione semplici, economici ed accessibili per determinare la texture del cibo e la densità delle bevande;
- raccogliere il consenso di fruitori internazionali (pazienti, caregivers, professionisti della salute, industrie, associazioni e ricercatori) e garantire la pubblicazione e diffusione dei risultati.

Al Quadro IDDSI sono associate descrizioni dettagliate di ciascun livello, per le bevande e i cibi (cfr. IDDSI, 2016a).



Fig.1 Il Quadro IDDSI (IDDSI, 2016a)

I livelli del Quadro IDDSI sono supportati da metodi di misurazione semplici, economici e ripetibili che possono essere facilmente utilizzati da pazienti e caregivers, dagli operatori sanitari e medici, dai professionisti della ristorazione o del settore per l'individuazione corretta del livello in cui un alimento o un fluido si colloca (cfr. IDDSI, 2016b): il test di flusso, il test di gocciolamento dalla forchetta, il test del cucchiaino inclinato, la valutazione della conformità delle particelle, il test della pressione della forchetta e del cucchiaino, il test delle bacchette, il test del dito e la valutazione di consistenza dei cibi di transizione.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato svolto presso il reparto di Medicina Riabilitativa dell'IRCCS INRCA di

Ancona, nel periodo tra marzo e settembre 2019. Sono stati reclutati 56 soggetti rispondenti ai seguenti criteri di inclusione: vigilanza e collaborazione, diagnosi di Malattia di Parkinson o parkinsonismo, conoscenza della lingua italiana; sono stati esclusi dallo studio i soggetti con nutrizione artificiale parenterale o enterale, quelli con difficoltà di deglutizione dovuta a sindromi non parkinsoniane e i pazienti istituzionalizzati. Sono stati invitati a partecipare allo studio anche i relativi caregivers per i quali era richiesta la coabitazione e/o la presenza assidua nella vita quotidiana del paziente, in particolar modo al momento dei pasti principali.

Relativamente agli strumenti di valutazione utilizzati, è stato proposto ai pazienti e ai caregivers reclutati un questionario di valutazione della percezione soggettiva di severità della disfagia e della qualità di vita, redatto ad hoc: il questionario prevede una parte preliminare di indagine anamnestica e tre sezioni, per un totale di 44 items a risposta multipla e 4 opzioni di risposta (mai, a volte, spesso, sempre). La sezione A è relativa al grado di difficoltà di deglutizione, è composta da 8 items e indaga la difficoltà percepita dal paziente con cibi e bevande di varie consistenze; la sezione B è composta da 19 items e indaga la presenza delle principali manifestazioni cliniche di disfagia; la sezione C è composta da 17 items e valuta il grado di accettazione della dieta assunta e le conseguenze della difficoltà di deglutizione sulla qualità di vita e sulla partecipazione sociale. È stata infine proposta una valutazione logopedica della deglutizione con l'obiettivo di individuare le consistenze del Quadro IDDSI da consigliare al paziente; la valutazione si è articolata in 6 fasi: sono state valutate le prassie bucco-facciali, la sensibilità tattile orale e periorale, la motilità orale di labbra, lingua, mandibola e velo palatino, le funzioni faringo-laringee; le ultime due fasi includevano il test di deglutizione indiretto e diretto. Il test di deglutizione diretto prevedeva la somministrazione di boli appositamente selezionati e/o modificati in base ai criteri di classificazione dell'IDDSI: per verificare l'idoneità dei boli, l'acqua e alcuni campioni di vari alimenti sono stati sottoposti rispettivamente al test di flusso e ai test per i cibi dell'IDDSI.

Al termine della valutazione è stato effettuato un counselling logopedico per comunicare quanto osservato; ai soggetti che hanno manifestato difficoltà nella gestione di alcune consistenze, sono state consigliate quelle più

adatte e sono stati illustrati i procedimenti necessari agli adattamenti della consistenza e gli accorgimenti per un'assunzione del pasto in sicurezza.

In conclusione, sono stati proposti ad ogni paziente i documenti elaborati con le proposte di modificazioni dietetiche, a ciascuno secondo i risultati della valutazione. I documenti elaborati includevano una guida all'utilizzo delle spezie e delle erbe aromatiche, in cui è stata presentata la differenza tra i due alimenti e sono stati forniti consigli di utilizzo e suggerimenti di condimento; la guida all'utilizzo degli addensanti naturali per la preparazione di bevande a consistenza modificata secondo i livelli di classificazione IDDSI: è stata effettuata un'indagine preliminare sui principali addensanti naturali presenti in commercio, al fine di conoscerne caratteristiche e proprietà e individuare quelli più adatti ai pazienti parkinsoniani del campione; gli addensanti che sono risultati nel complesso più idonei sono stati l'agar agar, la gomma di guar e la farina di semi di carrube e tali prodotti sono stati utilizzati in varie percentuali per addensare l'acqua; ogni composto ottenuto è stato infine sottoposto al test di flusso IDDSI al fine di calcolare le quantità necessarie ad ottenere le consistenze indicate dal Quadro IDDSI: la guida elaborata include le istruzioni per la realizzazione della bevanda addensata della consistenza più adatta a ciascuno e i consigli e le osservazioni effettuate in seguito alla sollecitazione termica e meccanica dei composti. Nel ricettario di piatti a consistenza modificata in base alle texture del Quadro IDDSI, sono state incluse 23 ricette: per ciascuno dei livelli IDDSI 4, 5, e 6 sono state inserite 2 ricette classiche, 2 ricette ipoproteiche (pensate per il pasto diurno al fine di ottimizzare l'assunzione della terapia farmacologica con levodopa) e 2 ricette dolci, mentre nel livello 3 sono stati inclusi i sughi, i condimenti e le salse (in totale 5); l'obiettivo era quello di proporre piatti tecnicamente semplici da preparare, gradevoli al gusto e all'olfatto e invitanti alla vista, realizzabili con strumenti di semplice utilizzo. La guida all'utilizzo delle spezie e delle erbe aromatiche è stata consegnata ai pazienti nei quali non si sono osservate difficoltà di deglutizione di acqua o cibo; nel caso contrario, i soggetti con difficoltà con i liquidi e/o con i solidi, hanno ricevuto la guida per gli addensanti naturali e/o il ricettario.

RISULTATI

Sono stati valutati in totale 56 pazienti (35

soggetti di sesso maschile e 21 di sesso femminile) e sono state analizzate le informazioni relative all'età anagrafica, alla città di residenza, allo stato civile, alla diagnosi ed esordio, alla gravità della malattia e alla terapia farmacologica; è emerso che i pazienti valutati hanno un'età media di 75,5 anni, risiedono nel 79% dei casi nella città di Ancona e la netta maggioranza è coniugato o convivente; a 45 pazienti su 56 è stata riscontrata la Malattia di Parkinson, mentre 11 soggetti hanno ricevuto la diagnosi di parkinsonismo secondario a idrocefalo, a infarti cerebrali, all'assunzione di neurolettici o parkinsonismo non meglio specificato; la maggioranza dei pazienti ha ricevuto la diagnosi in tempi recenti (tra 1 e 5 anni fa) o mediamente recenti (tra 6 e 10 anni fa) e la gravità di malattia, dedotta dal punteggio della scala di Hoehn e Yahr, I farmaci maggiormente assunti dai pazienti sono Madopar®, Sinemet® e Mirapexin® e il 39% dei soggetti assume due medicinali. L'età media dei 56 caregivers valutati è di 66,3 anni e la maggioranza di essi sono i coniugi dei pazienti. Sono stati inoltre analizzati e confrontati i dati raccolti dalla somministrazione del questionario durante la prima e la seconda valutazione, avvenuta a due mesi di distanza dalla prima; sono stati esclusi i dati relativi ad una paziente a causa di un peggioramento delle condizioni cliniche fino al decesso. Dei 55 pazienti considerati, 25 (il 45,5%) hanno mostrato segni di difficoltà di deglutizione alla valutazione; di questi 25 pazienti, 11 soggetti (il 44%) ha presentato difficoltà con i solidi, mentre 14 soggetti (il 56%) ha avuto difficoltà con entrambi. Al momento della rivalutazione si è rivelato opportuno effettuare una prima distinzione tra i soggetti che hanno aderito alle proposte, coloro che hanno seguito solamente i consigli dati durante il counselling e coloro che non hanno modificato le precedenti abitudini alimentari: nel complesso, si è osservata una discreta aderenza alle proposte, nel 60% dei soggetti che hanno ricevuto la guida all'utilizzo delle spezie e delle erbe aromatiche, nel 50% dei soggetti con la guida per gli addensanti naturali e nel 56% dei soggetti con il ricettario. Per ciascuna proposta effettuata sono stati valutati il gradimento, la presenza di sintomi di difficoltà di deglutizione e l'impatto sull'accettabilità della dieta e sulla qualità di vita, dal punto di vista dei pazienti e dal punto di vista dei caregivers, ed è stato fatto infine un confronto trasversale tra i vari gruppi di pazienti.

Relativamente alla guida per l'utilizzo delle

spezie e delle erbe aromatiche sono stati ottenuti i seguenti risultati: la quasi totalità dei soggetti del campione, pazienti (89%) e caregivers (100%), ha dichiarato di aver gradito la proposta; i sintomi di disfagia, l'accettabilità della dieta e la qualità di vita non sono stati studiati in questo gruppo di pazienti, in quanto nessuno dei partecipanti ha dichiarato significative alterazioni, tenendo anche conto del fatto che in questo gruppo sono stati registrati i punteggi più bassi della scala di Hoehn e Yahr e gli esordi di malattia più recenti; circa il 98% dei soggetti ha invece lamentato la scarsa percezione di odori e sapori come unico sintomo, pertanto sono state confrontate le risposte date alle domande dedicate nella prima e nella seconda valutazione: è emerso un miglioramento percepito da tutti i partecipanti allo studio e maggiore rispetto a quello riferito dagli altri gruppi di pazienti.

Relativamente alla guida per l'utilizzo degli addensanti naturali, il documento è stato gradito nella maggioranza dei casi (86% dei pazienti e 71% dei caregivers); i caregivers hanno riferito una maggior frequenza di presentazione dei sintomi di disfagia rispetto a quella riferita dai pazienti, tuttavia entrambi hanno poi confermato un miglioramento nella seconda valutazione: i pazienti che hanno introdotto gli addensanti naturali e coloro che, seguendo solo i consigli del counselling, hanno preferito l'addensante tradizionale, hanno riferito un miglioramento simile (il 71% i primi e il 74% i secondi ha riferito di non percepire mai difficoltà), diversamente da chi ha proseguito l'assunzione di liquidi fini (solo il 30% non ha riferito difficoltà). Per quanto riguarda l'accettabilità della dieta e la qualità di vita, essa sono notevolmente migliorate nei soggetti che hanno introdotto gli addensanti naturali rispetto a coloro che hanno utilizzato l'addensante tradizionale; non si sono rilevate differenze in coloro che hanno proseguito l'assunzione di bevande liquide; essi hanno continuato a percepire alti livelli di accettabilità della dieta e della qualità di vita.

Relativamente al ricettario, il 100% dei soggetti del campione ha gradito la proposta; anche in questo caso, i caregivers hanno riferito una maggior frequenza di presentazione dei sintomi di disfagia rispetto a quella riferita dai pazienti; tuttavia entrambi hanno poi confermato un miglioramento nella seconda valutazione: i soggetti che hanno utilizzato il ricettario hanno dichiarato di non percepire mai difficoltà con una percentuale leggermente più elevata (circa l'82%) rispetto a coloro che hanno seguito solo i

consigli (circa il 73%) e nettamente più elevata rispetto a coloro che non hanno modificato le precedenti abitudini (circa il 47%). Per quanto riguarda l'accettabilità della dieta e della qualità di vita, sono notevolmente migliorate nei soggetti che hanno utilizzato il ricettario rispetto alla prima valutazione e il miglioramento riferito è maggiore rispetto a quello di chi ha seguito solo i consigli; non si sono rilevate differenze in coloro che non hanno modificato le proprie abitudini alimentari continuando a percepire alti livelli di accettabilità della dieta e della qualità di vita.

CONCLUSIONI

In conclusione, il presente studio ha voluto evidenziare che la proposta di modificazioni dietetiche studiate ad hoc per il paziente parkinsoniano con un approccio interdisciplinare, può contribuire a migliorare le difficoltà di deglutizione sotto diversi punti di vista. In generale, è stato riscontrato un apprezzamento da parte dei pazienti e dei caregivers, che hanno mostrato collaborazione ed entusiasmo verso tale lavoro, definendolo "nuovo", "curioso" e "stimolante". Vari elementi, quali l'età avanzata di alcuni pazienti, la mancanza di tempo, lo scarso gradimento delle attività culinarie o la precarietà delle condizioni cliniche, si sono rivelati dei fattori ostacolanti per la completa realizzazione del progetto, impedendo, pertanto, ad alcuni soggetti di mettere in pratica quanto proposto. Coloro che hanno utilizzato le guide fornite, hanno riscontrato benefici maggiori rispetto a chi ha seguito solamente i consigli dati durante il counselling o rispetto a chi ha scelto di mantenere le precedenti abitudini alimentari. In particolare, la guida per l'utilizzo di spezie ed erbe aromatiche ha contribuito a potenziare e stimolare la percezione degli odori e dei sapori degli alimenti, sintomi deficitari, frequentemente riferiti dai pazienti e troppo spesso sottovalutati o ritenuti secondari rispetto ad altre possibili cause di alterazione della qualità di vita. La guida per l'utilizzo degli addensanti naturali ha contribuito a migliorare l'accettabilità dell'assunzione di bevande addensate e la qualità di vita dei pazienti in maniera più significativa rispetto all'utilizzo dell'addensante tradizionale; a tal proposito, si riporta il caso di un paziente che ha riferito di preferire gli addensanti naturali ("Quello della farmacia non riesco ad usarlo perché non mi va giù") ed ha individuato come prodotto preferito, fra quelli consigliati, la gomma di guar, della quale ha apprezzato la texture conferita alle

bevande e il sapore. Il ricettario con i piatti a consistenza modificata ha contribuito ad aumentare l'accettabilità della dieta e della qualità di vita correlata all'assunzione di cibi di diverse texture, in particolare: numerosi soggetti hanno riferito che il ricettario è stato utile a porre l'attenzione su alcuni aspetti del cibo quali la presentazione visiva, gli accostamenti di colori e le forme date ai composti, che hanno favorito il piacere della tavola nei pazienti. Per quanto concerne, le manifestazioni cliniche legate alle difficoltà di deglutizione, le proposte degli addensanti naturali e del ricettario hanno diminuito la frequenza della sintomatologia clinica. I miglioramenti ottenuti da tale proposta, tuttavia non si discostano molto da quelli osservati nei pazienti che hanno seguito solo i consigli dati durante il counselling. Queste considerazioni dimostrano che la realizzazione della consistenza adatta alle caratteristiche individuali è necessaria nella gestione di pazienti parkinsoniani con difficoltà di deglutizione, ma è opportuno che oltre a ciò, si faccia attenzione a tutti gli aspetti connessi al valore edonistico dell'alimentazione, fattore fondamentale per la socialità del paziente sia in termini di partecipazione e integrazione sia inteso come piacere e gusto di stare a tavola. In conclusione, ci auguriamo che il presente studio possa essere un incentivo alla creazione di una sempre più proficua collaborazione tra logopedisti e professionisti della nutrizione e della ristorazione nella gestione del paziente parkinsoniano con disfagia. Il lavoro interdisciplinare è indispensabile per preservare la sicurezza dell'atto deglutitorio, fornire il giusto apporto nutrizionale e aumentare la consapevolezza di pazienti e caregivers in merito al ruolo cardine rivestito dai meccanismi psicologici ed emotivi nell'alimentazione. La presa in carico può dirsi, in questo modo completa e consapevole del fatto che l'alimentazione non è regolata solo dalla necessità di sopravvivere, ma è il motore principale che genera l'opportunità di intrecciare relazioni sociali, gustare la convivialità e favorire il benessere della persona.

BIBLIOGRAFIA

- ACCORNERO A, TRAVALCA CUPILLO B, Modificazioni dietetiche come tecnica riabilitativa in Schindler O, Ruoppolo G, Schindler A, Deglutologia, Ed. Omega, Torino, 2011.
- ANDERSON CA, COBB LK, MILLER ER 3RD, WOODWARD M, HOTTENSTEIN A, CHANG AR, MONGRAW-CHAFFIN M, WHITE K, CHARLESTON J, TANAKA T, THOMAS L, APPEL

- LJ. Effects of a behavioral intervention that emphasizes spices and herbs on adherence to recommended sodium intake: results of the SPICE randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr.* 2015 Sep;102(3):671-9.
- DEVERE R. Smell and taste in clinical neurology: Five new things. *Neurol Clin Pract.* 2012 Sep;2(3):208-214.
 - GARCIA JM, CHAMBERS E 4th. Incremental Adjustments to Amount of Thickening Agent in Beverages: Implications for Clinical Practitioners Who Oversee Nutrition Care Involving Thickened Liquids. *Foods.* 2019 Feb 14;8(2):74.
 - GARCIA JM, CHAMBERS E, IV Perspectives of Registered Dietitians About Thickened Beverages in Nutrition Management of Dysphagia. *Top. Clin. Nutr.* 2012;27:105-113.
 - GLASSBURN DL, DEEM JF Thickener Viscosity in Dysphagia Management: Variability among Speech-Language Pathologists. *Dysphagia.* 1998;13:218-222.
 - <https://www.albanesi.it/alimentazione/spezie/erbe-aromatiche.htm>.
 - IDDSI. Complete IDDSI Framework Detailed Definitions. 2016a Retrieved March 22, 2017, from http://iddsi.org/wp-content/uploads/2016/10/Opt_CompleteFramework_IDDSI-Framework_updated_12October2016ZS-Edit_final.pdf.
 - IDDSI. IDDSI Framework Testing Methods. 2016b Retrieved January 1, 2016, from http://iddsi.org/wp-content/uploads/2016/10/Opt_Testing_IDDSI-Framework_updated_10October2016ZS-Edit_final.pdf.
 - JUDSON BL, SLIWINSKI E, MADSON L, LEDER SB. Promoting Safe Swallowing When Puree is Swallowed Without Aspiration but Thin Liquid is Aspirated: Nectar is Enough. *Dysphagia.* 2012;28:58-62.
 - LAM P, HANSON B, CHEN J, DUIVESTEIN J, KAYASHITA J, LECKO C, MURRAY J, PILLAY M, RIQUELME L, STANSCHUS S, et al. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia.* 2016;32:293-314.
 - LIU D, DENG Y, SHA L, ABUL HASHEM M, GAI S. Impact of oral processing on texture attributes and taste perception. *J Food Sci Technol.* 2017 Jul;54(8):2585-2593.
 - LOTONG V, CHUN SS, CHAMBERS E, IV, GARCIA JM. Texture and Flavor Characteristics of beverages containing commercial thickening agents for dysphagia diets. *J. Food Sci.* 2003;68:1537-1541.
 - LUCHESI KF, KITAMURA S, MOURAO LF. (2015) Dysphagia progression and swallowing management in Parkinson's disease: an observational study. *Braz J Otorhinolaryngol;* 81 (1): 24-30.
 - MATTA Z, CHAMBERS E, IV, GARCIA JM, HELVERSON J. Sensory characteristics of five beverages prepared with commercial thickeners used for dysphagia diets. *J. Am. Dietet. Assoc.* 2006;106:1049-1054.
 - ROBBINS J, GENSLER G, HIND J, LOGEMANN JA, LINDBLAD AS, BRANDT D, BAUM H, LILIEFELD D, KOSEK S, LUNDY D, et al. Comparison of 2 Interventions for Liquid Aspiration on Pneumonia Incidence. *Ann. Intern. Med.* 2008;148:509-518.
 - ROOS DS, ORANJE OJM, FRERIKSEN AFD, BERENDSE HW, BOESVELDT S. Flavor perception and the risk of malnutrition in patients with Parkinson's disease. *J Neural Transm (Vienna).* 2018 Jun;125(6):925-930.
 - SAHA D, BHATTACHARYA S. Hydrocolloids as thickening and gelling agents in food: a critical review. *J Food Sci Technol.* 2010 Dec;47(6):587-97.
 - SAMPAIO SANTOS R, FERREIRA CAMARGO CH, DA SILVA ABDULMASSIH EM AND GHIZONI TEIVE HA (September 2nd 2015). Dysphagia in Parkinson's Disease, *Seminars in Dysphagia*, Renee Speyer and Hans Bogaardt, IntechOpen.
 - SCHINDLER O, RUOPPOLO G, SCHINDLER A. *Deglutologia - 2° edizione.* Torino Omega Edizioni, 2011.
 - STEELE CM, ALSANEI WA, AYANIKALATH S, BARBON CEA, CHEN J, CICHERO JAY, COUTTS K, DANTAS RO, DUIVESTEIN J, GIOSA L, et al. Erratum to: The Influence of Food Texture and Liquid Consistency Modification on Swallowing Physiology and Function: A Systematic Review. *Dysphagia.* 2015;30:272-273.
 - UMEMOTO G, FURUYA H. Management of Dysphagia in Patients with Parkinson's Disease and Related Disorders. *Internal Medicine*, 2019, 2373-18.
 - YVER CM, KENNEDY WP, MIRZA N. Taste acceptability of thickening agents. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2018 Jul 21;4(2):145-147.



La disfagia nella sclerosi laterale amiotrofica: indicatori per la diagnosi precoce e correlazione con i parametri respiratori

Michela Coccia, Michela Aringolo, Martina Pigliapoco, Giorgia Damiani, Elisa Baldoni, Rossella Cima, Beatrice Piunti, Patrizia Lopez, Maria Gabriella Ceravolo

Clinica di Neuroriabilitazione, Università Politecnica delle Marche. Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Riassunto. Background: La disfagia costituisce uno dei sintomi di esordio della Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) nel 30% dei pazienti e si presenta lungo il decorso nel 100% dei casi. La disfagia è causa di morte, rappresenta un fattore di rischio per l'insorgenza di malnutrizione, infezioni respiratorie e compromette la qualità di vita dei pazienti. L'adozione di consistenze modificate, o l'avvio di una nutrizione enterale tramite PEG, si sono dimostrate efficaci nell'influenzare favorevolmente la storia naturale della malattia. Non esiste attualmente un test di screening che consenta di fare diagnosi precoce, pertanto la diagnosi è subordinata alla valutazione clinica ed all'esecuzione di esami strumentali (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing, Videofluoroscopia). Nelle fasi precoci il quadro clinico è dominato dall'alterazione della fase orale, in particolare dalla riduzione della forza della lingua. Obiettivo: Lo scopo dello studio è quello di utilizzare un indicatore clinico (la forza della lingua misurata con lo Iowa Oral Performance Instrument- IOPI) al fine di individuare precocemente l'insorgenza di disfagia, monitorarne la severità e valutare la correlazione con l'andamento dei parametri respiratori. Materiali e Metodi sono stati reclutati 50 pazienti affetti da SLA con sintomi bulbari all'esordio, di età compresa tra i 41-81 anni afferiti c/o il Centro di Riferimento Regionale delle Malattie Neuromuscolari degli Ospedali Riuniti di Ancona nell'arco di 8 mesi. L'andamento dei parametri clinici e strumentali è stato rilevato a T_0 e T_1 (follow-up a 3 mesi). In ciascuna valutazione venivano eseguiti un esame neurologico e una valutazione funzionale, comprensive di Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale (ALSFRS), bilancio clinico-funzionale della disfagia, IOPI e spirometria. Risultati Tra T_0 e T_1 si rilevava in tutti i pazienti esaminati, una significativa riduzione dei parametri dello IOPI, un peggioramento dei parametri spirometrici (FVC, PCEF, e CV) e del punteggio alla scala ALSFRS. Si evidenziava inoltre una correlazione significativa tra la riduzione della Forza massima della lingua (Fmax), della Resistenza (R) e della Forza Spontanea (FS), misurati con lo IOPI ed i parametri spirometrici di FVC, CV e PCEF, sia a T_0 che a T_1 . Conclusioni Lo IOPI è uno strumento efficace e affidabile nel misurare la forza della lingua e correla con l'evoluzione di malattia e con i parametri respiratori. Un implemento del suo utilizzo potrebbe essere considerato sia per l'individuazione precoce di disfagia e della sua severità, sia come predittore dell'andamento dei parametri respiratori.

Parole chiave: disfagia, Sclerosi Laterale Amiotrofica, screening, insufficienza respiratoria

Abstract. Background Dysphagia is one of the early symptoms of Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) in 30% of patients. It is a cause of death and represents a risk factor for malnutrition, dehydration, pulmonary infections, and quality of life impairment as well. It is widely acknowledged that using a modified diet or enteral nutrition via PEG impacts on the natural history of the disease. At present, there is no clinical screening available that allows an early diagnosis of dysphagia. Objective Aim of this study is to assess the value of instrumental parameters (tongue muscle strength and endurance measured with Iowa Oral Performance Instrument-IOPI) for the early detection of dysphagia and the prognosis of respiratory capacity evolution. Methods 50 subjects with bulbar-onset ALS, (age range: 41-81 years), consecutively referred to a Regional Centre for Neuromuscular Disease, were studied. Evaluation of clinical and instrumental parameters was done at baseline (T_0) and 3 months later (T_1). In each time-point, a neurological and functional exam were realized, using the Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale (ALSFRS), Bedside Swallowing Assessment (BSA), IOPI and spirometry. Results At T_1 , a worsening of IOPI parameters, VFC, PFR, VC and ALSFRS scores was observed in all patients. The regression analysis showed a statistically significant correlation between IOPI score decrease (especially Maximal Tongue Strength, Endurance and Tongue Elevation Strength) and the VFC, VC and PFR evolution at T_1 . Also, IOPI scores were significantly related with BSA. Conclusions IOPI is an effective and reliable instrument for the early detection of dysphagia. Moreover, it provides indices of disease progression and respiratory parameter evolution, which make its routine use in clinical practice highly recommended.

Keywords: dysphagia, Amyotrophic Lateral Sclerosis, screening, respiratory Failure

INTRODUZIONE

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una patologia neurodegenerativa del sistema nervoso centrale ad andamento progressivo che coinvolge il primo e il secondo motoneurone.

L'età di insorgenza varia dai 45 ai 75 anni, con lieve prevalenza nel sesso maschile. Esistono però, anche forme giovanili con esordio tra i 20 e i 30 anni. In Italia la prevalenza è di 4-6 casi su 100.000 abitanti, mentre l'incidenza è di 2.5 casi su 100.000 abitanti (Andrenelli et al, 2018). Esistono due forme di esordio, quella ad esordio bulbare caratterizzata fin dall'inizio da disfagia e disartria ed una ad esordio spinale dove la disfagia insorge in modo più subdolo e secondariamente. Indipendentemente dall'esordio la disfagia compare nel 100% dei soggetti durante il decorso della malattia.

La disfagia nella SLA è causata dalla degenerazione delle proiezioni cortico-bulbari inibitorie ed eccitatorie sui centri bulbari della deglutizione associata al progressivo indebolimento della muscolatura dell'apparato orofaringeo. Si tratta di una disfagia mista da interessamento del I e II motoneurone: la compromissione del primo determina ipostenia e riflessi propriocettivi iperattivi, la compromissione del secondo provoca atrofia, debolezza e fascicolazioni dei muscoli facciali, della lingua e della faringe.

Nella SLA la velocità di progressione dei sintomi bulbari è estremamente variabile, mentre la sequenza di apparizione degli stessi è in un certo senso prevedibile: in genere la lingua viene colpita prima della mandibola e delle labbra, e la compromissione della fase preparatoria orale precede il coinvolgimento della fase faringo-laringea. In particolare, alcune funzioni (come il trasporto del bolo attraverso la cavità orale) sono interessate ancora prima dell'insorgenza dei sintomi bulbari; altre (ad esempio il mantenimento del bolo nella cavità orale e l'elevazione della laringe) peggiorano gradualmente nel tempo; altre ancora (come l'apertura dello sfintere esofageo superiore) si mantengono relativamente integre fino agli stadi avanzati di malattia.

La maggior parte dei pazienti presenta inizialmente un quadro di disfagia lieve (aspirazione solo per i liquidi) o entro i limiti della funzionalità (ritardo nella fase orale, lieve ritardo d'innescamento del riflesso faringeo, ma assenza di aspirazione), mentre il 20% dei pazienti ha già una disfagia di grado lieve-moderato, con presenza di aspirazione associata a un debole e inefficace riflesso tussigeno e a

ristagni sia orali sia faringei (Higo, 2004)

In generale, la disfagia nella SLA compromette inizialmente la fase orale della deglutizione.

In uno studio, Ruoppolo et al. (2013) riferiscono che il 55% dei pazienti con SLA ha difficoltà di masticazione e dimostrano che la disfagia dipende essenzialmente dalla compromissione dei muscoli della lingua, che a sua volta correla con i ristagni e la penetrazione. La disfunzione dei muscoli linguales influisce sulla fase orale, in cui la lingua ha un ruolo cruciale per la formazione e il trasporto del bolo. Infatti in questa fase l'ipostenia e il ridotto range di movimento della lingua, sia in senso verticale che antero-posteriore, determinano una spinta linguale insufficiente per la propulsione del bolo verso l'istmo delle fauci. Questa condizione aumenta le probabilità che il bolo scivoli a livello delle vallecule glosso-epiglottiche innescando un doppio o triplo atto deglutitorio, con conseguente rischio di inalazione pre-deglutitoria.

Inoltre, il quadro disfagico nella SLA si caratterizza per la presenza di deficit della tosse volontaria e riflessa. Il riflesso tussigeno è una risposta senso-motoria che gioca un ruolo chiave nella difesa delle vie aeree inferiori durante la deglutizione, in quanto protegge la laringe sopraglottica dall'aspirazione di cibo o di liquidi. Il meccanismo della tosse riflessa ha inizio con l'irritazione dei recettori localizzati nelle vie aeree superiori cui segue una prima fase inspiratoria caratterizzata da una rapida attivazione dei muscoli inspiratori (principalmente il diaframma) a glottide aperta. In questa fase il volume d'aria inspirato (detto pretussivo) rappresenta uno dei determinanti del flusso d'aria espulso durante la tosse, misurato come picco di flusso espiratorio durante tosse (PCEF). Successivamente si ha una fase compressiva, della durata di circa 200 msec, contraddistinta dall'attivazione dei muscoli espiratori (addominali, toracici e del pavimento pelvico) a glottide chiusa. Ciò determina un aumento della pressione sottoglottica che, nella terza fase espiratoria, provoca l'apertura improvvisa della glottide e, quindi, l'espulsione dello stimolo irritativo. La combinazione di un elevato volume pretussivo e di un'alta pressione intratoracica determina, all'apertura della glottide, un rapido aumento del flusso espiratorio cui corrispondono i valori di PCEF. La tosse volontaria, invece, non è necessariamente dovuta ad uno stimolo irritativo, ma può essere attivata fin dall'inizio da un atto decisionale del soggetto, che sottende, quindi, l'integrità dei centri corticali

della tosse e un adeguato livello cognitivo. Nella SLA, a causa dell'insufficienza respiratoria e della minor forza dei muscoli espiratori e dei muscoli laringei che provvedono alla chiusura del piano glottico, la tosse risulta ipovalida nella maggior parte dei casi, mettendo a rischio la prevenzione di potenziali complicanze respiratorie. L'aggravamento della malattia a livello del diaframma e dei muscoli respiratori contribuisce ad inasprire le difficoltà di deglutizione. È infatti assodato che i disordini respiratori e deglutitori si complicano a vicenda, per cui via via che le difficoltà respiratorie si accentuano, la funzionalità deglutitoria decade. Poiché l'atto deglutitorio richiede la fase di apnea, e il ritardo di innesco del riflesso di deglutizione si fa sempre più marcato, è un segno predittivo negativo quando la riserva respiratoria del paziente è inadeguata per compensare la pausa richiesta dall'apnea deglutitoria. La disfagia espone il soggetto con SLA a rischio di aspirazione, infezioni polmonari, malnutrizione e disidratazione, e questo riduce la qualità di vita e rappresenta un fattore prognostico negativo per la sopravvivenza. La corretta e tempestiva identificazione e gestione della disfagia ha un ruolo cruciale nella presa in carico del soggetto con SLA con ripercussioni positive in termini di sopravvivenza e qualità di vita. L'identificazione precoce e la corretta gestione della disfagia offrono benefici sia in termini di mantenimento della salute e della qualità di vita, che in termini di ottimizzazione della spesa sanitaria. La valutazione clinica, anche detta *Bedside Swallowing Assessment (BSA)*, è particolarmente utile per l'inquadramento clinico generale del soggetto disfagico e per evidenziare determinati aspetti relativi alle funzionalità orali, alla sensibilità e agli eventuali deficit associati, ma non fornisce elementi attendibili rispetto alla fase faringea che coinvolge organi non esplorabili con l'osservazione diretta. La valutazione strumentale trova la sua utilità nello stabilire l'integrità e il fisiologico funzionamento delle strutture coinvolte nella deglutizione durante il passaggio del bolo. In particolare, essa permette di documentare la progressione di secrezioni o bolo nelle basse vie respiratorie, evidenziando eventuali fenomeni di penetrazione (progressione di materiale fino alle corde vocali vere) o aspirazione (progressione di materiale oltre le corde vocali vere in trachea), motivo per cui vengono indicate ogni qual volta sussista il sospetto di inalazione. Le metodiche più diffuse sono l'indagine videofluoroscopica (VFSS) e l'indagine endoscopica con studio

dinamico della deglutizione (FEES). La videofluoroscopia (VFSS) è un esame radiologico dinamico che permette lo studio di tutto l'atto deglutitorio, dalla cavità orale allo stomaco, senza alcuna informazione rispetto alla sensibilità dei distretti. L'endoscopia transnasale delle vie aero-digestive superiori con studio dinamico della deglutizione (FEES) si effettua tramite fibre ottiche flessibili. Al contrario della VFSS consente di esaminare soltanto la fase faringea (eccetto il tempo di whiteout) ma fornisce maggiori informazioni per quanto riguarda la sensibilità e la visualizzazione dei ristagni. Entrambi i metodi sono validi nella valutazione dell'atto deglutitorio e possono essere considerati complementari rispetto alle informazioni che forniscono, per cui sta all'esaminatore scegliere l'indagine più appropriata in base al paziente e al setting. Le linee guida europee più recenti (EFNS guidelines on the Clinical Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis, 2012) sottolineano come, nel management clinico della SLA, valutare la disfagia sia essenziale al fine di assicurare un'assunzione di cibo per os sicura ed efficiente e per stabilire quando è opportuno procedere con il posizionamento della PEG. Infatti, dal momento che anche nella SLA le problematiche deglutitorie accelerano la morte dei pazienti a causa di denutrizione e affezioni polmonari, la valutazione della funzionalità deglutitoria si rende cruciale per l'organizzazione degli interventi e la prevenzione di un rapido deterioramento clinico. Indipendentemente dalla prognosi infausta della malattia, interventi di sostegno come l'adozione di manovre di compenso che favoriscono la deglutizione e modificazioni nella consistenza dei cibi permettono di preservare la nutrizione per via orale, rimandando la necessità di effettuare la gastrostomia percutanea. Successivamente, si renderà necessaria l'introduzione della nutrizione enterale a causa della progressione della patologia, dell'aspirazione di cibi e di liquidi, dell'aumento di affaticabilità e del prolungato tempo di assunzione del pasto. A questo punto, il bilancio congiunto con gli altri membri dell'equipe può consentire la corretta scelta della nutrizione, nel momento in cui essa rappresenti la soluzione migliore per il paziente. Risulta, quindi, fondamentale il timing con il quale si sceglie di posizionare la PEG, decisione che dipende principalmente dai sintomi della disfagia, dallo stato nutrizionale e della funzionalità respiratoria. La PEG dovrebbe essere proposta precocemente ai pazienti disfagici affetti da SLA, prima che vadano

incontro a malnutrizione. Infatti, tale procedura andrebbe consigliata al paziente già quando il sintomo disfagia non permette un'alimentazione per bocca in maniera nutrizionalmente adeguata, ma è ancora possibile mantenere un'alimentazione per os per quantitativi ridotti di cibi, opportunamente selezionati sulla base delle restrizioni reologiche e dei gusti del paziente. Nonostante l'impatto significativo della disfagia sulla mortalità, insorgenza di complicanze e qualità di vita sia ampiamente dimostrata, non esistono ancora degli strumenti di valutazione clinica, fruibili in tutti i setting che possano fungere da screening ed identificare precocemente il disturbo della deglutizione nella SLA. Dal momento che la forza della lingua è uno dei primi segni della disfagia, la misurazione della forza della lingua potrebbe costituire un parametro importante nella diagnosi e nei follow-up dei pazienti. L'Iowa Oral Performance Instrument (IOPI), è uno strumento nato negli USA, originariamente con lo scopo di esaminare la relazione tra la forza/resistenza della lingua e il linguaggio; successivamente il suo uso è stato esteso anche nell'ambito della deglutizione. Il dispositivo è costituito da un misuratore di pressione a batteria connesso tramite un piccolo tubo ad un bulbo di plastica contenente aria; la pressione esercitata sul bulbo viene visualizzata su un display e misurata in kPa. È uno strumento maneggevole, poco costoso che permette una misurazione oggettiva della forza e della resistenza della lingua.

OBBIETTIVO DELLO STUDIO

Scopo dello studio è: valutare il potere diagnostico dello IOPI nell'identificazione precoce della disfagia e il significato predittivo di un declino dei parametri IOPI ai fini dell'evoluzione della funzionalità ventilatoria

MATERIALE E METODI

Sono stati reclutati 50 pazienti (età media 67 anni, range 41-81 anni) affetti da SLA con sintomi bulbari all'esordio, afferiti consecutivamente al Centro Regionale per le Malattie Neuromuscolari dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, nell'arco temporale di 8 mesi.

Sono stati esclusi i soggetti <18 anni, i portatori di cannula tracheale, i soggetti con severa compromissione clinico-funzionale (ALS-FR<21) e tutti coloro che non erano in grado di eseguire le prove con lo IOPI in relazione al marcato deficit della muscolatura orale o per alterazioni delle funzioni cognitive.

Le valutazioni sono state effettuate alla prima visita (T_0) e ripetute a distanza di 3 mesi (T_1). Ciascuna di esse comprendeva:

- Bilancio clinico-funzionale della deglutizione (BSA)
- Valutazione della Forza Massima, della Forza Spontanea e della Resistenza della lingua tramite IOPI
- Spirometria;
- Picco di Flusso Espiratorio della tosse volontaria (PCEF)
- Emogasanalisi (EGA);
- Visita neurologica;
- Visita fisiatrica;
- Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale (ALS-FR).

I parametri funzionali rilevati tramite IOPI sono i seguenti:

1. Forza massima, misurata dalla massima pressione rilevata dal sensore posizionato al centro della lingua ed ottenuta dalla spinta della lingua contro il palato duro. Ai fini dell'analisi è stata considerata la media di tre ripetizioni del compito.
2. Forza spontanea, misurata dalla pressione rilevata dal sensore posizionato al centro della lingua ed ottenuta dalla spinta della lingua contro il palato duro durante la deglutizione di saliva;
3. Resistenza, misurata quantificando il tempo in cui il paziente riesce ad esercitare sul sensore una pressione pari al 50% della sua forza massima media. La resistenza è una misura indiretta di faticabilità, in quanto faticabilità e resistenza sono inversamente proporzionali.

L'esame spirometrico è normalmente usato nella valutazione del paziente con SLA sia al momento della diagnosi che per il follow-up, prevede il rilevamento delle misure sia di volume sia di flusso, inspiratorio ed espiratorio. Nello studio in questione sono stati selezionati alcuni tra i parametri respiratori ottenibili dalla spirometria:

- Capacità Vitale (CV): il massimo volume polmonare del soggetto ottenuto da un'inspirazione massima immediatamente seguita da un'espirazione massima lenta;
- Capacità Vitale Forzata (CVF): il volume d'aria mobilizzato dopo un'espirazione massima completa eseguita nel più breve tempo possibile con una manovra esplosiva;
- Picco di Flusso Espiratorio (PEF), ossia il massimo valore di flusso sviluppato durante un'espirazione massima misurabile sulla curva flusso/volume.

Il Picco di Flusso Espiratorio durante tosse

(PCEF) è una misura di routine nel monitoraggio del paziente con SLA in quanto indicatore fisiologico dell'efficacia della tosse, principale meccanismo di difesa per infezioni respiratorie. Esso viene misurato tramite un Peak Flow Meter applicato al paziente mediante maschera oronasale

RISULTATI

La Forza Massima della lingua mostra, in media, valori inferiori al range di normalità sia a T_0 che a T_1 , con peggioramento al T_1 . Lo stesso andamento peggiorativo si riscontra per la forza della lingua nella deglutizione spontanea.

La resistenza presenta valori notevolmente inferiori ai valori normativi (44.80 ± 28 secondi), con una media di 7.1 secondi a T_0 e 5.5 secondi a T_1 .

Per quanto riguarda i parametri respiratori, a T_1 la Capacità Vitale si riduce significativamente, in media, passando da 98 cl (T_0) a 81 cl. La Capacità Vitale Forzata segue lo stesso comportamento riducendosi, in media, da 100 cl (T_0), a 75 cl (T_1).

Il Picco di Flusso Espiratorio a T_0 ha un valore medio di 75 cl/sec, che scende a 56 cl/sec a T_1 . Infine, il Picco di Flusso Espiratorio durante la tosse passa da 264 L/min, valore ai limiti inferiori della norma rilevato a T_0 , al valore patologico di 177 L/min a T_1 . Le variazioni da T_0 a T_1 sia dei parametri dello IOPI che dei parametri respiratori sono statisticamente significative.

Dall'analisi di regressione condotta per indagare la relazione tra i parametri ottenuti con lo IOPI relativi alla forza e resistenza della lingua ed i parametri respiratori è emerso che esiste una correlazione debolmente positiva (P-value 0.0515) tra la Forza Massima della lingua a T_0 e il PCEF a T_0 . La Forza della lingua durante una deglutizione Spontanea e il Picco di Flusso Espiratorio mostrano una correlazione a T_0 (P-value 0.0189). La Forza massima della lingua a T_1 correla con il Picco di Flusso Espiratorio (P-value 0.0179). Esiste poi una correlazione positiva a T_0 tra la Resistenza e la Capacità Vitale Forzata (P-value 0.0131) e la Capacità Vitale (P-value 0.0166). Infine, si ritrova una correlazione positiva (P-value 0.0335) tra il Picco di Flusso Espiratorio durante la tosse a T_0 e la Resistenza a T_1 .

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei risultati dei soggetti studiati è evidente una riduzione significativa di tutte le misure prese in esame, infatti, sia i parametri relativi alla forza della lingua, rilevati attraverso

lo IOPI che i parametri respiratori (Capacità Vitale, Capacità Vitale Forzata, Picco di Flusso Espiratorio e Picco di Flusso Espiratorio durante tosse) si riducono in tutti i pazienti da T_0 a T_1 . Questo andamento riflette la progressione della malattia. La presenza di importante gap tra la forza massima della lingua e i valori della Forza Spontanea può essere indicativo della modalità del reclutamento della forza in relazione alla viscosità del bolo. Infatti, il reclutamento di una forza linguale è funzionale alla spinta posteriore necessaria a favorire la progressione del bolo. Nella deglutizione di saliva è sufficiente una spinta linguale inferiore della forza massima che il soggetto può produrre. Lo scarto tra la Forza Spontanea e la Forza Massima della lingua può fornire indicazioni sulla capacità del paziente di far fronte a quei cibi la cui preparazione orale è più elaborata e complessa (ad esempio semi-solidi e solidi), e richiede quindi un maggior dispendio energetico.

Un'altra osservazione emersa dall'analisi dei dati è la distribuzione di pazienti che a T_0 e a T_1 si alimentano con dieta libera o modificata: alla riduzione della Forza Massima, della Forza Spontanea e della Resistenza della lingua si associano cambiamenti nel tipo di alimentazione in atto. Già a T_0 il numero di soggetti con dieta modificata è più della metà, in linea con i risultati delle valutazioni effettuate con lo IOPI, che dimostrano debolezza nella muscolatura linguale in circa il 76% del campione. A T_1 il numero di soggetti che hanno necessità di modificare la modalità di alimentazione, sia attraverso la modifica della consistenza dei cibi sia con il posizionamento della PEG aumenta, confermando che al declino della funzionalità oro-motoria corrisponde un management clinico della disfagia. La Forza Massima, Forza Spontanea e Resistenza della lingua possono essere considerate misure attendibili dell'incompetenza deglutitoria del soggetto con SLA. Il declino nel tempo di questi parametri riflette l'andamento progressivo della malattia ed in particolare della capacità di alimentarsi per os in sicurezza. Quanto emerso da questo studio concorda con il valore prognostico attribuito alla forza della lingua anche da Weikamp et al nel 2012.

L'andamento della resistenza dei muscoli linguali è indicativo dell'evoluzione della malattia e rappresenta una caratteristica della patologia in questione: infatti anche nei soggetti con una Forza Massima della lingua nella media rispetto alla popolazione sana, si osserva una resistenza molto bassa, dimostrando così che la faticabilità viene sperimentata anche nel

distretto oro-facciale come nel resto della muscolatura anche in fase precoce. L'analisi di regressione ha evidenziato una correlazione positiva a T_0 tra Forza Massima della lingua e Picco di Flusso Espiratorio durante tosse, tra la Forza Spontanea della lingua e Picco di Flusso Espiratorio, tra Resistenza e Capacità Vitale e tra Resistenza e Capacità Vitale Forzata. Questo suggerisce la possibilità di interpretare i punteggi assegnati mediante lo IOPI alla Forza Massima, alla Forza Spontanea e alla Resistenza della lingua alla luce dei parametri spirometrici e viceversa. Uno dei risultati più rilevanti emersi da questo studio, è la correlazione positiva tra la Resistenza a T_0 e il Picco di Flusso Espiratorio durante tosse a T_1 , esso infatti suggerisce come la resistenza possa avere un valore predittivo più significativo rispetto agli altri indicatori di compromissione della fase orale della deglutizione.

CONCLUSIONI

La forza della lingua riflette l'andamento progressivo della SLA e correla con i parametri respiratori. Lo IOPI è uno strumento efficace e affidabile nel misurare la forza della lingua e parallelamente, permette di indagare specificatamente la fase orale, che è la prima ad essere compromessa negli stadi precoci di malattia soprattutto in termini di riduzione della forza della lingua.

L'utilizzo dello IOPI contribuisce alla diagnosi precoce di disfagia, sia nelle forme ad esordio bulbare che nelle forme ad esordio spinale e consente di monitorare la funzionalità deglutitoria nel tempo. La valutazione oggettiva che deriva dall'uso dello IOPI completa la valutazione clinica, e rafforza il valore prognostico della forza e resistenza della lingua, necessario alla messa in atto delle strategie di compenso, delle modificazioni nella consistenza dei cibi o all'avvio della nutrizione artificiale.

Un implemento del suo utilizzo potrebbe essere considerato sia per l'individuazione precoce di disfagia e la misura della sua severità, sia per la prognosi della funzionalità respiratoria.

BIBLIOGRAFIA

- Higo R, Tayama N, Nito T. Longitudinal analysis of progression of dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis. *Auris Nasus Larynx*. 2004 Sep;31(3):247-54
- Ruoppolo G, Schettino I, Frasca V, Giacomelli E, Prosperini L, Cambieri C, Roma R, Greco A, Mancini P, De Vincentiis M, Silani V, Inghilleri M. Dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis: prevalence and clinical findings. *Acta Neurol Scand*. 2013 Dec;128(6):397-401
- Weikamp JG, Schelhaas HJ, Hendriks JC, de Swart BJ, Geurts AC. Prognostic value of decreased tongue strength on survival time in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol*. 2012 Nov;259(11):2360-5.
- Andrenelli E, Galli FL, Gesuita R, Skrami E, Logullo FO, Provinciali L, Capecci M, Ceravolo MG, Coccia M. Swallowing impairments in Amyotrophic Lateral Sclerosis and Myotonic Dystrophy type 1: Looking for the portrait of dysphagic patient in neuromuscular diseases. *NeuroRehabilitation*. 2018;42(1):93-102
- EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis (MALS) - revised report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology* 2012, 19: 360-375

Applicazione dei principi del Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) nel trattamento di gruppo: esiti a confronto nei pazienti con Malattia di Parkinson e parkinsonismi

Chiara Santoni¹, Mariarosaria D'Antuono², Giulia Tesei³

^{1,2}Logopediste UOC Medicina Riabilitativa IRCSS INRCA Ancona; ³Studentessa 3° anno Cdl Logopedia UNIVPM Ancona

Riassunto. La Malattia di Parkinson (MP) è una malattia degenerativa del Sistema Nervoso Centrale (SNC); le principali caratteristiche sono la causa sconosciuta e l'insorgenza insidiosa con un decorso gradualmente progressivo che può continuare per molti anni. I soggetti affetti da MP, per la progressiva morte dei neuroni e di conseguenza per la minor produzione di dopamina, perdono gradualmente il controllo del loro corpo, fino alla perdita della capacità di svolgere qualsiasi azione quotidiana. Con la Malattia di Parkinson la voce può venir meno, infatti la malattia può causare disfonia, ossia un'alterazione qualitativa e quantitativa della voce, e/o disartria, ossia un disturbo dell'apparato fonatorio; ciò può portare a numerose conseguenze anche a livello relazionale e sociale. Il presente studio è stato realizzato con l'idea di trovare una modalità d'aiuto logopedica il più efficace possibile e che possa coinvolgere il maggior numero di pazienti parkinsoniani, così da dare loro un'interessante e valida proposta riabilitativa che li spinga ancora a comunicare e a relazionarsi con gli altri.

Parole chiave: Parkinson, dopamina, disartria, logopedia, trattamento di gruppo

Abstract. Parkinson's Disease (PD) is a degenerative disease of the Central Nervous System (CNS); the main characteristics are the unknown cause and the insidious onset with a progressive course over many years. Due to progressive death of neurons and consequential lower production of dopamine, individuals with PD gradually lose control of their body, up to the loss of the ability to perform any daily action. With Parkinson's Disease the voice may fail, in fact the disease can cause dysphonia, a qualitative and quantitative alteration of voice, and/or dysarthria, a phonatory apparatus disorder; these symptoms can lead to many consequences at relational and social level. The present study was carried out with the idea of finding the most effective speech therapy that could involve the greatest number of Parkinson's patients, in order to give them an interesting and useful rehabilitation proposal that will push them to communicate and relate to others.

Keywords: Parkinson, dopamine, dysarthria, speech therapy, group treatment

INTRODUZIONE

La Malattia di Parkinson o morbo di Parkinson prende il nome dal medico James Parkinson che nel 1817 ha descritto per primo questa patologia, principalmente caratterizzata da tremori, rigidità muscolare e acinesia, denominandola "paralisi agitante". La MP è una malattia neurodegenerativa causata dalla morte dei neuroni dopaminergici con conseguente privazione della dopamina che dovrebbe consentire il controllo dei movimenti.

Il morbo di Parkinson è un disturbo neurologico con diversi livelli di complessità in base alla sua evoluzione, è una malattia permanente e progressiva e i suoi sintomi peggiorano lentamente nel tempo.

E' stato a lungo identificato principalmente da caratteristiche motorie per la presenza dei

Corpi di Lewy e per la perdita di neuroni dopaminergici nella Substantia Nigra. Tuttavia, la sintomatologia della malattia di Parkinson è molto eterogenea, con caratteristiche non motorie clinicamente significative.

La progressione della malattia e la possibilità che comprometta anche altre funzioni, oltre al movimento, impattano negativamente sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro caregiver. La complessità della malattia di Parkinson è data dalla presenza di diverse sfide cliniche, come l'incapacità di formulare una diagnosi definitiva nelle prime fasi della malattia e soprattutto la difficoltà nel gestire i sintomi nelle fasi successive, poiché non ci sono trattamenti che effettivamente rallentano il processo neurodegenerativo a livello cerebrale. La MP viene considerata una patologia cronica

ad evoluzione progressiva età-correlata. Colpisce circa l'1% della popolazione con un'età superiore a 60 anni. In media si stima un tasso di prevalenza di 315 casi su 100000 soggetti che si accresce gradualmente con l'invecchiamento fino ad un massimo di 1903 casi su 100000 nelle persone con un'età superiore a 80 anni.

La Malattia di Parkinson può essere distinta in base all'età di esordio, ai sintomi clinici, alle condizioni neuropsicologiche e in base all'evoluzione clinica. Nei vari sottotipi di MP, si è visto che i sintomi iniziali della malattia sono difficilmente percepiti dal soggetto e quindi vengono ignorati dal paziente e dal medico o scambiati come conseguenze dell'invecchiamento.

Le prime tracce della malattia si manifestano attraverso la presenza di un dolore diffuso generalizzato, aspecifico, di una sensazione di stanchezza, debolezza muscolare; anche la rigidità e la lentezza, che si presentano all'inizio della malattia in forma lieve, vengono completamente ignorate e non associate alla MP. Un segno importante che può innescare il sospetto della malattia è dato da una ridotta frequenza dell'ammicciamento oculare, fino a 5-10 battiti palpebrali al minuto, contro i 20 battiti al minuto in un soggetto sano.

I principali sintomi tipici della MP sono i sintomi motori: tremore, bradicinesia/acinesia e rigidità; possono presentarsi anche dei sintomi motori secondari come ad esempio disturbi del linguaggio, disfagia e scialorrea. Questi sintomi possono essere accompagnati da sintomi non motori: sintomi neuropsichiatrici (depressione, ansia, apatia, demenza, allucinazioni e deliri), disturbi del sonno (insonnia, sindrome delle gambe senza riposo), alterazioni della regolazione autonoma (sintomi urologici, disfunzione sessuale, ipertensione ortostatica, sudorazione).

Una volta confermata la diagnosi di Malattia di Parkinson è fondamentale iniziare precocemente il trattamento, attraverso un approccio multidisciplinare. L'obiettivo primario del trattamento è ottimizzare le prestazioni attuali del soggetto nelle attività della vita quotidiana e nella partecipazione alla vita sociale. I pazienti con MP hanno la possibilità di intraprendere un trattamento farmacologico, un trattamento chirurgico e un trattamento riabilitativo. Le terapie riabilitative rappresentano un trattamento sanitario di supporto alla terapia medica e possono prevedere la terapia occupazionale, la fisioterapia e la logopedia.

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO LOGOPEDICO DELLA VOCE NELLA MALATTIA DI PARKINSON

I soggetti con Malattia di Parkinson vengono affidati al logopedista per la valutazione e il trattamento della deglutizione e della voce. L'ipofonia rappresenta un sintomo precoce della malattia e risulta di facile riscontro, determinando una manifestazione sintomatologica evidente, accompagnata a volte anche da un lieve e intermittente "impaccio" nell'articolazione delle parole. Il paziente può presentare anche perdita di tonalità e di modulazione che porta a parlare in modo alquanto monotono. A volte si associa palilalia (ripetizione di sillabe) e vi può essere la tendenza ad accelerare l'emissione dei suoni e a "mangiarsi le parole".

Il logopedista attraverso l'anamnesi esamina le difficoltà a livello comunicativo che possono essere riscontrate nelle attività quotidiane e nella vita sociale; può essere utile compilare il Voice Handicap Index (VHI), un questionario per analizzare l'impatto funzionale, fisico e psicosociale dei disturbi vocali.

Quando il logopedista svolge la valutazione deve porre attenzione a diversi aspetti:

- Disturbi funzionali: voce (qualità, altezza, tonalità), articolazione, risonanza, prosodia e respirazione.
- Disturbi della destrezza comunicativa: trovare le parole, iniziare una conversazione.
- Conseguenze funzionali della ridotta intellegibilità.
- Comprendere se i disturbi disartrici sono una conseguenza dei deficit cognitivi.
- Consapevolezza del paziente: i pazienti non sono sempre in grado di giudicare correttamente le loro difficoltà, anzi spesso attribuiscono sordità ai loro interlocutori; ciò si può scoprire confrontando le informazioni date dal paziente con quelle date dal caregiver.

Il logopedista può anche somministrare il protocollo di valutazione della disartria, il "Protocollo Robertson" (traduzione italiana a cura di Fussi-Cantagallo; Omega 1999) che valuta la respirazione, la fonazione, la muscolatura facciale, la diadococinesi, i riflessi, l'articolazione, l'intelligibilità e la prosodia. Vanno, inoltre, tenute in considerazione alcune variabili quali: età, sesso, stanchezza, stress dell'eloquio e tempi di assunzione dei farmaci. Il trattamento logopedico effettuato su soggetti con MP è stato ampiamente riconosciuto per la sua utilità e la buona riuscita in termini di miglioramento del quadro comunicativo del paziente. Le modalità di intervento riabilitativo

qui utilizzate al fine di migliorare le capacità comunicative del paziente con Malattia di Parkinson sono state:

- Trattamento classico per la disartria: il paziente con MP può essere indirizzato verso un trattamento logopedico individuale e/o di gruppo che va a lavorare principalmente per migliorare la disartria.
- Il trattamento prevede il rilassamento della muscolatura, esercizi di respirazione e di accordo pneumo-fonico, vocalizzi, esercizi per l'articolazione e le prassie oro-bucco-facciali. La riabilitazione pneumo-fono-articulatoria è finalizzata ad aumentare la tenuta e la coordinazione degli organi che permettono la formulazione dell'eloquio.
- Lee Silverman Voice Treatment (LSVT): questo trattamento individuale è un metodo nato negli USA che si è diffuso a livello internazionale poiché è dimostrato essere efficace per l'aumento dell'intensità vocale. L'LSVT rappresenta una metodica standardizzata e intensiva. Ogni seduta terapeutica è caratterizzata dalla ripetizione di compiti simili, i cosiddetti esercizi quotidiani, come la produzione di "ah" sostenute alla massima durata ed estensione (ripetute per 15 volte o più); si avvale, inoltre, di esercizi verbali gerarchici che prevedono la produzione verbale di parole e frasi, la lettura di brani e la conversazione, aumentando ad ogni seduta la difficoltà degli esercizi. A sostegno del lavoro svolto durante il trattamento i pazienti sono invitati a svolgere gli esercizi a casa.

L'LSVT si differenzia dagli altri trattamenti perché lavora esclusivamente sull'aumento del volume della voce fino a portarlo a un livello normale, erogando la terapia in modo intensivo e ad alto sforzo.

L'LSVT, per far sì che il trattamento sia il più efficace possibile, si sviluppa tenendo in considerazione tre semplici aspetti:

1. Obiettivo: volume della voce più alto • il volume della voce deve essere visto come un vettore per la trasmissione dei segnali; il volume rappresenta una variabile globale per amplificare lo sforzo e la coordinazione attraverso il sistema motorio vocale. Solo parlando più forte si riesce a migliorare la fonazione e la comunicazione funzionale. Un aumento di volume, per questi pazienti, non significa parlare troppo forte ma avere un volume di voce comprensibile, nei limiti della norma.
2. Modalità: dosaggio intensivo e alto sforzo • il trattamento viene somministrato in 4 giorni

consecutivi alla settimana per 4 settimane, per un totale di 16 sedute individuali di un'ora ciascuna; i pazienti sono sottoposti ad esercizi quotidiani a casa e ad esercizi di mantenimento. L'intensità è fondamentale per l'apprendimento motorio e la neuroplasticità.

3. Calibrazione: Generalizzazione • il paziente impara ad accettare lo sforzo che deve compiere per produrre un volume elevato di voce anche in una conversazione spontanea.

Il principio di questa tecnica è espresso dal motto "Think loud, think shout!" ossia "Pensa ad alta voce, pensa ad un urlo!", infatti lo sforzo fonatorio richiesto al paziente incrementa il tono dei muscoli laringei e la frequenza della voce.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Alla luce dell'impatto che i disturbi della voce e della comunicazione hanno nell'ambito sociale e psicologico di una persona affetta dalla Malattia di Parkinson, è stato intrapreso un percorso di ricerca verso l'identificazione di un trattamento logopedico che possa essere per il paziente una fonte da cui trarre miglioramenti che possano essere riprodotti poi nella vita di tutti i giorni.

Il presente studio ha come obiettivo principale quello di analizzare e osservare i risultati riscontrati in seguito alla somministrazione dei principi del Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) all'interno di un gruppo, formato da soggetti parkinsoniani. Essendo riportate in letteratura numerose evidenze sull'efficacia del Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) somministrato individualmente ad un soggetto con MP, si è cercato di riprodurre i medesimi risultati attraverso una terapia di gruppo, così da coinvolgere un maggior numero di soggetti parkinsoniani che soffrono di disturbi della voce e dell'eloquio.

Con questo studio si vuole ricercare un'efficace modalità di trattamento a livello logopedico che possa coinvolgere il maggior numero di pazienti possibile, riducendo le problematiche fono-pneumo-articulatorie che nella maggior parte dei casi risultano invalidanti, tanto da portare le persone che ne soffrono a rinunciare alla loro vita sociale, con devastanti conseguenze anche a livello emotivo e psicologico.

L'utilizzo di una terapia di gruppo, oltre a permettere al terapeuta di lavorare con più persone in tempi ristretti, e quindi ottimizzare le risorse, ha anche l'obiettivo di stimolare e sostenere le abilità sociali di chi ne fa parte; lo stare insieme, la possibilità di scambiarsi

esperienze e opinioni, e lo svolgere attività comuni contribuiscono al benessere generale dei pazienti.

APPLICAZIONE DEI PRINCIPI DEL LEE SILVERMAN VOICE TREATMENT (LSVT) NEL TRATTAMENTO DI GRUPPO

Allo studio hanno partecipato 47 pazienti affetti da Malattia di Parkinson o da parkinsonismo secondario, del reparto di Medicina Riabilitativa del presidio ospedaliero dell'INRCA di Ancona. I pazienti che hanno partecipato a questo studio erano già stati suddivisi precedentemente, in 7 gruppi (A,B,C,D,E,E1,E2) basandosi sul punteggio della Scala Hoehn & Yahr. I gruppi sono stati formati sulla base delle caratteristiche motorie dei soggetti, non prendendo in considerazione le abilità linguistiche: questo perché i gruppi nascono, in principio, dalla necessità di svolgere una riabilitazione motoria per contrastare la rigidità muscolare caratteristica dei soggetti con MP, e, solo in un secondo momento, i pazienti hanno avuto la possibilità di partecipare anche ad una terapia logopedica di gruppo. I 4 pazienti esclusi da questa suddivisione, in quanto sottoposti a terapia individuale, vengono, nel presente studio, raggruppati per convenzione all'interno del Gruppo I.

In questo studio possono essere evidenziate tre principali fasi di lavoro:

1. Prima fase: i pazienti sono stati valutati secondo il protocollo di valutazione del Lee Silverman Voice Treatment, anche se rivisitato e adattato a seconda delle necessità, così da poter identificare le problematiche vocali di ciascun paziente. È stato, inoltre, fatto compilare al paziente il questionario VHI, mentre al caregiver è stata fatta compilare una scheda di valutazione percettiva della voce, riferendosi al familiare affetto da MP. Dalle valutazioni sono stati elaborati dei dati quantitativi dell'intensità vocale e della frequenza fondamentale dei pazienti attraverso l'utilizzo del Praat, ossia un software che consente l'acquisizione, la memorizzazione, l'analisi e la riproduzione del segnale verbale.
2. Seconda fase: i pazienti hanno partecipato a dei trattamenti logopedici differenti, in base alla suddivisione dei gruppi. Alcuni gruppi (Gruppo A, B, E) non hanno svolto nessun trattamento, 1 gruppo (Gruppo D) ha svolto un trattamento logopedico tradizionale, 3 gruppi (Gruppo C, E1, E2) hanno svolto un trattamento logopedico di gruppo improntato sui principi del Lee Silverman Voice

Treatment (LSVT), mentre 4 pazienti (Gruppo I) esclusi dalla terapia di gruppo hanno partecipato al trattamento LSVT individuale.

3. Terza fase: alla fine dei trattamenti i pazienti sono stati nuovamente valutati secondo lo stesso protocollo utilizzato per la prima valutazione, così da confrontare gli effetti dei vari trattamenti sui pazienti.

Il trattamento logopedico di gruppo che segue i principi dell'LSVT, su cui si è focalizzato principalmente lo studio, è stato somministrato una volta a settimana, per un totale di 12 sedute durante 5 mesi circa e prevede l'esecuzione dei seguenti esercizi:

- Esercizi quotidiani: il primo esercizio quotidiano è quello sulla durata massima di "ah", da eseguire per circa 10 volte per ogni paziente; inizialmente seguendo il modello del terapeuta i pazienti provano 1-2 volte singolarmente, poi le successive vengono eseguite in gruppo. L'obiettivo di questo esercizio è quello di sentire che effetto fa modificare il volume in maniera sana e di fare pratica nel modellare la propria voce. Con il procedere del trattamento si dovrebbe notare un cambiamento della qualità della voce, nel sentirsi a proprio agio e nella costanza dell'utilizzo di una voce sana e forte.
- Il secondo esercizio quotidiano è quello sulla massima/minima gamma di frequenza fondamentale, da eseguire per circa 10 volte per le frequenze alte e altrettante per le frequenze basse; anche in questo caso si fa provare ai pazienti 1-2 volte singolarmente seguendo il modello del terapeuta, poi le volte successive l'esercizio viene eseguito in gruppo; è importante mantenere ogni tono massimo alto e massimo basso per almeno 5 secondi.
- Questo esercizio allena il volume e la qualità della voce per la comunicazione verbale funzionale; infatti in seguito a questo esercizio il paziente impara ad automonitorarsi nella comunicazione spontanea. Inoltre, per raggiungere la massima frequenza, è necessario l'aumento del movimento laringeo verticale che può portare anche ad un potenziamento indiretto della deglutizione.
- Esercizi gerarchici: questa tipologia di esercizi riguarda il volume dell'eloquio funzionale massimo, attraverso la ripetizione di "frasi funzionali", ideate dal terapeuta, circa 10/15 parole/frasi per paziente ripetute a turno.
- Questo esercizio permette di generalizzare

l'aggiustamento della voce ottenuto con le "ah" lunghe e le "ah" alte/basse nella vita reale. Queste frasi diventano dei costanti richiami ad usare un volume più alto nella vita di ogni giorno e portano il paziente a monitorare automaticamente cosa accade al proprio eloquio spontaneo una volta finito l'esercizio.

- Con il passare delle sedute si aumenta gradualmente la complessità e la resistenza degli esercizi di lettura strutturata e di eloquio spontaneo:
 - Fino alla 3° seduta: lettura strutturata di parole/espressioni, eloquio spontaneo con risposte di una o più parole.
 - Tra la 4° e la 6° seduta: lettura strutturata di frasi intere, eloquio spontaneo con una breve e semplice conversazione.
 - Tra la 7° e la 9° seduta: lettura strutturata di paragrafi/brani, eloquio spontaneo con lunga conversazione.
 - Tra la 10° e la 12° seduta: conversazione strutturata e spontanea.
- Esercizi di mantenimento: questi esercizi servono per dare ai pazienti il feedback che la voce richiesta "più forte" si colloca in realtà entro i limiti normali ed ha un impatto positivo sulla comunicazione funzionale quotidiana.
- Gli esercizi di mantenimento seguono una gerarchia, la stessa gradualità degli esercizi gerarchici: all'inizio viene chiesto ai pazienti di dire al caregiver solo delle parole con voce forte, poi delle frasi brevi, successivamente delle frasi sempre più lunghe e infine viene chiesto ai pazienti di parlare con voce forte con tutte le persone con cui si trovano ad interagire.
- Esercizi a casa: questi esercizi servono per aiutare i pazienti a integrare gli esercizi nella vita quotidiana; devono essere eseguiti per 10 minuti a giorni alterni nei giorni di trattamento e 10 minuti 2 volte al giorno nei giorni senza trattamento. Gli esercizi a casa consistono nella ripetizione degli esercizi quotidiani e degli esercizi gerarchici svolti a trattamento, diminuendo il numero di ripetizioni a circa 5 volte.

Dopo i 5 mesi circa di trattamento è stato possibile confrontare l'efficacia dei diversi trattamenti a cui sono stati sottoposti i pazienti secondo diverse variabili. L'unico trattamento in cui sono presenti delle percentuali di miglioramento in tutte le variabili considerate è il trattamento logopedico di gruppo che segue i principi dell'LSVT: anche se le percentuali non sono sempre le più elevate rispetto agli altri

trattamenti, si può osservare un costante miglioramento nei vari compiti su cui sono stati allenati i pazienti e un miglioramento generale della qualità vocale.

Alla luce dei risultati riportati dal presente studio è possibile dedurre che il trattamento di gruppo che è stato sperimentato può portare a numerosi progressi. Anche se i ranges di cambiamento tra prima e dopo il trattamento non sono così elevati, soprattutto rispetto al trattamento LSVT individuale, il trattamento di gruppo che segue i principi dell'LSVT è in grado di aiutare in modo efficace moltissimi pazienti; fondamentale è cercare di creare dei gruppi il più possibile omogenei per età e gravità dei sintomi.

CONCLUSIONI

Il presente studio è stato realizzato in collaborazione con il presidio ospedaliero dell'INRCA di Ancona, reclutando i pazienti parkinsoniani del reparto di Medicina Riabilitativa.

Questi pazienti sono stati sottoposti, per 5 mesi circa, a trattamenti logopedici differenti in modo da poter confrontare i risultati ottenuti e riuscire così ad avere alla fine una panoramica generale degli effetti positivi e negativi che ogni trattamento può avere su pazienti con caratteristiche cliniche diverse, benché tutti affetti da parkinsonismo. In particolare è stato sperimentato un trattamento logopedico di gruppo che si affida ai principi del Lee Silverman Voice Treatment, confrontandolo poi con gli altri trattamenti già conosciuti, sia di gruppo che individuali. Ciò ha permesso di affermare l'importanza della presa in carico logopedica di un paziente parkinsoniano per le problematiche vocali, qualunque sia la metodica scelta, così da riuscire a rallentare la progressione dei sintomi vocali.

Da un'attenta analisi dei dati, ottenuti tramite le valutazioni logopediche a cui sono stati sottoposti i pazienti, si può dedurre l'efficacia di questo trattamento sperimentale e i notevoli miglioramenti portati, anche se influenzato dalle differenti caratteristiche di ciascun paziente.

Una terapia logopedica di gruppo che segue le modalità sperimentate, precedentemente descritte, può essere di grande aiuto per i pazienti parkinsoniani in quanto, come si è dimostrato, essi riescono a migliorare la qualità della loro voce, l'intensità e la variazione di frequenza, che solitamente con la malattia tendono a ridursi e a peggiorare; affinché questo trattamento abbia successo è fondamentale

però riuscire a selezionare i pazienti cercando di formare dei gruppi il più possibile omogenei per età, per caratteristiche cognitive e per gravità dei sintomi vocali, in modo da poter adattare la tipologia di trattamento in base alle necessità del gruppo.

Sarebbe utile continuare a lavorare per ideare un preciso e minuzioso protocollo standardizzato, così da avere delle linee guida scrupolose da seguire durante la somministrazione del trattamento, magari differenziando gli esercizi proposti a seconda della gravità e delle esigenze dei pazienti.

Se il trattamento logopedico di gruppo impostato secondo i principi dell'LSVT venisse perfezionato e ben definito, potrebbe essere un'efficace ed efficiente innovazione nel progetto riabilitativo dei pazienti parkinsoniani in tutto il territorio nazionale, perché permetterebbe di trattare a livello logopedico un maggior numero di pazienti ottenendo buoni risultati con un minor dispendio di risorse.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Fox, Ramig et al. (2002) Current Perspectives on the Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) for individuals with idiopathic Parkinson Disease - American Journal of Speech-Language Pathology, 11, 11-123.
- Kalia LV, Lang AE, Hazrati LN, Fujioka S, Wszolek ZK, Dickson DW, Ross OA, Van Deerlin VM, Trojanowski JQ, et al. Clinical correlations with Lewy body pathology in LRRK2-related Parkinson disease. *JAMA Neurol.* 2015 Jan; 72 (1): 100-105.
- Kalia LV, Lang AE. Parkinson's disease. *Lancetta.* 2015; 386: 896-912.
- Parkinson J. An Essay on the Shaking Palsy. London: Whittingham and Rowland for Sherwood, Neely, and Jones; 1817.
- Tysnes OB, Storstein A. Epidemiology of Parkinson's disease. *J. Neural Transm.* 2017; 124:901-905.
- Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TD. The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.* 2014 Nov;29(13):1583-90.
- Rocca WA. The future burden of Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2018 Jan;33(1):8-9.
- Gershanik OS, Nygaard TG. Parkinson's Disease beginning before age 40. *Adv Neurol.* 1990; 53:251-8.
- Ramig et al. (1996) Intensive Voice Treatment (LSVT®) for patients with Parkinson's disease, *Neurology* 47, 1496-1504.
- Ropper AH, Maurice V. Principi di Neurologia. Ed. McGraw-Hill, New York, 1992.
- Kalf JG, de Swart BJM, Bonnier M, Hofman M, Kanters J, Kocken J, Miltenburg M, Bloem BR, Munneke M. "Logopedia nella malattia di Parkinson, linee guida dell'Associazione Olandese di Logopedia e Foniatria" Woerden/Den Haag: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en foniatrie/Uitgeverij Lemma, 2008.
- Darley FL, Aronson AE, Brown JR. Motor speech disorders. Philadelphia: Saunders Company; 1975.
- Miller N, Noble E, Jones D, Burn D. Life with communication changes in Parkinson's disease. *Age Ageing.* 2006 May; 35 (3): 235-9.
- Ho AK, Iansek R, Bradshaw JL. Regulation of parkinsonian speech volume: the effect of interlocuter distance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1999 Aug; 67 (2): 199-202.
- www.focusonbrain.it
- www.parkinson.it
- www.parkinson-italia.it
- www.parkinson-lombardia.it

Strutture sanitarie e socioassistenziali che disabilitano: situazione reale e proposte

Oriano Mercante¹, Flora D'Ambrosio¹, Giovanni Renato Riccardi¹, Elisa Mercante²

¹UOC Medicina Riabilitativa IRCSS INRCA Ancona; ²Medico Chirurgo - Ancona

Riassunto. Il paziente anziano, in particolare il grande anziano, risente negativamente e piuttosto rapidamente di periodi più o meno prolungati di ospedalizzazione, con conseguente allettamento, con disturbi della postura, disturbi del cammino e problemi comportamentali fino ad arrivare al delirium. L'impostazione strutturale e le risorse di personale dei reparti di degenza non sono normalmente sufficienti ad assicurare una movimentazione dei pazienti che tenda a mantenere i livelli di attività precedenti il ricovero in quella che può essere definita una "Riabilitazione Aspecifica". L'immobilizzazione a letto, con mezzi di contenzione fisica o farmacologica è spesso la soluzione a tale problematica. Gli autori propongono un modello assistenziale comprendente la riabilitazione aspecifica che consenta di conservare nel paziente il livello di attività presente all'ingresso in ospedale.

Parole chiave: decondizionamento, contenzione, sedazione, riabilitazione aspecifica

Abstract. The elderly patient, in particular the large elderly, is negatively affected by more or less prolonged periods of hospitalization, with consequent entrapment, with posture disorders, walking disorders and behavioral problems up to the delirium. The structural set-up and personnel resources of the inpatient wards are not normally sufficient to ensure patient movement which tends to maintain the levels of activity prior to admission in what can be called an "Aspecific Rehabilitation". Immobilization in bed with physical or pharmacological restraints is often the solution to this problem. The authors propose a model of care including non-specific rehabilitation that allows the patient to maintain the level of activity present at the entrance to the hospital.

Keywords: deconditioning, containment, sedation, aspecific rehabilitation

INTRODUZIONE

La persona anziana ha una più alta frequenza di ospedalizzazione correlata con l'aumento dell'età. La durata del ricovero può variare da pochi giorni fino ad alcune settimane per ricoveri in setting di post-acuzie (Riabilitazione e Lungodegenza) o setting extra ospedalieri (RSA). Mentre il problema della immobilità non si pone, almeno non dovrebbe, per i setting riabilitativi, tale problema esiste per quelli non strettamente riabilitativi. Ricordiamo che tre settimane di inattività a letto in un anziano normale danno:

- Riduzione del 17% della eiezione sistolica
- Aumento FC del 15%
- Diminuzione VO₂ max dal 12 al 20%
- Diminuzione capacità ossidative periferiche
- Insorgenza di sindrome di regressione psicomotoria con:
 - Disturbi della postura

- Disturbi del cammino
- Problemi comportamentali fino ad arrivare al delirium.

Ovviamente la maggior parte dei medici ospedalieri è cosciente di queste problematiche e pertanto viene spesso richiesto l'intervento riabilitativo alla UO di Medicina Riabilitativa, pur in assenza di specifiche indicazioni al trattamento. Le motivazioni di tale richiesta sono:

- evitare le complicanze dell'allettamento
- accontentare le richieste dei familiari
- vicariare le competenze di variazione delle posture del personale d'assistenza (far eseguire alla fisioterapista le funzioni di OSS).

In realtà è ben consolidato che prima di effettuare un intervento riabilitativo per prima cosa occorre fare una diagnosi ed una prognosi riabilitativa che individui:

- chi riabilitare
- in quale tipo di struttura
- per quanto tempo
- con quali esiti possibili.

Data comunque la scarsità anche di personale riabilitativo (fisioterapisti), è esperienza di tutti gli operatori sanitari ospedalieri che sovente i pazienti ricoverati, entrando magari sulle loro gambe, vengono allettati e costretti a letto a puro scopo precauzionale per evitare cadute. La permanenza prolungata a letto causa, specie nel grande anziano, un decondizionamento che in molti casi si rivela fatale in quanto causa un circolo vizioso di allettamento-decondizionamento. Grande responsabilità hanno nella gestione del paziente le caposala che non vogliono rischi di cadute, evocando la cronica mancanza di personale, spesso con la complicità/disinteresse dei medici.

LA CONTENZIONE

Il pz così costretto a letto cercherà, se in grado, in tutti i modi di muoversi ed alzarsi dal letto. Pertanto, motivati da una norma ingiustificatamente praticata, una contenzione che può essere:

1. **contenzione fisica**, che si ottiene con presidi applicati sulla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che riducono o controllano i movimenti; si distinguono in:
 - mezzi di contenzione per il letto (per esempio le spondine, la fascia pelvica);
 - mezzi di contenzione per la sedia (per esempio il corpetto);
 - mezzi di contenzione per segmenti corporei (per esempio polsiere o cavigliere);
 - mezzi di contenzione per una postura obbligata (per esempio cuscini anatomici).
2. **contenzione chimica**, che si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi;
3. **contenzione ambientale**, che comprende i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti, per esempio porte chiuse, sbarre alle finestre, ecc.;
4. **contenzione psicologica o relazionale o emotiva**, con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato.

Le motivazioni che vengono solitamente fornite al momento dell'uso della contenzione fisica sono riportate di seguito:

- Per la presenza di uno stato di confusione;
- Per prevenire un'auto- o un'etero-danneggiamento;

- Per contenere l'aggressività/violenza del paziente;
- Per prevenire le cadute;
- Per il bene del paziente;
- Per ostacolare il wandering;
- Per utilizzare dispositivi terapeutici protettivi;
- Per un supporto posturale a paziente ipocinetici;
- Su richiesta dei familiari;
- Per inadeguatezza della struttura, motivi architettonici o carenza di personale.

Di seguito si riportano i predittori o fattori di rischio di contenzione in ambito ospedaliero o nelle residenze per anziani:

- Età avanzata;
- Delirium;
- Deterioramento cognitivo con sintomi psichici e comportamentali;
- Disabilità (alta dipendenza nelle ADL, instabilità posturale).

Ci sono poi predittori legati a fattori organizzativi dell'ambiente curativo quali:

- Preoccupazione di evitare implicazioni legali;
- Disponibilità di mezzi di contenzione;
- Attitudini dello staff, staff poco preparato.

Le **conseguenze negative** della contenzione sono correlate alla sua durata e sono di tipo fisico, comportamentale, psicologico, etico e legale. Di seguito si riporta una spiegazione di ciascuna tipologia.

- **Conseguenze fisiche:** intrappolamento, che può determinare anche la morte del paziente; eventi avversi differenti dalla posizione coatta (restraint related con la formazione di ulcere da pressione fino alla restraint related death); eventi avversi non derivanti direttamente dall'applicazione della contenzione (cadute dopo aver superato le sbarre del letto, infezioni, incontinenza);
- **Conseguenze comportamentali:** confusione, agitazione, panico e aggressività soprattutto nei soggetti con demenza;
- **Conseguenze psicologiche secondarie a contenzione fisica:** paura, collera, rabbia e sensazione di essere oltraggiati;
- **Conseguenze etiche:** si configurano nella violazione dei diritti della persona e della sua autonomia;
- **Conseguenze legali:** sono rappresentate dalla negligenza e dall'errata reclusione.

Il mass media si sono recentemente molto occupati delle grossolane violenze fisiche portate avanti nei confronti dei degenti specie di strutture socioassistenziali private. Agli

inquirenti pare strano che sistemi di immobilizzazione così drastici, che di norma vengono usati soltanto quando il paziente è pericoloso per gli altri o per sé stesso, possano essere stati considerati davvero assolutamente indispensabili per un numero considerato “elevato” di pazienti. In talune strutture la maggior parte dei pazienti di notte verrebbe “bloccato” al letto con cinture pelviche o similari, in grado di bloccare la mobilità. Una misura che può essere intrapresa soltanto in presenza di un’autorizzazione scritta da parte del medico o dal direttore sanitario della residenza. Ora, la questione su cui hanno indagando i NAS, è come sia possibile che queste autorizzazioni a “essere legati” siano state concesse in numero così elevato. Forse per “risparmiare” sul personale? O per una “valutazione errata”? la risposta è semplice e ognuno può derivarla.

Quello che impressiona di più specie i laici (non sanitari) è la contenzione fisica, ma siamo sicuri che sia il tipo peggiore di contenzione? A mio avviso la contenzione peggiore è la contenzione chimica che è molto più insidiosa e devastante per il paziente: il farmaco seda in maniera poco appariscente ma conduce ad un progressivo declino delle funzioni psichiche e fisiche, ad una “morte lenta” molto meno evidente ma altrettanto esiziale.

Ma sorge spontanea una domanda: com’è la situazione nelle strutture pubbliche, specie ospedali?

LA CONTENZIONE NEGLI OSPEDALI E NELLE STRUTTURE SOCIOASSISTENZIALI

La contenzione negli ospedali viene ampiamente praticata seppur in maniera meno gretta e con “copertura legale” da parte dei medici della U.O. di riferimento.

Tutti i tipo di contenzione vengono praticati, in particolare quella fisica (spondine laterali) e chimica (sedativi e neurolettici).

Anche negli ospedali, particolar modo nelle degenze post-acuzie, la contenzione è spesso applicata indiscriminatamente, anche se normalmente su prescrizione medica per una generica esigenza di sicurezza del paziente (spondine) per impedire comunque che il paziente si alzi autonomamente dal letto, se è in grado di farlo, e corra il rischio di cadere. La sedazione viene invece spesso praticata se il paziente non dorme la notte e disturba gli altri degenti eventualmente presenti in camera. Anamnesticamente è importante rilevare se il paziente dormiva a domicilio per evitare di voler far dormire a tutti i costi persone che

magari già da anni a casa loro dormivano pochissimo.

La situazione è ancora più deteriorata nelle strutture residenziali a carattere socioassistenziale. La carenza di personale dovuta ai più bassi standard di assistenza impone necessariamente che il pz non completamente autonomo sia spesso confinato a letto con i mezzi descritti sopra. A ciò si aggiunge l’opera spesso frettolosa dei medici chiamati ad assistere tali pazienti in caso di mancanza di un medico della struttura, i quali spesso avvallano richieste del personale di assistenza senza verificare troppo la effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per la contenzione.

Ricordiamo infatti che la convenzione internazionale sui diritti delle persone con disabilità (2006) all’articolo 2 impegna gli stati ad “... assicurare alle persone con disabilità il godimento e l’esercizio, su base di eguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e libertà fondamentali”, mentre spesso si **adattano le persone agli ambienti dei servizi e non i luoghi e le strutture ai bisogni delle persone.**



principali mezzi di contenzione

PRINCIPALI MEZZI DI CONTENZIONE

Per tali motivi in molti casi, nelle degenze prolungate, le strutture disabilitano o comunque fanno diminuire, talora irreversibilmente (grande anziano) le capacità funzionali delle

persone che vi si rivolgono magari per eventi acuti. Tale evenienza è più frequente nei casi, sempre più numerosi, in cui il pz sia “orfano” di supporto familiare diretto o indiretto (badante)

QUALE RIABILITAZIONE?

La richiesta di riabilitazione appare, in tale contesto, un comodo alibi morale per chiedere gli occhi di fronte alle incongruenze ed insufficienze del sistema da parte degli operatori, ma anche da parte dei familiari i quali saputo che il paziente fa persino riabilitazione, si convincono di avere fatto tutto il possibile per il loro congiunto. Che poi la riabilitazione consista spesso in soli 15 minuti di cosiddetto trattamento al giorno, mentre il restante tempo il paziente è immobilizzato a letto, non ha nessuna rilevanza.

Vediamo spesso sui giornali la pubblicità di strutture residenziali in cui viene propagandato il fatto che si fa riabilitazione: il fatto di fare riabilitazione è diventato un alibi sociale per l'istituzionalizzazione, che di fatto equivale ad un abbandono, di persone anziane che purtroppo non trovano più spazio nei sempre più frenetici ritmi degli ambienti familiari moderni.

Vedo spesso, nella mia attività di consulenza, persone deliranti che in un normale ambiente familiare sarebbero un poco strane, eccentriche, magari come si dice un pò “rincoglionite”, ma potrebbero portare avanti una vita familiare sostanzialmente normale. Ma data anche la contingentazione del personale di riabilitazione in realtà le richieste improprie di riabilitazione aggravano il problema in quanto sottraggono tempo ad altri degenti in cui è veramente necessario un intervento specifico da parte dei professionisti della riabilitazione, si ha cioè un colpevole uso improprio delle risorse.

A tal proposito la consulenza del medico fisiatra, propedeutica ad ogni intervento riabilitativo, costituisce la miglior garanzia contro un uso improprio del personale riabilitativo.

LA RIABILITAZIONE ASPECIFICA

L'esigenza inappropriata di riabilitazione, che in realtà è una movimentazione del paziente alle attività della vita quotidiana, è comunque una giusta esigenza di mantenimento delle attività possibili per il paziente in oggetto. Soprattutto nel paziente grande anziano la soddisfazione di tale esigenza è particolarmente importante per il rapido declino delle funzioni che si ha anche per pochi giorni di allettamento. Per questo occorre distinguere tra le attività che in ospedale possono essere definite

sanitarie, compito degli operatori sanitari, e quelle non sanitarie della vita quotidiana (ADL - Activity Daily Living). La distinzione appare opportuna in quanto le attività sanitarie non possono essere in alcun modo delegate a non sanitari, mentre le ADL sì, ancorché la distinzione non è sempre netta (es. dare a un congiunto anziano un farmaco per os è un'attività così abituale nella vita di tutti i giorni da poter essere definita ADL). Tuttavia, alcune attività possono sicuramente rientrare tra le ADL e pertanto in ospedale possono essere tranquillamente delegate a personale non sanitario, il cosiddetto “caregiver”.

Qui sorge il problema delle responsabilità: gli operatori con funzioni dirigenziali o di coordinamento (medici e caposale) mal tollerano l'attività dei caregiver per un problema di responsabilità in caso di eventi avversi come ad esempio una caduta durante la deambulazione. Questo limita grandemente ed in maniera ingiustificata la possibilità di movimentare i pazienti per le ADL e li espone quindi a tutte le complicità dell'allettamento, per cui pure andrebbero individuate delle responsabilità.

La soluzione a questo problema è la corretta informazione del paziente e del caregiver, un corretto addestramento del caregiver, e la loro assunzione di responsabilità per l'esecuzione delle ADL. Giova ricordare che l'addestramento del caregiver è previsto in tutti i progetti riabilitativi, ma nel caso in esame non si chiede necessariamente al caregiver di eseguire nuove attività (es. in paziente ictato o con protesi d'anca per cui devono essere individuate nuove strategie di movimentazione), ma semplicemente di proseguire, con minimi adattamenti, le attività che il paziente già eseguiva a domicilio. Nella tabella seguente alcune attività che possono essere delegate al caregiver.

Tab.4 - ADL possibili in ospedale a cura del caregiver

Aiutare a camminare, anche con ausili
Accompagnare ed aiutare in bagno
Aiutare a vestirsi
Aiutare a mangiare
Somministrazione di farmaci per os ad orari particolari

In altre parole, la prosecuzione delle attività della vita quotidiana costituisce quell'attività riabilitativa aspecifica, ma che adempie ad uno dei 4 scopi della Riabilitazione previsto dalle Linee Guida Ministeriali del 1998, cioè il mantenimento delle attività che è in grado di eseguire. In un certo qual modo possono essere distinte due funzioni, aspecifica e specifica,

analogamente a quanto avviene nel sistema immunitario del corpo umano. Ma quali sono gli attori della riabilitazione aspecifica e in quali patologie intervengono? Nella sindrome da inattivazione (ipocinetica, decondizionamento, immobilizzazione, ecc.) possono intervenire i seguenti operatori:

- Badanti
- Familiari
- OSS)
- fisioterapisti

Nelle patologie cronico-degenerative e metaboliche, con necessità di attività professionali specifiche a fini preventivi (AFA - attività fisica adattata), possono intervenire:

- laureati scienze motorie
- fisioterapisti

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le pubblicazioni riguardanti il tema dell'ospedalizzazione delle persone anziane, ad esempio quella promossa dall'INRCA per il Network Nazionale per l'invecchiamento, uscita nel 2014, sottolineano in maniera corale la necessità di adattare sempre più l'approccio ospedaliero alle necessità dell'anziano, e non il contrario come spesso accade, uscendo dalla logica "gestionale" focalizzata sul rispetto di procedure costruite per singole patologie e dando importanza a quelle azioni finalizzate a garantire in misura sempre maggiore la dignità e la libertà del paziente ospedalizzato. In particolare, una di queste azioni consiste nell'attivazione della così detta diade "paziente-caregiver" ai fini della buona riuscita del percorso riabilitativo, ai fini del sostanziale aiuto materiale al paziente, ma non solo. A questo proposito, va sottolineato che il caregiver svolge un ruolo molto importante anche per quanto riguarda gli aspetti psicologici che sono un altro aspetto essenziale per la buona riuscita del percorso.

È noto infatti in letteratura che, quando viene a mancare il supporto della famiglia, si riduce di molto anche la capacità di resilienza dell'anziano e dunque la forza psicologica per fronteggiare le problematiche della malattia ed affrontare una situazione nuova. La resilienza infatti dipende dalla presenza di relazioni con persone premurose e solidali. Questo tipo di relazioni crea un clima di amore e di fiducia, e fornisce incoraggiamento e rassicurazione che favorisce il ricorso a questa capacità di reazione. ecco dunque che l'apertura dell'ospedale verso l'elemento relazionale porterà sicuramente effetti positivi. Per concludere, emerge quale fattore importante che la cultura alla quale si

deve ispirare la vita ospedaliera dovrebbe essere finalizzata non solo alla cura della patologia ma anche alla "costruzione di un ambiente che tenga in conto la dimensione spirituale e relazionale, rispettoso dell'umanità dolente che frequenta i luoghi delle cure. In questo modo l'ospedale diviene la casa della speranza anche quando le condizioni di vita dell'ammalato sono molto difficili" (cit).

BIBLIOGRAFIA

- Legge 180 del 13 maggio 1978. «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori». Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978
- Comitato Nazionale per la Bioetica. Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Disponibile online su http://bioetica.governo.it/media/1888/p39_1999_pazienti-psichiatrici_it.pdf
- Cassazione Penale, sezione IV, 12 febbraio 2003, sentenza n. 226
- Cassazione Civile, sez. III, 27 febbraio 2004, sentenza n. 4013
- Il Codice deontologico dell'Infermiere, 2009. Disponibile online su <http://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>
- Conolly J. The treatment of the Insane without Mechanical Restraints (1856). In: Cipriano P. La fabbrica della cura mentale. Milano: Eleuthera, 2013
- Benci L. Contenere i pazienti è lecito? Il caso di Francesco Mastrogiovanni. Disponibile online su http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=16198 -24 luglio 2013
- Comitato Nazionale per la Bioetica. Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche. Disponibile online su: <http://www.governo.it/articolo/le-demenze-e-la-malattia-di-alzheimer-considerazioni-etiche/2293> -8 luglio 2014
- Mercante O, Gagliardi C, Spazzafumo L, Gaspari A, David S, Cingolani D, Castellani C, D'Augello L, Baldoni R, Silvaroli R. Loss of autonomy of hospitalized elderly patients: does hospitalization increase disability? eur J Phys Rehabil Med. ANNO: 2014 May 23
- Comitato Nazionale per la Bioetica. La contenzione: problemi bioetici. Disponibile online su http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf - 2015
- Mercante O, D'Ambrosio F, Fiè A, Giacchetti P, Gagliardi C. La riabilitazione aspecifica: un modello per l'anziano ospedalizzato. Menti Attive, n. 2, 2015, pp 49-54
- Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI). Patto Infermiere Cittadino. Disponibile online su http://www.ipasvibz.it/wp-content/uploads/2016/10/patto_infermiere_cittadino.pdf
- Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Codice Deontologico. Disponibile online su <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf> -2017
- Sentenza della Cassazione - V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497
- <https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2018/05/Item-24-La-contenzione-fisica-e-farmacologica.pdf>



Documentazione infermieristica e Modelli funzionali della salute di Marjory Gordon: dalla pianificazione alla valutazione degli esiti assistenziali

Simona Cinaglia¹, Roberta Maraschio¹, Patrizia Cinaglia², Cinzia Cinaglia²,
Emanuela Fagiani¹

¹UOC Medicina Riabilitativa IRCCS INRCA POR Ancona; ²Area Vasta 5

Riassunto. Nell'ottica di una assistenza centrata sul paziente, la documentazione infermieristica rappresenta uno dei presupposti della continuità e della personalizzazione dell'assistenza stessa individuando modelli organizzativi più consoni alle mutate esigenze del cittadino. La documentazione di tutto il processo di assistenza rappresenta, nella realtà odierna, il mezzo più adeguato affinché la pianificazione del lavoro nelle unità operative segua percorsi di qualità e che l'operare infermieristico possa essere misurato, valutato, confrontato e modificato nel perseguimento di principi quali efficacia, efficienza ed appropriatezza delle cure. Rappresenta di fatto un metodo di valutazione e verifica della qualità dell'assistenza erogata. Per gli infermieri, non poter misurare l'efficacia di quanto svolgono e/o quanto sono in grado di influenzare l'esito di un paziente, rappresenta un vuoto importante di conoscenze. Gli effetti delle cure infermieristiche non sono ancora chiari e la necessità di definire un set di esiti globalmente accettato, espresso in un linguaggio omogeneo e misurabile attraverso le metodologie formalmente riconosciute, costituisce una delle priorità infermieristiche mondiale.

Parole chiave: documentazione infermieristica, modello funzionale, valutazione esiti

Abstract. In the perspective of patient-centered assistance, the nursing documentation represents one of the prerequisites of continuity and personalization of the assistance itself, identifying organizational models more in keeping with the changing needs of the citizen. The documentation of the entire assistance process represents, in today's reality, the most appropriate means for the work planning in the operating units to follow quality paths and that the nursing operations can be measured, evaluated, compared and modified in pursuit of principles such as effectiveness, efficiency and appropriateness of care. It represents a method of evaluation and verification of the quality of the assistance provided. For nurses, not being able to measure the effectiveness of what they do and / or how much they are able to influence the outcome of a patient, represents an important vacuum of knowledge. The effects of nursing care are not yet clear and the need to define a globally accepted set of outcomes, expressed in a homogeneous and measurable language through formally recognized methodologies, constitutes one of the world's nursing priorities.

Keywords: nursing documents, functional model, outcome evaluation

L'aziendalizzazione delle organizzazioni e una politica sanitaria volta ad ottenere risultati di efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate, ha reso la documentazione clinico/assistenziale un canale di comunicazione per eccellenza tra i professionisti sanitari, tra quest'ultimi ed il cittadino/utente e le autorità istituzionali di ordine professionale e giurisdizionale. Documentare significa registrare informazioni aggregate in modo organizzato e finalizzato. La presenza quindi di una registrazione non corretta o carente rappresenta una mancanza da parte dei professionisti sanitari non solo per quel che concerne l'ambito assistenziale, ma anche per gli aspetti legali.

Nell'ottica di una assistenza centrata sul paziente, la documentazione infermieristica rappresenta uno dei presupposti della continuità e della personalizzazione dell'assistenza stessa individuando modelli organizzativi più consoni alle mutate esigenze del cittadino.¹ La documentazione di tutto il processo di assistenza rappresenta, nella realtà odierna, il mezzo più adeguato affinché la pianificazione del lavoro nelle unità operative segua percorsi di qualità e che l'operare infermieristico possa essere misurato, valutato, confrontato e modificato nel perseguimento di principi quali efficacia,

¹Casati M. La documentazione infermieristica. II ed Milano; 1999:56.

efficienza ed appropriatezza delle cure². Rappresenta di fatto un metodo di valutazione e verifica della qualità dell'assistenza erogata. Per gli infermieri, non poter misurare l'efficacia di quanto svolgono e/o quanto sono in grado di influenzare l'esito di un paziente, rappresenta un vuoto importante di conoscenze. Da questo dipende anche la discussa invisibilità verso i manager, gli altri operatori e a volte verso i pazienti e opinione pubblica. Gli effetti delle cure infermieristiche non sono ancora chiari e la necessità di definire un set di esiti globalmente accettato, espresso in un linguaggio omogeneo e misurabile attraverso le metodologie formalmente riconosciute, costituisce una delle priorità infermieristiche mondiale³. Disporre di un set di esiti consentirebbe, infatti, di:

1. documentare i cambiamenti dello stato dei pazienti che dipendono dagli infermieri;
2. attivare strategie per migliorare gli esiti nelle realtà che non esprimono i risultati attesi e/o accettabili;
3. progettare strumenti di documentazione dell'assistenza focalizzati sugli esiti da perseguire;
4. sostenere la definizione delle risorse necessarie all'assistenza in base agli studi che documentano l'associazione tra esiti migliori e quantità del personale.

Un articolo di J. Needleman⁴, apporta un contributo autorevole al dibattito sulle caratteristiche degli organici infermieristici, soprattutto sulle ricadute di queste caratteristiche sugli outcome degli ospedali.

Sebbene la necessità di uno strumento di registrazione degli eventi assistenziali sia stata avvertita da sempre, e nonostante la cartella infermieristica abbia rappresentato nella medicina moderna lo strumento di gestione delle informazioni sanitarie universalmente riconosciuto, non esiste una modalità di gestione univoca e normata.

La cartella infermieristica rileva tutte le informazioni relative ai bisogni assistenziali manifestati dalla persona ricoverata e agli interventi intrapresi dall'infermiere per la loro soddisfazione.

Fornisce altresì informazioni circa gli interventi collaborativi che in un ottica di interdisciplinarietà vengono concordati con l'equipe assistenziale.

²D.Lgs. 502/1992, "Riordino della disciplina in materia sanitaria".

³Palese A., Beltrame E.R., Bin A. "Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura". Assistenza infermieristica e ricerca, 2008,27,1.

⁴Needleman J, Buerhaus P, Pankratz S, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. N England Journal Medicine 2011; 364:1037-45.

E'uno strumento di gestione del rischio clinico, al fine di prevenire gli errori causati da difetto di comunicazione, la cartella infermieristica deve:

- essere sempre a disposizione degli operatori sanitari in modo da facilitare lo scambio di informazioni;
- essere diligentemente compilata da tutti i professionisti coinvolti, ciascuno per le parti e gli atti sanitari di rispettiva competenza,
- rispettare i requisiti previsti nella compilazione (rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza, completezza, riservatezza);
- osservare le modalità di compilazione e tenuta descritti nel presente regolamento.

LA QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

La cartella infermieristica costituisce una rilevante risorsa di una organizzazione sanitaria sul piano assistenziale, scientifico, gestionale, nonché uno strumento di garanzia per l'Utente ed i Professionisti.

Anche nel contesto del sistema di gestione per la qualità, la cartella infermieristica svolge molteplici funzioni costituendo innanzitutto il documento attraverso il quale un Azienda fornisce dimostrazione dell'efficacia della pianificazione del processo assistenziale di cui al punto 7.1 della norma UNI EN ISO 9001:2008⁵ "*Pianificazione della realizzazione della prestazione*" che richiede all'organizzazione di pianificare e sviluppare i processi necessari per la realizzazione del prodotto, che la pianificazione della realizzazione del prodotto sia coerente con i requisiti degli altri processi del sistema di gestione per la qualità e che, quando appropriato, nel pianificare la realizzazione dei prodotti l'organizzazione definisca:

- a. gli obiettivi per la qualità ed i requisiti relativi alla *prestazione*;
- b. l'esigenza di stabilire i processi e la documentazione e di fornire risorse specifiche per la *prestazione*;
- c. le attività di verifica, validazione, monitoraggio, ispezione e prove specifiche per la *prestazione* ed i relativi criteri di accettazione;

Norma UNI EN ISO 9001, dal titolo Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti: emessa nel 1987, rivista una prima volta nel 1994 e revisionata sostanzialmente nel 2000; ultima revisione nel 2008 (ISO 9001:2008), recepita nello stesso anno dall'UNI (UNI EN ISO 9001:20008); la norma definisce i requisiti di un sistema di gestione per la qualità per una organizzazione. I requisiti espressi sono di "carattere generale" e possono essere implementati da ogni tipologia di organizzazione.

d. le registrazioni necessarie a fornire evidenza che i processi realizzativi e la *prestazione* risultanti soddisfino i requisiti.

Rispetto al percorso assistenziale del paziente, nella cartella infermieristica, che ne costituisce la fedele rappresentazione, si deve poter evincere l'evoluzione del processo di valutazione del paziente dal quale scaturiscono le decisioni relative al suo bisogno di salute e di continuità assistenziale anche in relazione al mutare delle condizioni del paziente medesimo⁶.

Pertanto nella cartella infermieristica si deve poter desumere la dinamicità del percorso di assistenza attraverso la corretta valutazione e registrazione⁷:

- delle informazioni sulle condizioni fisiche, psicologiche e sociali del paziente, allo scopo di riconoscere i bisogni del paziente;
- dell'articolazione delle strategie assistenziali poste in essere per soddisfare i bisogni di salute del paziente precedentemente identificati.

Una corretta pianificazione della relazione del percorso assistenziale necessita di una adeguata valutazione del paziente che è appropriata se considera le sue condizioni cliniche, l'età, il bisogno di salute, le aspettative espresse ed implicite di assistenza.

Nella cartella infermieristica, è necessario descrivere, oltre alla pianificazione dell'assistenza anche⁸:

- a. il monitoraggio delle condizioni del paziente per verificare i risultati dell'assistenza;
- b. le modifiche apportate alla pianificazione dell'assistenza in relazione ai risultati dell'assistenza prestate
- c. la conclusione del processo assistenziale;

In tal senso, coerentemente con i requisiti del punto 7.3 della norma UNI EN ISO 9001:2008 "*Progettazione e sviluppo*" la cartella infermieristica costituisce lo strumento documentale delle attività di progettazione e sviluppo del processo assistenziale nel quale descrivere e registrare:

- a. le fasi personalizzate della progettazione e dello sviluppo del processo assistenziale;
- b. le attività di riesame, di verifica e di validazione adatte per ogni fase del processo assistenziale, con la chiara attribuzione e identificazione delle responsabilità ed autorità;
- c. gli elementi in ingresso del processo

assistenziale comprendenti (dati anamnestici ed obiettivi del paziente) ed il loro riesame nelle rivalutazioni quotidiane per verificarne l'adeguatezza;

- d. gli elementi in uscita del processo assistenziale (rivalutazioni cliniche, accertamenti diagnostici, consulenze ...) tale da permettere la loro verifica a fronte degli elementi in ingresso, la validazione e la tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e dello sviluppo del processo assistenziale.

L'importanza della cartella infermieristica si evince inoltre anche in relazione alla necessità di procedere alle attività di riesame e di verifica del processo clinico-assistenziale (di cui al punto 7.3.4 e 7.3.5 della norma UNI EN ISO 9001:2008) mediante l'audit organizzativo e clinico per il quale costituisce documento di riferimento.

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E JOINT COMMISSION

Anche le normative per l'applicazione di Sistemi Qualità, la Certificazione ISO, ed i requisiti per l'Accreditamento in Sanità richiedono che la documentazione sanitaria rispecchi requisiti di completezza, veridicità e chiarezza ed inoltre che la valutazione iniziale identifichi le esigenze mediche ed infermieristiche, consenta di supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, documentarne il decorso e promuovere la continuità dell'assistenza.

Pertanto, adottando la pianificazione assistenziale come metodo scientifico per dare risposte specifiche e per lo sviluppo professionale, si pone anche per gli infermieri il problema della definizione dei "bisogni" degli utenti⁹.

I requisiti della cartella infermieristica sono stati confrontati con gli standard Joint Commission¹⁰. La Joint Commission (JC) è un'organizzazione indipendente, non governativa, no-profit, leader internazionale riconosciuta nel campo dei progetti di miglioramento della qualità in ambito sanitario, attraverso l'elaborazione di standard, centrati sul paziente e sulla gestione dell'organizzazione.

Nel Manuale della JC per ogni standard viene riportata:

- la descrizione: è l'enunciato dello standard;
- l'**intento**: riassume il rationale dello standard ed il suo ambito di applicazione;

⁶Motta P. Professione infermiere: N.3 - Luglio/Dicembre 2009

⁷Germini F., La cartella infermieristica, ed 2008, Carrocci Faber.

⁸Casati M. La documentazione infermieristica. II ed Milano; 1999:56.

⁹Wilkinson J.M. "Processo infermieristico e pensiero critico" I ed. Milano: Ambrosiana; 2003:28

¹⁰PATIENT SAFETY Joint Commission International standard 2012/2013 e relative note interpretative

- gli elementi misurabili: sono i requisiti specifici dello standard che permettono una valutazione dello standard stesso.

DOCUMENTARE PER GLI INFERMIERI: ANALISI DELLA SITUAZIONE INTERNAZIONALE

Un articolo dell'American Journal of Critical Care¹¹, rileva come a livello internazionale gli infermieri non documentino o considerino il "documentare" come un compito gravoso. È pensiero comune che il dover documentare richieda troppo tempo, tempo che viene sottratto all'assistenza infermieristica. Il divario tra pratica infermieristica e documentazione è talmente importante, che porta a chiedere quale sia la funzione della documentazione. Gli infermieri trascrivono dati riguardanti lo stato emotivo, psicologico e di salute del paziente e come questi cambino nel tempo. Documentano tutte le attività svolte durante il turno, dalla somministrazione di farmaci ad altre attività di cura del paziente, compresa la risposta specifica del paziente stesso. Questa documentazione narrativa, non è adatta sia per la mancanza di tempo, sia perché non permette di valutare gli interventi infermieristici, a differenza di una documentazione che, utilizzando un linguaggio standardizzato, permette al professionista di recuperare e ordinare i dati essenziali dell'assistenza e di trasferirli ad altre figure professionali.

Nagle¹² ribadisce sia la difficoltà di documentare, sia la ridondanza delle informazioni documentate. e pone come soluzione sistemi integrati di informazioni cliniche, fornendo agli infermieri un accesso completo alle informazioni necessarie per garantire un'assistenza di qualità all'utente, evitando quindi raccogliere le stesse informazioni più volte.

ACCERTAMENTO E MODELLO TEORICO ASSISTENZIALE DI RIFERIMENTO

L'accertamento infermieristico è la raccolta e classificazione di dati riguardanti l'assistito. I dati dell'accertamento devono essere ordinati in modo da prevenire l'omissione di informazioni utili per la formulazione della fase successiva del processo di nursing e cioè la diagnosi.¹³ In seguito viene stabilito il piano di assistenza e l'intervento.

¹¹Day L. "What is documentation for?", American Journal of Critical Care. March 2014

¹²Nagle M.L. Senior Nursing Advisor of Canada Health Infoway "Clinical Documentation Standards: promise or peril?" Nursing Leadership. Volume 20 N.4.2007.

¹³Marjory Gordon. "Accertamento infermieristico. Notes raccolta dati e ragionamento diagnostico" I ed. Torino: Edizioni Minerva Medica;2010

La raccolta e la classificazione dei dati sono guidate dai concetti fondamentali della disciplina infermieristica e sono finalizzate ad ottenere informazioni riguardanti l'assistito, considerando aspetti fisici, psicologici, socioculturali ed emotivi che possono influenzare lo stato di salute¹⁴.

L'accertamento deve indagare inoltre lo stato di autonomia della persona, permettendo di esprimere un giudizio infermieristico clinico e pianificare azioni che siano di sostegno, guida, compensazione o sostituzione¹⁵. Per eseguire un accertamento è indispensabile utilizzare un modello teorico assistenziale di riferimento. Marjory Gordon propone 11 modelli funzionali di salute che prendono origine dall'interazione persona/ambiente. Nessun modello può essere compreso senza conoscere gli altri. Gli 11 modelli di Gordon sono influenzati dai seguenti fattori:

- Fattori biologici;
- Fattori sociali/culturali;
- Età.

I modelli funzionali di salute di M. Gordon per l'assistito sono 11:

- modello di percezione e gestione salute;
- modello nutrizione/metabolico;
- modello eliminazione;
- modello attività fisica;
- modello riposo/sonno;
- modello di percezione di sé;
- modello cognitivo/percettivo;
- modello di ruolo - relazione;
- modello di sessualità- riproduzione;
- modello di adattamento e tolleranza allo stress;
- modello di valori e convinzioni.

La sequenza di questi modelli fornisce un ordine per effettuare un accertamento di successo.

LINGUAGGI INFERMIERISTICI UNIFORMI: DIAGNOSI INFERMIERISTICA (DI)

Da molti anni si discute del bisogno di uniformare o standardizzare i linguaggi infermieristici. Un linguaggio infermieristico uniforme risponde a numerosi scopi tra cui¹⁶:

- fornisce agli infermieri un linguaggio specifico legato alla professione per comunicare fra loro, con gli altri professionisti dell'assistenza sanitaria e con il pubblico.

¹⁴Proietti M.C. "La focalizzazione sull'assistito nell'organizzazione sanitaria". Agenzia Sanitaria Italiana: 1998;44-47.

¹⁵Wilkinson J.M. Diagnosi infermieristiche con Nic e Noc. Casa Editrice Ambrosiana.2005.305-12.

¹⁶M. Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey D., M. Maas, S. Moorhead "Diagnosi infermieristiche, Risultati, Interventi." Ambrosiana 2009.

- Permette la raccolta e l'analisi di informazioni che documentino il contributo dell'assistenza infermieristica.
- Facilita la valutazione ed il miglioramento dell'assistenza infermieristica
- Promuove lo sviluppo del sapere infermieristico.
- Fornisce informazioni per la formulazione di linee organizzative riguardanti la salute e l'assistenza infermieristica.
- Semplifica l'insegnamento del processo decisionale clinico agli studenti infermieri.

Attualmente quando si parla di linguaggi standard si fa riferimento a quelli riconosciuti dall'American Nursing Association (ANA):

1. Diagnosi infermieristiche elaborate dalla North American Nursing Diagnosis Association (NANDA);
2. Gli interventi della Nursing Intervention Classification (NIC);
3. I risultati della Nursing Outcomes Classification (NOC).

Il NANDA definisce la DI come “un giudizio clinico sulle risposte di un individuo, di una famiglia, di una comunità a problemi di salute attuali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche forniscono la base per scegliere gli interventi infermieristici al fine di conseguire quei risultati ottenuti”.

Marjory Gordon spiega che se l'accertamento è avvenuto in modo corretto ed esaustivo si arriva alla diagnosi infermieristica che lei definisce come “una situazione principalmente risolta dai metodi di assistenza degli infermieri, e per le quali gli stessi si assumono la responsabilità dei risultati. In quanto tali le D.I. si differenziano dai problemi collaborativi, situazioni che l'infermiere affronta sulla base di una diagnosi medica”¹⁷.

PIANIFICAZIONE ED INTERVENTI

La pianificazione è la parte del processo che meno viene utilizzata nella pratica infermieristica quotidiana, o meglio non viene documentata in forma scritta.

La pianificazione definisce la risposta ai bisogni di assistenza specifici di ogni paziente. Consente l'integrazione delle modalità assistenziali nel tempo (tra più turni) e tra più professioni. È una fase continua che tiene conto delle osservazioni e variazioni continue del paziente, e dovrebbe essere realizzata in accordo con il paziente. La scarsa pianificazione scritta dell'assistenza è dovuta alla difficoltà di formulare obiettivi

precisi per il paziente¹⁸. L'assistenza attualmente, in molte Unità Operative, viene fornita in maniera invariata per ogni paziente rendendo superfluo la pianificazione che è basata sul concetto di personalizzazione della risposta assistenziale.

Attuare l'assistenza richiede uno specifico spazio nella C.I. perché occorre documentare gli interventi. Questa parte del processo è quella più storicamente utilizzata sotto forma di consegne e diari infermieristici. A differenza della D.I. dove il centro dell'interesse è la persona con bisogni di salute, il centro dell'interesse degli interventi infermieristici è il comportamento dell'infermiere, ossia tutto ciò che l'infermiere fa per aiutare la persona assistita a conseguire un risultato atteso¹⁹. Il linguaggio NIC comprende tutti gli interventi che gli infermieri possono compiere, in autonomia e in collaborazione con altre figure professionali. Nella revisione del Nursing's Social Policy Statement a cura dell'American Nursing Association nel 1995, l'intervento è definito come “qualunque trattamento, basato sul giudizio e sulla conoscenza clinica, che un infermiere compie al fine di raggiungere i risultati dell'assistito”.

LA SFIDA DEGLI ESITI

Per esiti infermieristici si intende una condizione, un comportamento o una percezione misurabile del paziente o della sua famiglia, concettualizzata come variabile e largamente influenzata “da” o “sensibile” alle cure infermieristiche²⁰.

Donabedian²¹ definisce gli esiti sensibili all'infermieristica come i cambiamenti misurabili della condizione dell'assistito, attribuiti alle cure infermieristiche ricevute. Questo è un pensiero innovativo perché, mentre di norma si associa il nursing all'esito del paziente, l'attribuibilità richiama al rischio attribuibile. Il rischio corrisponde alla differenza fra l'incidenza di uno specifico evento negli esposti (gestiti da un numero non adeguato di infermieri) e l'incidenza dello stesso evento nei non esposti (gestiti da un numero adeguato di

¹⁸Wilkinson J.M. “Processo infermieristico e pensiero critico” I ed.Milano: Ambrosiana;2003:28

¹⁹M. Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey D., M. Maas, S. Moorhead “Diagnosi infermieristiche, Risultati, Interventi.” Ambrosiana 2009.

²⁰Mosby. IOWA Outcomes Project Nursing Outcomes Classification.” Nursing Outcomes Classification” II ed. S.L.ouis,2000

²¹Donabedian A. “The definition of quality and approaches to its management”. Vol.1 Explorations in quality assessment and monitoring. Arbor A., Michigan: Healt Administration Press.

¹⁷M.Gordon “Manuale delle diagnosi infermieristiche” EdiSES,1992.

infermieri)²².

Stone²³ evidenzia come gli esiti infermieristici non riguardino solo gli aspetti classici dell'assistenza ma, prendano anche in considerazione gli effetti, anche organizzativi, prodotti dagli infermieri. Se accettiamo che esistono esiti infermieristici misurabili, assumiamo che il nursing è una variabile, e che è possibile cercare una relazione tra questa e ciò che accade al paziente. Attore principale non è tanto l'esito degli infermieri (nurse outcomes) quanto l'esito delle cure erogate (nursing outcomes), poiché comprende tutti gli esiti che dipendono dalle azioni tecniche, relazionali, educative poste in essere dall'infermiere. Needleman et al.²⁴, diversamente distingue il concetto di esiti infermieristici (l'impatto dell'infermiere sul paziente), da quello di esiti sensibili all'infermieristica (risultati e complicanze associate alla capacità degli infermieri di realizzare il proprio lavoro) e dal concetto di performance.

CONCLUSIONI

Per assistere il paziente cronico in emodialisi, oggi non è più sufficiente essere in grado di interpretare segni e sintomi o saper dializzare la persona utilizzando correttamente un'apparecchiatura di dialisi. Bisogna capire e accettare che le persone che si affidano alle nostre cure dovranno essere accompagnate per anni, allo scopo di garantire loro una degna qualità di vita.

Il limite principale dello studio riguarda il disegno monocentrico che ha coinvolto solo la SOD di Emodialisi dell'INRCA dove, essendo un Istituto Geriatrico, afferiscono pazienti over 65. Inoltre, non ho potuto confrontare i dati raccolti con altre SOD di Dialisi su studi riguardanti la gestione degli accessi vascolari, poiché gli studi quali-quantitativi sugli esiti sensibili all'infermieristica riguardano, soprattutto, l'area critica, gli ospedali onco-ematologici e psichiatrici. Nonostante i limiti sopradescritti ed il numero ristretto di pazienti, l'implementazione della nuova documentazione infermieristica ha permesso di monitorizzare e misurare gli interventi infermieristici del servizio di emodialisi, fornendo degli esiti che

mettono in evidenza la capacità di sorveglianza degli accessi vascolari degli infermieri di dialisi, individuando precocemente anomalie ed intervenendo tempestivamente con interventi standardizzati per gli infermieri.

Alla luce di quanto fino ad ora esposto, appare evidente che non è possibile continuare ancora ad erogare assistenza senza considerare la valutazione degli esiti. Misurare esiti positivi sottolinea il ruolo di prevenzione-impatto positivo degli infermieri, e sarebbe interessante produrre ricerche originali, che incrocino i dati degli esiti, con quelli riguardanti la quantità e qualità degli organici.

Il lavoro per dimostrare l'effettiva influenza dell'attività infermieristica sugli esiti del paziente è ancora molto lungo e questo studio serve a tracciare un percorso per delle successive ricerche in questo ambito.

²²Palese A., Beltrame E.R., Bin A. "Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura". Assistenza infermieristica e ricerca, 2008,27,1.

²³Stone P.W."Nursing shortage and nursing sensitive outcomes". Appl. Nurse Reserch 2002;12:115-6.

²⁴Needleman J., Kutzman E., Kizer K."Performance measurement of nursing care. State of care and current consensus". Med Care Res Rev2007;64:10-43.

Progetto RN4CAST: uno studio importante per gli infermieri

Emanuela Fagiani, Simona Cinaglia, Roberta Maraschio

UOC Medicina Riabilitativa IRCCS INRCA POR Ancona

Riassunto. Diversi studi internazionali hanno dimostrato come il personale istruito, il mix di competenze, l'ambiente di lavoro, il turnover, il burnout e le cure mancate incidono sugli outcome dell'assistenza. Lo scopo di questo studio è ridefinire i modelli organizzativi legati alle esigenze del personale infermieristico in Italia. Lo studio è stato svolto presso le UU.OO. di Chirurgia e Medicina di 40 ospedali Italiani. Sono stati arruolati 3716 pazienti e 3667 infermieri. Il personale medio è stato di 9,5 (\pm 4,92) pazienti per infermiere. Il 40% degli infermieri ha riferito di una scarsa qualità delle cure fornite; 23% un livello ridotto di sicurezza del paziente. L'assistenza mancata media è stata del 41%. Il punteggio medio ottenuto dalle cinque sottoscale dell'ambiente di lavoro è stato di 2,45. Il mix di abilità era del 56%; Il 39% degli infermieri ha mostrato un rischio significativo di esaurimento. Più di un'infermiera su tre (36%) ha riferito che se avesse avuto la possibilità, avrebbe lasciato la professione infermieristica nei successivi 12 mesi.

Parole chiave: personale, assistenza mancata, mix di competenze, turnover, qualità dell'assistenza, sicurezza del paziente, ambiente di lavoro, fondamenti dell'assistenza, burnout.

Abstract. Several international studies have shown how educated staff, the mix of skills, the work environment, turnover, burnout and missed care affect the outcomes of care. The purpose of this study is to redefine the organizational models related to the needs of nursing staff in Italy. The study was carried out at the UU.OO. of Surgery and Medicine of 40 Italian hospitals. 3716 patients and 3667 nurses were enrolled. The average staff was 9.5 (\pm 4.92) patients per nurse. 40% of nurses reported poor quality of care provided; 23% a reduced level of patient safety. The average missed assistance was 41%. The average score obtained from the five subscales of the work environment was 2.45. The skill mix was 56%; 39% of nurses showed a significant risk of exhaustion. More than one in three nurses (36%) reported that if he had the chance, he would have left the nursing profession in the following 12 months.

Keywords: personnel, missed assistance, mix of skills, turnover, quality of care, patient safety, work environment, fundamentals of care, burnout.

INTRODUZIONE

L'infermiere è garante della salute. La sua professione ha subito negli anni un'importante evoluzione. È passato da un'assistenza per compiti e mansioni ad una basata su competenze e processi. Anche la formazione è cambiata e cresciuta approdando alle aule universitarie, alla Laurea Magistrale, ai Master e ai Dottorati di Ricerca. Ha conquistato un ruolo centrale nei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali che si basano su evidenze EBN e EBP e che mirano a raggiungere esiti assistenziali standardizzati. L'assistenza infermieristica entra a pieno titolo nella riuscita o meno del processo di cura, nella possibilità della stabilizzazione o della guarigione. In questo contesto di crescita della professione è

interessante parlare di uno studio che riconosce la forza della professione.

UNO STUDIO IMPORTANTE PER GLI INFERMIERI

Il Progetto RN4CAST è iniziato nel 2009 e comprendeva 12 paesi europei (Belgio, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia, Paesi Bassi e Regno Unito) e Stati Uniti. Nel 2015 entrava in questo progetto anche l'Italia (RN4CAST-IT).

RN4CAST sta per Registered Nursing Forecasting; è un sondaggio rivolto all'infermiere, al paziente e all'organizzazione. Gli Ospedali coinvolti in Italia sono stati 40 e la raccolta dei dati è avvenuta da settembre a dicembre 2015 nei reparti ad indirizzo medico e ad indirizzo chirurgico.

Il rapporto tra numero di infermieri e numero di pazienti è risultato essere in Italia 9,5 pz/ infermiere, mentre la media europea è di 8 pz/ infermiere.

Il rapporto tra numero di infermieri e numero di pazienti non deve essere superiore 6 pz/ infermiere. Risultato molto significativo è che ogni ulteriore paziente per infermiere provoca aumento del 7% della probabilità di morire in 30 giorni di ricovero, un aumento del 23% del burnout e un aumento del 15% dell'insoddisfazione sul lavoro (Aiken & Sloane et al 2013; Ausserhofer & Schubert et al., 2013). Ciò vuol dire che negli ospedali italiani in cui il rapporto infermiere/paziente è 9, il rischio di mortalità è superiore del 21% rispetto a quelli in cui il rapporto infermiere/paziente è 6. Sostituire un infermiere con un operatore di supporto ogni 25 pazienti produce un aumento del rischio di mortalità del 21% (Aiken & Sloane et al., 2017).

L'aumento della mortalità, del burnout e dell'insoddisfazione è dovuto alle cure mancate. Le cure lasciate disfatte includevano nello studio l'igiene orale, la mobilitazione, il dialogo, l'educazione sanitaria, la sorveglianza appropriata e l'aggiornamento dei piani di assistenza.

I dati rilevati sulla percezione del paziente riguardo l'assistenza evidenziavano che nonostante le grandi difficoltà gli infermieri italiani lavorano quotidianamente facendo uno sforzo enorme per garantire la migliore assistenza possibile ma a proprie spese in termini di esaurimento e insoddisfazione.

Lo studio RN4-CAST-IT ha dimostrato che in Italia ci sono alti carichi di lavoro paziente/infermiere che comportano rischi per la sicurezza dei pazienti, che hanno un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza e sullo stato di benessere lavorativo dell'infermiere stesso.

Lo studio ha inoltre evidenziato che l'assunzione di infermieri non determina un aumento di spesa, bensì una riduzione in termini di degenza più breve (più veloce guarigione del paziente, minori complicanze) e in termini di diminuzione di ri-ospedalizzazione e altri esiti. La scarsa attenzione che tutt'oggi le linee di comando dei sistemi sanitari e delle aziende riservano agli studi sui modelli previsionali del fabbisogno infermieristico determinano aumento dei rischi per i pazienti, insoddisfazione degli infermieri per il proprio lavoro, aumento della spesa sanitaria (FNOPI Sasso Bagnasco Catania Zanini Santullo Walter Aiken)

In California vige una legislazione che impone 1 infermiere / 6 pazienti, anche il Galles e la

Scotia si stanno muovendo. Speriamo che, grazie allo studio R4CAST-IT, anche l'Italia si sensibilizzi in questo senso.

CONCLUSIONI

Secondo lo studio il rapporto ottimale paziente/infermiere dovrebbe essere 6/1. La variazione di questo rapporto (aumento del numero dei pazienti assistiti) potrebbe incidere sugli outcome organizzativi non garantendo la qualità assistenziale dovuta; questo comporta un aumento dei rischi per i pazienti e insoddisfazione dell'operatore. L'assenza di standard nazionali provoca variazione per quanto riguarda i servizi offerti dalle varie Aziende Sanitarie. Sarebbe utile produrre un documento legislativo per garantire al cittadino equità delle cure e piena soddisfazione degli operatori.

BIBLIOGRAFIA SITOGRAFIA

- Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2017;26(7):559-68. 10.1136/bmjqs-2016-005567.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet.* 2014;383(9931):1824-30. 10.1016/s0140-6736(13)62631-8.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, Consortium RC. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):143-53. 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.
- Sermeus W, Aiken LH, Van den Heede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs.* 2011;10(6):6. 10.1186/1472-6955-10-6.
- Il numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, le cure mancate, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti. Alcuni dati italiani dello studio RN4CAST per una riflessione condivisa di Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco, Gianluca Catania, Milko Zanini, Antonella Santullo, Roger Watson, Walter Sermeus, Linda Aiken rivista *L'Infermiere* n.3 2019
- PUBMED: RN4CAST@IT: why is it important for Italy to take part in the RN4CAST project? Sasso L1, Bagnasco A2, Zanini M2, Catania G2, Aleo G2, Santullo A3, Spandonaro F4, Icardi G2, Watson R5, Sermeus W6. Giugno 2016
- PUBMED: The problems in the interpretation of the studies on the relationship between staffing and patients' outcomes: the case of the RN4CAST studies] Di Giulio P, Clari M, Conti A, Campagna S. 2019
- PUBMED: The general results of the RN4CAST survey in Italy. Sasso L., Bagnasco A., Zanini M., Catania G., Aleo G., Santullo A., Spandonaro F., Icardi G., Watson R., Sermeus W. 2016
- PUBMED: Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-section study. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, Lingqvist R, Tishelman C, Griffiths P, RN4CAST Consortium. 2018

Alimentazione e dintorni. L'importanza della corretta alimentazione lungo l'arco della vita

Elsa Ravaglia

ASUR Marche Area Vasta 1

Dipartimento di Prevenzione - Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Riassunto. L'attenzione all'alimentazione ha origini antichissime, essendo strettamente correlata con la sopravvivenza stessa. Tuttora, a livello scientifico, divulgativo, per interessi economici, sociali e personali, rientra tra gli argomenti più trattati in tutti i settori. Scopo di questo articolo è illustrare: aspetti epidemiologici dello stato nutrizionale della popolazione, quanto l'alimentazione risulti fondamentale in ogni epoca della vita, quale sia lo stile dietetico attualmente consigliato per la popolazione italiana, condividere alcune riflessioni e, con il termine di "dintorni", porre un cenno su altri aspetti fondamentali per la tutela della salute quali i determinanti ambientali e sociali. In conclusione, si può affermare che per il mantenimento di un buono stato di salute e anche per prevenire complicanze di molte patologie, per tutto l'arco della vita è generalmente consigliato di attenersi ai cardini della Dieta Mediterranea, che oltre all'alimentazione prevede un adeguato esercizio fisico, la convivialità e dunque anche buone relazioni sociali. Molte nuove frontiere della ricerca confermano la rilevanza sempre crescente dell'ambiente, nelle sue diverse declinazioni, sulla salute psico-fisica delle persone.

Parole chiave: corretta alimentazione, nutrizione, Dieta Mediterranea, epidemiologia, prevenzione

Abstract: For being closely related to survival itself, the attention to nutrition has ancient origins. Nutrition is, nowadays, one of the most discussed topics in all areas, starting from scientific and popular level, for economic, social and personal interests. The purpose of this article is to illustrate: epidemiological aspects of the nutritional status of the population, how important nutrition is for people of each age of life, what is the dietary style currently recommended for the Italian population, to share some reflections and, with the term "around", to mention other fundamental aspects of health protection, such as environmental and social determinants. In conclusion, it can be said that for the maintenance of a good state of health and also to prevent complications of many pathologies, throughout life it is generally recommended to stick to the cornerstones of the Mediterranean Diet, in addition to adequate exercise, conviviality (ergo good social relations). Moreover, many new frontiers of research confirm the ever-increasing importance of the environment, in its different forms, on people's psycho-physical health.

Keywords: healthy eating, nutrition, Mediterranean Diet, epidemiology, prevention

INTRODUZIONE

L'attenzione all'alimentazione data quanto la storia dell'uomo fin dai primordi come necessità impellente per la sopravvivenza: ad esempio nello stomaco di Otzi, la mummia "umida" più antica rinvenuta al mondo - sulle Alpi - (di oltre 5000 anni fa) sono stati identificati residui di carni, cereali e foglie di felce (potenzialmente tossiche, anche se Otzi morì per la ferita di una freccia). Poi una sana e corretta alimentazione rientrò tra i "segreti" di salute e longevità. Se Ippocrate tra il 300 e 400 a.C. sosteneva "Fa che il cibo sia la tua medicina e che la medicina sia il tuo cibo", la Scuola Medica Salernitana, nell'XI-XII secolo nel *Flos Medicinæ Scholæ*

Salerni inseriva, tra una serie di fattori esterni capaci di influenzare la salute della persona - i luoghi, il clima, l'attività fisica, i bagni - in modo preponderante, proprio l'alimentazione: "tre cose necessitano: mente allegra, riposo, una dieta moderata" e "A tutti raccomando il rispettare la dieta, serbando il loro consueto vivere. La dieta è poi meta del medicar, e chi lei non apprezza, quando sano, mal regge, e infermo poi non ben si cura". Paracelso nel XVI secolo sosteneva che "Tutto è veleno, e nulla esiste senza veleno. Solo la dose fa in modo che il veleno non faccia effetto." E nel XIX secolo, il filosofo Feuerbach divenne famoso per l'aforisma "L'uomo è ciò che mangia" che

sottintende molto più di quanto possa apparire. E' interessante notare come le raccomandazioni da 2400 anni in qua non differiscano sostanzialmente da quelle che la letteratura scientifica accreditata ci suggerisce nel XXI secolo ...

Forse altrettanto singolare è constatare come tali raccomandazioni non vengano ancora seguite, dato che le cosiddette *globesity* (epidemia di obesità a livello mondiale) e *diabesity* (coesistenza di obesità e diabete nello stesso individuo) si stanno diffondendo sempre più in ogni angolo del mondo e si notano nuove disuguaglianze di salute, laddove la malnutrizione per carenza di cibo (tuttora presente) è stata spesso sostituita da malnutrizione per eccesso e anche per difetto qualitativo a causa di alimenti di scarso valore nutrizionale e densa soprattutto di calorie, grassi saturi, zuccheri e sale, oltre ad additivi e conservanti.

Fattori socio-culturali hanno determinato come nello strato di popolazione più abbiente e colto si noti una maggiore aderenza alla Dieta mediterranea che, da patrimonio delle culture "povere" del Mediterraneo, è diventata contemporaneamente "patrimonio culturale immateriale dell'Umanità", ma, paradossalmente, viene sempre meno seguita dai discendenti dei depositari di tali antichi saperi e sta diventando appannaggio delle classi più ricche, con un gradiente Nord-Sud che lo conferma. L'importante DPCM 2007 "Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari"^[1], espressione italiana di Gaining Health europeo ha segnato un punto di svolta nell'attenzione su queste tematiche a livello di collettività e di Salute Pubblica identificando la necessità di intervenire sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. La contemporanea attivazione di alcuni sistemi di sorveglianza, nel tempo ulteriormente implementati, stanno consentendo una visione longitudinale della situazione nutrizionale del Paese. Si tratta di interventi ed azioni presenti nei Piani Nazionali della Prevenzione che vengono poi declinati a livello locale mediante i Piani Regionali della Prevenzione.

OBIETTIVI

Scopo di questo articolo è illustrare aspetti epidemiologici dello stato nutrizionale della popolazione relativi ad alcune fasce di età, quanto l'alimentazione risulti fondamentale in

ogni epoca della vita, quale sia lo stile dietetico attualmente consigliato per la popolazione italiana, condividere alcune riflessioni e, con il termine di "dintorni", porre un cenno su altri aspetti fondamentali per la tutela della salute quali i determinanti ambientali e sociali.

DISCUSSIONE

Fase pre-concezionale

La prevenzione delle malattie e la promozione della salute si attuano fin dalle fasi del pre-concepimento^[2].

Lo stile di vita di entrambi i genitori nella fase preconcezionale e, in particolare della futura gestante, influirà necessariamente sulla salute del feto e del nascituro. Sono importanti l'età (la fertilità è maggiore fra i venti e i trent'anni); l'alimentazione seguita, ad esempio si dovrebbe assumere acido folico, essenziale per prevenire la spina bifida e altre patologie neurologiche, già da prima del concepimento; così i livelli ematici di ferro dovrebbero essere adeguati al momento della fecondazione perché incidono anch'essi sul neurosviluppo. In previsione di una gravidanza ci si dovrebbe astenere fin da prima del concepimento da fumo e alcol, e naturalmente dalle sostanze stupefacenti; è opportuno inoltre non essere in condizioni di eccesso ponderale. Importante un buon equilibrio psico-fisico.

I primi mille giorni di vita

Dalla gestazione ai primi due anni di vita si sviluppano quelli che vengono definiti i primi 1000 giorni di vita, di estrema importanza per la salute immediata ma anche futura del nuovo nato. Dunque, lo stile di vita, compreso quello alimentare, durante la gestazione andrebbe attentamente tenuto sotto controllo, ma sebbene sia conoscenza comune come, ad esempio, astenersi da fumo e alcol sia un comportamento adeguato, ciò non sempre viene seguito, con potenziali conseguenze che possono arrivare alla sindrome feto-alcolica e a gravi danni causati dalla nicotina che comprendono, tra molti altri, aborto, basso peso alla nascita e danni neurologici. Anche un'alimentazione ricca di grassi saturi e zuccheri influirà sullo stato metabolico del feto e può essere fattore predittivo di sovrappeso/obesità del bambino. Quindi già da ora possiamo affermare che tra le conoscenze teoriche e i comportamenti pratici si sta attuando un gap, una distanza, molto spesso di difficile soluzione.

A livello informativo e divulgativo il Ministero della Salute ha stilato una serie di utili consigli dietetici^[3] dedicati alla donna in gravidanza:

IN GENERALE	DA PREFERIRE	DA LIMITARE	DA EVITARE
Segui una dieta quotidiana varia e contenente tutti i principi nutritivi; Fai 4-5 pasti al giorno; Mangia lentamente; Bevi almeno 2 litri di acqua al giorno;	Alimenti freschi; Carni magre consumate ben cotte; Pesci tipo sogliola, merluzzo, nasello, trota, palombo, dentice, orata cucinati arrosto, al vapore o in umido; Formaggi magri (mozzarella, ricotta e crescenza); Latte e yogurt, preferibilmente magri; Verdura e frutta di stagione ben lavata, ogni giorno;	Caffè e tè: preferisci i prodotti decaffeinati o deteinati; Sale: poco ma iodato; Zuccheri: preferisci carboidrati complessi come pasta, pane e patate; Uova: non più di 2 volte a settimana ben cotte; Grassi: preferisci l'olio extra vergine d'oliva;	Bevande alcoliche

Particolare attenzione è riservata al consumo di alcol. L'alcol ingerito dalla madre giunge dopo pochi minuti nel sangue del feto, che però non può metabolizzarlo essendo privo degli enzimi specifici, così l'alcol e i suoi metaboliti si accumulano nel suo sistema nervoso e in altri organi, danneggiandoli.

La sindrome feto-alcolica (*Fetal Alcohol Syndrome-FAS*) è la più grave disabilità permanente che si manifesta nel feto esposto, durante la vita intrauterina, all'alcol consumato dalla madre durante la gravidanza. Oltre alla FAS, che è la manifestazione più grave del danno causato dall'alcol al feto, si possono verificare una varietà di anomalie strutturali (anomalie cranio facciali, rallentamento della crescita, ecc.) e disturbi dello sviluppo neurologico che comportano disabilità comportamentali e neuro-cognitive, queste alterazioni si possono presentare con modalità diverse tali da comportare un ampio spettro di disordini che vengono ricompresi nel termine FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder-FASD*).

Allattamento al seno

Per un neonato l'alimento migliore è il latte della propria mamma, che apporta tutte le sostanze essenziali per un'ottima crescita. Il colostro, ovvero il latte delle prime poppate, garantisce importanti fattori protettivi in grado di salvaguardare la sua salute futura e difenderlo dalle infezioni. Inoltre il latte materno varia la propria composizione nel tempo e la stessa consistenza durante il corso della poppata. È ormai condiviso a livello internazionale^[4] che l'allattamento per il bambino:

- riduce l'incidenza e la durata delle gastroenteriti;
- protegge dalle infezioni respiratorie;
- riduce il rischio di sviluppare allergie;
- migliora la vista e lo sviluppo psicomotorio;
- migliora lo sviluppo intestinale e riduce il

rischio di occlusioni;

- contribuisce a una migliore conformazione della bocca;
- protegge contro le otiti;
- riduce il rischio di diabete e di tumori del sistema linfatico.

Non solo per il bambino, ma anche per la mamma l'allattare al seno il proprio piccolo comporta molti vantaggi, oltre all'importante rapporto speciale che si instaura durante la poppata:

- è gratuito, non ci sono costi di preparazione;
- è pratico: sempre pronto alla giusta temperatura;
- stimola la naturale contrazione dell'utero riducendo il naturale sanguinamento post partum e consentendo all'utero di tornare alle dimensioni normali più velocemente;
- aiuta a perdere il peso accumulato durante la gravidanza;
- riduce il rischio di sviluppare osteoporosi;
- previene alcune forme di tumore al seno e all'ovaio.

Soltanto un cenno ad alcune problematiche emergenti riferite alla possibile presenza di sostanze tossiche nel latte materno riscontrate in aree particolarmente inquinate e correlate anche al consumo di alimenti contaminati. Questi aspetti però richiedono una grande cautela nella valutazione e soprattutto dovrebbero indurre ad una sempre maggiore attenzione alla riduzione degli inquinanti in tutti i settori della vita. Allo stato attuale e nelle condizioni attuali l'allattamento al seno rimane la scelta migliore per la salute del bambino^[5] almeno fino al sesto mese di vita.

Età evolutiva

L'Organizzazione Mondiale della Sanità all'inizio degli anni Novanta ha lanciato l'allarme: i bambini in tutto il mondo, da allora, stanno dimostrando una tendenza all'incremento di

peso davvero preoccupante. I bambini obesi hanno maggiori probabilità di divenire adulti obesi maggiormente predisposti ad un rischio aumentato per malattie di tipo cronico non trasmissibili, tra cui quelle cardiovascolari, metaboliche e tumorali. Risulta dunque estremamente importante, anche in ottica di salute pubblica, conoscere, monitorare e contrastare tale fenomeno, che risente in modo rilevante delle condizioni ambientali e di vita. Il rapporto 2016 della *Commission on Ending Childhood Obesity (Echo)*^[6] istituita dall'OMS, infatti evidenzia a livello internazionale che:

- si tratta di un problema complesso e multidimensionale, sulla cui soluzione poco incidono i singoli interventi, rilevando il bisogno di azioni intersettoriali comuni
- è importante un approccio life-course legato alle varie fasi della vita (compresa quella "pre-concepimento").

La Commissione ha evidenziato l'influenza negativa di un ambiente fortemente "obesogenico", sempre più diffuso nella società moderna, legato ad abitudini alimentari non corrette e alla diffusione di comportamenti sedentari. In tal senso diventano oggetto di interesse la tipologia e la disponibilità di cibo e bevande, il marketing che li accompagna, le leggi fiscali che li riguardano. O anche l'organizzazione urbanistica delle città moderne (che non favorisce l'andare a piedi e la frequentazione di spazi di aggregazione e di moderata attività fisica) e la diffusione di attività ludiche di tipo sedentario (videogiochi, televisione, smartphone, ecc).

Per monitorare il fenomeno sotto diversi aspetti, in Italia abbiamo un importante sistema di sorveglianza: Okkio alla salute, attivo fin dal 2008, che contribuisce al Sistema Europeo di rilevazione COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*). E' inserito nei Piani Regionali della Prevenzione ed è sviluppato dai Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione che agiscono sull'intero territorio nazionale in modo sinergico e coordinato, mediante formazione continua specificamente dedicata, utilizzo di strumentazione omogenea e con personale di elevata professionalità. Ministero della Salute e Ministero Istruzione Università Ricerca (MIUR) con azioni in sinergia e "a cascata", consentono, con la collaborazione indispensabile degli Istituti scolastici e delle famiglie, questo tipo di sorveglianza. Fino al 2016, con cadenza biennale (dal 2019 è triennale), vengono rilevati, in campioni rappresentativi di bambini di 8-9 anni, i parametri staturale-ponderali con misurazione diretta, le abitudini alimentari e di vita sia del

bambino che della famiglia, le caratteristiche strutturali e organizzative degli istituti scolastici frequentati dagli stessi bambini. I dati vengono elaborati e diffusi a livello nazionale, regionale e per aggregati territoriali consentendo confronti sia temporali che spaziali.

Il report della sorveglianza Okkio alla salute dell'anno 2016, per la regione Marche^[7] evidenzia che:

- 1 bambino su 3 è in eccesso di peso;
- Poco più di 3 bambini su 5 fanno una colazione sana;
- Neanche 2 bambini su 5 fanno una merenda leggera a metà mattina;
- Più di 2 bambini su 10 non consumano quotidianamente frutta e/o verdura;
- 1 bambino su 6 non fa un'attività fisica sufficiente;
- 2 bambini su 5 trascorrono più di 2 ore davanti alla tv od ai videogiochi;
- 1 genitore su 2 non percepisce che il proprio figlio è in sovrappeso.

Nell'Area Vasta 1 i dati sono in genere sovrapponibili a quelli regionali tranne che, in modo favorevole, per la prevalenza del sovrappeso che è sceso dal 24% del 2008 al 19,8% del 2016 (dato Marche: 21,5%) e dell'obesità che si è attestata all'8% (dato Marche: 10,4%)^[8]. Questo dato conferma il gradiente Nord-Sud osservato in generale.

Sedentarietà e scorrette abitudini alimentari sono abitualmente alla base di questo fenomeno. Promuovere corrette abitudini alimentari e adeguata attività fisica fin dalla prima infanzia risulta fondamentale per favorire una crescita armonica nella delicata età evolutiva. Diffondere conoscenza della vera dieta mediterranea, coinvolgere le famiglie nella consapevolezza delle scelte più adeguate sia a casa che nella ristorazione scolastica, sviluppare interazione tra i diversi componenti che, a vario titolo e con vario ruolo, si occupano di salute dei bambini dai pediatri ai servizi sanitari di prevenzione agli insegnanti e naturalmente ai genitori, sono tutte azioni che possono aiutare i bambini a vivere e crescere in modo sano, diritto previsto anche dalla Dichiarazione dei diritti del fanciullo dell'ONU fin dal 1959.

Nell'analisi del problema non va trascurato poi l'impatto psico-sociale che si può riversare su questi bambini, che talvolta mostrano la tendenza all'isolamento e magari a non voler partecipare a quelle attività sportive e motorie che tanto beneficio potrebbero procurare. Lo sport ha una elevata valenza educativa e socializzante, ma, purtroppo talvolta può risultare "ghettizzante" e può provocare stress

anziché benessere. E' necessaria una grande riflessione da parte degli adulti, sia genitori che allenatori, bisogna distinguere tra attività motoria e competizione sportiva. Se un pò di sana competizione è certamente stimolante, non si possono pretendere elevate performances da parte di tutti e chi non ha tali possibilità non deve certamente essere escluso dallo sport, del quale anzi ha forte necessità^[9].

La precedentemente citata *Commissione Echo* dell'OMS nel 2017^[10] ha identificato per tutelare la salute dei bambini una serie di azioni riferite a sei aree di intervento principali:

- promozione dell'assunzione di cibi sani;
- promozione dell'attività fisica;
- prevenzione dell'obesità iniziando dalla fase preconcezionale e dalla gravidanza;
- attenzione alla dieta e all'attività fisica già nei primi anni di vita e promozione di ambienti salutaris;
- sana alimentazione e attività fisica per i bambini in età scolare;
- presenza di servizi per la gestione e la cura di bambini obesi.

Si tratta di azioni che da anni si tenta di sviluppare, pur tra tante difficoltà organizzative, di personale e risorse dedicate, anche in Italia e nelle Marche in ottica interdisciplinare e multisettoriale. Lo studio internazionale HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) rileva a periodicità quadriennale la situazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni.^[11]

L'ultima rilevazione del 2018 ha rilevato che, sulla base dei dati autoriferiti, a livello italiano il 16,6% dei ragazzi 11-15 anni è in sovrappeso e il 3,2% obeso; l'eccesso ponderale diminuisce lievemente con l'età ed è maggiore nei maschi. Risultati tendenzialmente stabili rispetto alla rilevazione 2014.

Solo un terzo dei ragazzi consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno (dato ben lontano dal *five day* raccomandato) con valori maggiori nelle ragazze. Rispetto al 2014 aumenta il consumo, almeno 1 volta al giorno, di verdura, ma diminuisce il consumo di frutta in tutte e tre le fasce d'età e per entrambi i generi. Pane, pasta e riso sono gli alimenti più consumati. Le bibite zuccherate/gassate sono bevute maggiormente dagli undicenni e dai maschi: tale consumo è in calo rispetto al 2014 in tutte e tre le fasce d'età considerate e in entrambi i generi, e questa è davvero una buona notizia in ottica di salute.

Età adulta

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), mediante interviste telefoniche dirette, rileva

annualmente gli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali degli italiani tra i 18 e i 69 anni di età. Nel periodo 2015-18, i dati riferiti dagli intervistati Passi relativi a peso e altezza portano a stimare che 4 adulti su 10 siano in eccesso ponderale: 3 in sovrappeso (con un indice di massa corporea - Imc - compreso fra 25 e 29,9) e 1 obeso (Imc \geq 30).

L'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione

Il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone in sovrappeso o obese dal Nord al Sud Italia. Le persone in sovrappeso o obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono tali. Bassa, e in riduzione nel tempo, sembra essere l'attenzione degli operatori sanitari al problema: meno della metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. Il consiglio del medico invece è di fondamentale importanza, infatti la quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è significativamente maggiore fra coloro che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto (41% vs 13%)^[12].

Da segnalare anche che l'attenzione degli operatori a questo problema è più scarsa proprio dove ce ne sarebbe più bisogno, come per esempio nelle regioni meridionali. Ancora meno frequente è il consiglio medico di praticare attività fisica per le persone in eccesso ponderale.

Per quanto riguarda i consumi di frutta e verdura, nel periodo 2015-18 in Italia, meno di 5 adulti su 10 consumano non più di 2 porzioni al giorno di frutta o verdura, 4 su 10 ne consumano 3-4 porzioni, mentre solo 1 su 10 ne consuma la quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione, ovvero 5 porzioni al giorno (*five a day*). Nelle Marche il dato è leggermente migliore di quello nazionale con il 13,2% di adulti che dichiara di consumare almeno 5 porzioni la giorno. Il gradiente geografico è chiaro e mostra che l'adesione al *five a day* scende significativamente nelle Regioni nel Centro-Sud rispetto a quelle del Nord Italia, ad eccezione delle Isole in cui questa adesione è alta^[13].

Terza età

Il sistema di sorveglianza PASSI D'ARGENTO, che rileva comportamenti e fattori di rischio nelle persone dai 65 anni in poi, nel periodo 2016-18,

ha evidenziato che i dati riferiti dagli intervistati relativi a peso e altezza portano a stimare che la gran parte delle persone ultra 64enni (57%) sia in eccesso ponderale: 43% in sovrappeso (con un indice di massa corporea - I_{mc} - compreso fra 25 e 29,9) e 14% obeso (I_{mc} ≥ 30). Anche in questo caso è chiaro il gradiente geografico che mostra quote crescenti di persone in sovrappeso/obese dal Nord (52%) al Sud Italia (63%)^[14].

In età avanzata, gli eccessi come le carenze alimentari sono entrambi in grado di provocare la comparsa di processi patologici a carico di vari organi e di favorire il processo di invecchiamento dell'organismo. L'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita. La perdita di peso non intenzionale rappresenta, invece, un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

Superati i 75 anni di età, l'indice di massa corporea è comunque soggetto a variazioni legate a fattori biologici e patologici e, se all'aumentare dell'età si riduce la quota di anziani in eccesso ponderale, aumenta progressivamente la quota di persone che perdono peso indipendentemente dalla loro volontà.

Restano valide le regole alimentari universali quali: una colazione abbondante tutte le mattine ricca di carboidrati a rapido assorbimento e uno spuntino a metà mattina a base di frutta; evitare snack zuccherati e/o grassi, bevande alcoliche, troppa carne rossa e insaccati. A uno stile alimentare corretto e salutare, va associata una vita attiva, per cui è bene svolgere frequentemente attività fisica o sport di intensità moderata che, se praticati in gruppo, includono anche aspetti di aggregazione sociale.

In Italia, nel biennio 2016-2018, fra le persone con 65 anni o più il consumo medio giornaliero di frutta e verdura non raggiunge la quantità indicata dalle linee guida per una corretta alimentazione, tuttavia, anche se pochi raggiungono la quantità raccomandata, la gran parte degli ultra 64enni (56%) consuma almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno: dato decisamente migliore di quello di bambini/ragazzi e adulti.

Ancora presente il gradiente geografico a sfavore dei residenti nel Sud Italia, dove la quota di persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e verdura la giorno è del 47% mentre raggiunge il 65% nelle Regioni del Centro

e del Nord Italia.^[15]

Per gli anziani, prima ancora che gli aspetti nutrizionali, è considerata prioritaria la prevenzione delle difficoltà masticatorie dovute alla possibile edentulia. I problemi di masticazione riguardano una quota di ultra 64enni pari a circa il 13% e rappresentano, fra le condizioni di salute indagate, una delle condizioni più associate allo scarso consumo di frutta e verdura. Chi è interessato da questo tipo di problematica, infatti, tende a eliminare spontaneamente tutti gli alimenti che non è in grado di masticare con facilità (carne, frutta, verdura in particolare), privilegiandone altri di consistenza più morbida come minestre o latticini^[16]. Altra situazione problematica dell'anziano riguarda la disfagia che può condurre a malnutrizione.

Le linee guida italiane per una sana alimentazione nella popolazione anziana raccomandano una dieta varia e appetibile^[17], evitando il più possibile i piatti freddi, precucinati e riscaldati, consumando spesso legumi, frutta e ortaggi freschi, riducendo il consumo di grassi animali, formaggi, alcolici e sale da cucina. Nell'anziano, infatti, è possibile che si verifichino riduzione dell'appetito, disidratazione e difficoltà masticatorie, ma anche alcuni disordini gastrici, intestinali o renali, frequenti in questa fascia d'età, che possono causare stati carenziali. È noto che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici) e sostanze protettive antiossidanti^[17]. In generale, un ridotto consumo di frutta e verdura è associato a un aumento del rischio di patologie croniche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che 3,9 milioni di morti a livello globale nel 2017 siano attribuibili a un inadeguato consumo di frutta e verdura^[18]. Si stima inoltre che l'eliminazione dei fattori di rischio, tra cui il basso consumo di frutta e verdura, potrebbe evitare l'80% delle patologie cardiovascolari, degli eventi ischemici e del diabete di tipo II, e il 40% delle patologie oncologiche^[19].

I Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) hanno individuato dieci strategie per incrementare il consumo di frutta e verdura nella popolazione adulta^[20], tra cui: rendere più accessibili gli esercizi commerciali che vendono prodotti ortofrutticoli freschi, aumentare la disponibilità di frutta e verdura presso i commercianti al dettaglio, supportare e

promuovere gli orti urbani e domestici.

Un cenno particolare merita l'osteoporosi, patologia molto diffusa che si stima a livello mondiale colpisca circa 200 milioni di persone, di cui, secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), 75 milioni tra Stati Uniti, Europa e Giappone. Le conseguenze più gravi comportano le fratture di fragilità, che, tra l'altro, aumentano il rischio di mortalità^[21].

Per le diverse fasce di età, per prevenire osteoporosi e relativo rischio di frattura ci sono alcuni obiettivi:

1. per Bambini e Adolescenti: raggiungere un elevato picco di massa ossea;
 2. per Adulti: mantenere le ossa in buona salute e prevenire il rischio di osteoporosi;
 3. per Anziani: garantire mobilità e autonomia.
- Sono necessari adeguati livelli di assunzione giornaliera di Calcio e di vitamina D fondamentali per un corretto metabolismo dell'osso: circa 1000-1200 mg di Calcio/die nell'infanzia e nell'adolescenza; 800 mg/die in età adulta; 1200 mg/die durante la gravidanza; 1200-1500 mg/die dopo la menopausa

Le principali fonti di calcio sono i prodotti caseari (latte, yogurt, formaggi, ecc), alcuni vegetali a foglie verdi, alcuni pesci, alcuni legumi, frutta secca e semi.

La vitamina D è essenziale per garantire l'assorbimento intestinale di calcio, mantenere una adeguata mineralizzazione dello scheletro, prevenire il rischio di frattura e il rischio di cadute; essa ha due ruoli importanti nello sviluppo e nel mantenimento della salute delle ossa: è responsabile dell'assorbimento

intestinale del calcio contenuto negli alimenti e garantisce il corretto rinnovo e la mineralizzazione delle ossa. Solo il 10% della vitamina D di cui disponiamo proviene dall'assorbimento intestinale e sono pochi i cibi naturalmente ricchi di vitamina D di cui possiamo disporre, tra i quali salmone pescato e funghi secchi. Il 90% della vitamina D viene prodotta nella pelle quando viene esposta ai raggi UV-B del sole. Generalmente, si dovrebbe esporre alla luce del sole la pelle nuda di viso, mani e braccia per 10-20 minuti al giorno, escluse le ore centrali (dalle 10 alle 14), senza protezione solare, stando attenti a non ustionarsi.

Dato, però, che il nostro stile e abitudini di vita spesso ci portano a passare sempre più tempo in luoghi chiusi, il problema di avere bassi livelli di vitamina D si sta espandendo in tutto il mondo, mettendo a repentaglio la salute di ossa e muscoli.

In Italia il fabbisogno medio di Vitamina D varia da 1500 UI/die negli adulti sani fino a una quantità superiore a 2300 UI/die negli anziani. Come possiamo dunque soddisfare questo fabbisogno giornaliero di vitamina D? Le indicazioni:

- esposizione giornaliera al sole della superficie corporea normalmente scoperta (mani e viso), per almeno 10 minuti;
- alimentazione completa;
- in taluni casi, supplementazione.

Importante la riduzione del consumo di sale che interferisce con il metabolismo dell'osso.

PRINCIPALI INDICAZIONI ALIMENTARI PER L'OSTEOPOROSI

Assumere almeno 1 tazza di latte parzialmente scremato al giorno e 1 vasetto di yogurt magro.

Assumere 2 volte a settimana 1 porzione di formaggi stagionati.

Idratarsi adeguatamente mediante l'assunzione quotidiana di 1,5-2 litri di acqua ricche in calcio (così definibili quando il contenuto di Calcio è superiore a 150 mg/litro).

Assumere 3-4 volte a settimana pesce (almeno 1 volta alla settimana pesce azzurro).

Introdurre nell'alimentazione adeguate porzioni di frutta secca (in particolare mandorle, noci e nocciole).

Ogni giorno assumere 5 porzioni tra frutta e verdura.

Assumere legumi almeno 3-4 volte a settimana.

Tenere sotto controllo l'assunzione di sodio, ovvero limitare il consumo di sale (inferiore a 5 g al giorno).

Non superare l'assunzione di 1 bicchiere di vino al giorno, se donna, e 2, se uomo, in quanto l'alcol ha un effetto negativo sull'assorbimento del calcio e dei micronutrienti.

Evitare consumo eccessivo di caffeina che interferisce con l'assorbimento dei micronutrienti.

La Dieta mediterranea

I dati riportati in merito ai consumi di frutta e verdura, che risultano generalmente e paradossalmente scarsi in Italia (Paese di grande tradizione agricola) in tutte le epoche della vita, sono importanti. Una dieta subottimale, infatti, è riconosciuta come fattore correlato

alle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), anche se a tutt'oggi il suo impatto in termini di carico di malattia non è stato stimato in modo sistematico.

Le linee guida per una sana alimentazione italiana dell'INRAN^[17], anche se potrebbero sembrare un pò datate (l'ultima revisione è

dell'anno 2003 e si è in attesa di un imminente aggiornamento) conservano tuttora un notevole valore di orientamento al quale è molto utile rifarsi, anche semplicemente attraverso le sintetiche 10 regole d'oro:

DECALOGO INRAN
Controlla il peso e mantieniti sempre attivo
Più cereali, legumi, ortaggi e frutta
Grassi: scegli la qualità e limita la quantità
Zuccheri, dolci e bevande zuccherate: nei giusti limiti
Bevi ogni giorno acqua in abbondanza
Il Sale? Meglio poco
Bevande alcoliche: se sì, solo in quantità controllata
Varia spesso le tue scelte a tavola
Consigli speciali per persone speciali
La sicurezza dei tuoi cibi dipende anche da te

Si tratta di raccomandazioni che si ispirano alla Dieta mediterranea, proclamata dall'UNESCO, nel 2010, patrimonio culturale immateriale dell'Umanità e che è stata adottata da gran parte del mondo scientifico come standard di riferimento della alimentazione equilibrata, sostenibile e raccomandabile.

Nelle Marche, nel cui territorio, per la precisione a Montegiorgio (FM) Ancel Keys e Flaminio Fidanza, hanno individuato sin dalla fine degli anni Cinquanta, una delle coorti del famoso Seven Countries Study^[22], che ha posto le basi scientifiche per il riconoscimento della salubrità della stessa, è stata recentemente oggetto di una legge ad hoc: Legge regionale 17/5/2018 n. 14 "Tutela e valorizzazione della dieta mediterranea"^[23]. Inoltre, da alcuni anni opera, in sinergia con molti soggetti e con un'attenzione particolare ai giovani, il Laboratorio piceno della Dieta mediterranea, intesa come "ecosistema e stile di vita di una comunità territoriale": una preziosa realtà.

I principi della Dieta mediterranea sono così riassumibili:

- abbondanza di cibi di origine vegetale: frutta, verdura, legumi, pasta, pane, cereali;
- consumo prevalente di cibi freschi e di stagione, quasi sempre di provenienza locale (es. frutta di stagione, verdure appena colte);
- utilizzo dell'olio d'oliva come principale fonte di grassi;
- consumo quotidiano di formaggi e/o yogurt, ma in quantità limitate;
- pesce, carne bianca, uova: qualche volta a settimana;
- dolci ricchi di zuccheri o di grassi saturi solo saltuariamente;
- consumo di carne rossa limitato, presente nella dieta qualche volta al mese;

- consumo di vino, preferibilmente rosso, soltanto ai pasti e in quantità limitate.

Quindi spiccano un regolare consumo di verdura, ortaggi e frutta (5 porzioni al giorno di questo gruppo alimentare) e un'adeguata introduzione di apporto proteico dalle diverse fonti: pesce, legumi, formaggi, carne e uova. Per le porzioni il riferimento è dato dai LARN - Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti e di energia per la popolazione italiana - 2014^[24]. Infatti accanto alla piramide alimentare, che illustra i principi della dieta mediterranea, è opportuno porre i LARN che ben esplicitano il concetto di porzione e orientano in tale argomento.

La porzione standard è la quantità di alimento che si assume come unità di riferimento riconosciuta e identificabile sia dagli operatori del settore nutrizionale sia dalla popolazione.

La porzione standard deve essere coerente con la tradizione alimentare e di dimensioni ragionevoli, in accordo con le aspettative del consumatore.

A conclusione della lunga carrellata finora fatta, si può affermare che per tutto l'arco della vita è generalmente consigliato di attenersi ai cardini di questo stile di vita mediterraneo che, oltre all'alimentazione, prevede un adeguato esercizio fisico, la convivialità e dunque anche buone relazioni sociali. Ciò è particolarmente valido nel nostro territorio che, pur vantando una lunghissima tradizione in tal senso, rischia di dimenticarsene.

Attività fisica

In abbinamento alla corretta alimentazione si deve necessariamente considerare il fondamentale apporto dell'attività fisica, elemento imprescindibile per un buono stato di salute, riassumibile in estrema sintesi in almeno 60 minuti al giorno per bambini e ragazzi fino a 18 anni e almeno 30 minuti al giorno per adulti e anziani. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al recente Rapporto ISTISAN 18/9 che tratta dei livelli raccomandati di attività fisica, mutuati dalle raccomandazioni OMS^[25].

"DINTORNI"

Microbiota intestinale

Si tratta di un campo di ricerca teorica e applicata che sta suscitando sempre maggiore interesse. Con microbiota intestinale si intende l'insieme dei microbi (batteri commensali, lieviti, virus e protozoi) che convivono nell'intestino. Quello presente nell'intestino umano è costituito da più di 50.000 miliardi di microorganismi appartenenti ad almeno 1000

specie diverse. Il termine microbioma, invece, indica la totalità del patrimonio genetico posseduto dal microbiota, cioè i geni che quest'ultimo è in grado di esprimere. Se da un lato è conosciuto e intuitivo che la dieta (e uso di antibiotici) possa influire su questa enorme popolazione, generando eubiosi o disbiosi, appare meno immediato, ma interessante, il collegamento con altre funzioni organiche, in particolare l'asse intestino-cervello che alcuni studi stanno dimostrando, aprendo nuove frontiere di conoscenza^[26].

Esposoma

Altra nuova frontiera scientifica che sta assumendo sempre maggiore rilevanza è il cosiddetto esposoma, termine coniato da Wild nel 2005 per comprendere "la totalità delle esposizioni ambientali umane dal concepimento in poi, integrando il genoma"^[27], rappresenta dunque la dinamica interazione tra essere umano, il suo genoma e ambiente interno ed esterno circostante. I risultati di un recente studio hanno confermato la notevole differenza tra esposomi di persone diverse, anche se vivono negli stessi luoghi geografici, e un insieme di caratteristiche che possono essere ricondotte alle abitudini di ciascuno e ai diversi ecosistemi con cui quotidianamente interagiscono: la vicinanza con piante e animali, il passaggio in strade molto trafficate, l'esposizione alla pioggia. Possono esserci elementi pericolosi, ma anche elementi protettivi^[28]. Per mantenere il parallelo tra ricerca genomica ed esposomica, saranno necessari enormi sforzi in termini di costruzione del consorzio, sviluppo e validazione di strumenti statistici e dispositivi di misurazione, che richiedono ingenti risorse finanziarie, ma dal punto di vista della salute pubblica, una migliore comprensione dei fattori di rischio ambientale aprirà la strada a strategie di prevenzione migliorate^[29].

Climate Change

Un brevissimo cenno infine al tema che più dovrebbe interessare l'intera comunità, ovvero i cambiamenti climatici, che si stanno ripercuotendo in modo sostanziale sugli ecosistemi, comprese le ricadute sulle coltivazioni e dunque sull'alimentazione. Anche la NASA ha un sito specifico Global climate change. Vital signs of the planet^[30]. Tra i vari fattori correttivi uno studio recente propone il ripristino di terreni boschivi su scala globale che potrebbe aiutare a catturare il carbonio atmosferico e mitigare i cambiamenti climatici^[31]. Una speranza che condivido.

CONCLUSIONI

Molte nuove frontiere della ricerca confermano la rilevanza sempre crescente dell'ambiente, nelle sue diverse declinazioni, sulla salute psico-fisica del singolo e della collettività. Diffusione delle conoscenze, attenzione all'evolversi delle situazioni comportano maggiore consapevolezza in tutti i campi, compreso quello nutrizionale e dovrebbero sviluppare la capacità di empowerment delle persone.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. DPCM 4 maggio 2007 "Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari"
2. <http://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4474&area=Salute%20donna&menu=nascita>
3. http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=110&area=Vivi_sano
4. <http://www.salute.gov.it/portale/allattamento/dettaglioContenutiAllattamento.jsp?lingua=italiano&id=5258&area=allattamento&menu=vuoto>
5. Cattaneo A. Alimentazione dei bambini e residui chimici - IBFAN Breastfeeding briefs N° 55, Luglio 2013
6. OMS. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva, 2016
7. Giostra G., De Intron S (a cura di) OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2016. REGIONE MARCHE. <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
8. Ravaglia E., Lisi M. (a cura di) OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2016. AREA VASTA 1 - Regione Marche. Pesaro, 2018
9. Cattaneo C., Nardone P. Attività fisica e salute: bambini e adolescenti. Istituto Superiore di Sanità. https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/bambini-Adolescenti
10. OMS. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary. Geneva, 2017
11. Health Behaviour in School-aged Children (Hbsc): online i primi dati della V indagine <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/hbsc-italia-2018>
12. Sorveglianza PASSI. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>
13. Sorveglianza PASSI. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/frutta>
14. Sorveglianza Passi d'argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/obesita#dati>
15. Sorveglianza Passi d'argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/5ADay#dati>
16. Donini LM., Carbone S. Rischio nutrizionale negli anziani: manuale di valutazione e gestione per il caregiver. Roma, 2012
17. Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Inran) "Linee guida per una sana alimentazione italiana", revisione 2003
18. Gbd 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2 April 2019. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30041-8

- 19.OMS. Increasing fruit and vegetable consumption to reduce the risk of non-communicable diseases, 2018 https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/en/
- 20.Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011
- 21.Ravaglia E. Osteoporosi tra conoscenza e comportamenti, 2017 <http://www.veterinariaalimenti.marche.it/Articoli/category/attivita-trasversali/osteoporosi-tra-conoscenza-e-comportamenti>
- 22.The Seven Countries Study. <https://www.sevencountriesstudy.com/>
- 23.Regione Marche. Legge Regionale 17 maggio 2018, n. 14. Tutela e valorizzazione della dieta mediterranea.
- 24.Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU). LARN IV REVISIONE. Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia. 2014
- 25.Istituto Superiore di Sanità. Rapporti ISTISAN 18/9. Movimento, sport e salute. https://www.coni.it/images/1-Primo-Piano-2018/Rapporto_ISTISAN_18_9_web_Movimento_e_salute.pdf
- 26.Escribano B, Tunes I (2014) Gut Microbiota and Central Nervous System Condemned to Understand Each Other: Their Role in Multiple Sclerosis. *MOJ Cell Sci Report* 1(2): 00005. DOI: 10.15406/mojcsr.2014.01.00004
- 27.Wild C. P. Complementing the genome with an “exposome”: the outstanding challenge of environmental exposure measurement in molecular epidemiology. (2005) *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 14: 1847-1850.
- 28.Chao Jiang, Xin Wang, Xiyan Li, Ting Wang, Qing Liu, Michael Snyder. Dynamic Human Environmental Exposome Revealed by Longitudinal Personal Monitoring. *Cell*. Vol. 175, issue 1, 277-291.e31, september 20, 2018
- 29.Siroux V., Agier L, Slama R. The exposome concept: a challenge and a potential driver for environmental health research. *European Respiratory Review* 2016, 25: 124-129; DOI:10.1183 / 16000617.0034-2016
- 30.NASA. Global climate change. Vital signs of the planet. <https://climate.nasa.gov/>
- 31.Bastin JF., Finegold Y., Garcia C., Mollicone D., Rezende M., Routh D., Zohner1 CM., Crowther TW. The global tree restoration potential. *Science* 05 Jul 2019:Vol. 365, Issue 6448, pp. 76-79 DOI: 10.1126/science.aax0848

Sessione Modelli Organizzativi



Televisita: applicazioni pratiche

Oriano Mercante¹, Elisa Mercante²

¹Medico UOC Medicina Riabilitativa IRCSS INRCA Ancona; ²Medico Chirurgo, Ancona

Riassunto. L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale. Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza. La televisita rappresenta la modalità di telemedicina immediatamente usufruibile anche negli studi medici professionali.

Parole chiave: telemedicina, televisita, servizi digitali

Abstract. Technological innovation can contribute to a reorganization of health care, in particular by supporting the shifting of the focus of health care from the hospital to the territory, through innovative welfare models focused on the citizen and facilitating access to services throughout the country. The methods for providing health and social-health services enabled by telemedicine are fundamental in this sense, contributing to ensuring equity in access to care in remote areas, support for the management of chronic illnesses, a channel of access to high specialization, a better continuity of care through multidisciplinary comparison and a fundamental aid for emergency-urgency services. The tele-visit represents the modality of telemedicine immediately usable also in medical office.

Keywords: telemedicine, tele-visit, digital services

INTRODUZIONE

L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

I servizi di Telemedicina possono essere

classificati nelle seguenti macro-categorie:

- **TELEMEDICINA SPECIALISTICA:** comprende le varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari.
- **TELESALUTE:** attiene principalmente al dominio della assistenza primaria. Riguarda i sistemi e i servizi che collegano i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici per assistere nella diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione degli stessi. Permette a un medico (spesso un medico di medicina generale in collaborazione con uno specialista) di interpretare a distanza i dati necessari al Telemonitoraggio di un paziente, e, in quel caso, alla presa in carico del paziente stesso. La registrazione e trasmissione dei dati può essere

automatizzata o realizzata da parte del paziente stesso o di un operatore sanitario.

- **TELEASSISTENZA:** si intende un sistema socio-assistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di

“supporto” da parte di un centro servizi. La Teleassistenza ha un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale.

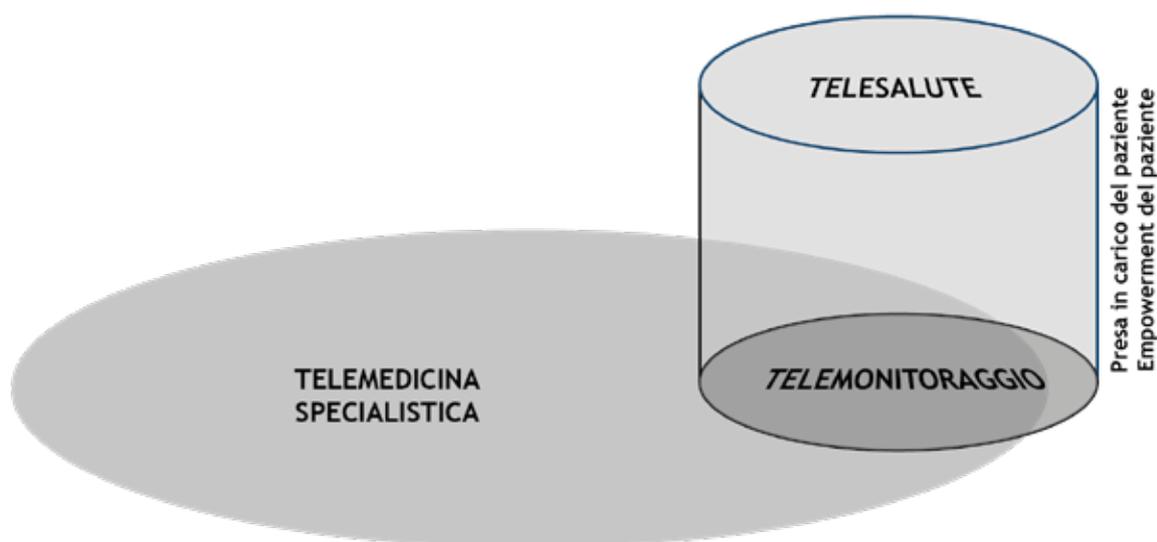
Classificazione dei servizi di Telemedicina

TELEMEDICINA					
CLASSIFICAZIONE		AMBITO	PAZIENTI		RELAZIONE
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	TELE VISITA	SANITARIO	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del paziente	B2C B2B2C
	TELE CONSULTO			Assenza del paziente	B2B
	TELE COOPERAZIONE SANITARIA			Presenza del Paziente in tempo reale	B2B2C
TELE SALUTE		SANITARIO	Prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		SOCIO-ASSISTENZIALE	Può essere rivolta ad anziani fragili e diversamente abili		

B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente



Rappresentazione schematica dei rapporti tra Telemonitoraggio, Telemedicina Specialistica e Telesalute. Si evidenzia il ruolo attivo del Paziente (Empowerment) e del Medico (presa in carico) nel caso della Telesalute, che espande il concetto di curare nella direzione del prendersi cura (medicina di anzianità)

TELEMEDICINA SPECIALISTICA				FINALITA'					RELAZIONE*		
									B2C B2B2C	B2B2C	B2B
	Pazienti	Ambito		Monitoraggio	Prevenzione	Diagnosi	Cura	Riabilitazione	Televisita	Telecooperazione sanitaria	Teleconsulto
TELEMEDICINA dei MEDICI SPECIALISTICI			TelePatologia (Laboratorio Biomedico e Anatomia Patologica)								
			TeleRadiologia								
			TeleCardiologia								
			TelePneumologia								
			TeleDermatologia								
	Tutti	Sanitario	TeleOftalmologia								
			TelePsichiatria/TelePsicologia								
			TeleNeurologia								
			TeleChirurgia								
			TeleEmergenza								
			TeleRiabilitazione								
		TelePediatria									
		**									
TELEMEDICINA del TERRITORIO			TeleMMG								
			TelePLS								

*B2B: individua la relazione tra medici

B2B2C: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario

B2C: individua la relazione tra medico e paziente

** tutte le specialità mediche e chirurgiche

TELEMEDICINA IN REGIME PRIVATISTICO

Per poter esercitare attività di Telemedicina in regime privatistico nelle varie discipline, le strutture interessate (Centro erogatore), devono:

- essere autorizzate all'esercizio dalla regione o dalle province autonome per la disciplina specialistica (cardiologia, diagnostica per immagini, oftalmologia, diagnostica clinica ecc.) per la quale si intendono erogare prestazioni di Telemedicina;
- attenersi al Documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di Telemedicina erogate, definito dalla Regione, tenuto conto anche di standard definiti a livello nazionale, fatti salvi gli elementi di garanzia come descritti nel paragrafo 5.5.

Nel caso di liberi professionisti che lavorano in studi medici privati senza obbligo di apertura al pubblico e ove l'opera intellettuale prevalga su organizzazione e attrezzature, per poter esercitare attività della disciplina specialistica (cardiologia, diagnostica per immagini,

oftalmologia, diagnostica clinica ecc.) per la quale si intendono erogare prestazioni di Telemedicina in conformità con eventuali requisiti, norme e regolamenti regionali/comunali (abitabilità, aspetti connessi alla sicurezza e privacy, igiene etc.), devono:

- essere abilitati e iscritti all'Albo Professionale ed essere specialisti nella disciplina medica per la quale si intendono erogare servizi di Telemedicina specialistica;
- attenersi al Documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di Telemedicina erogate definito dalla Regione, tenuto conto anche di standard definiti a livello nazionale, fatti salvi gli elementi di garanzia come descritti nel paragrafo 5.5.

MATERIALI E METODI

Il software utilizzabile per la televisita, possibilmente tramite PC fisso, ma anche tramite smartphone è il seguente:

- Skype con collegamento audio e video (possibile la registrazione di entrambi i lati

del collegamento);

- WhatsApp con collegamento audio e video (non possibile la registrazione di entrambi i lati del collegamento).

È normalmente prevista la registrazione della televisita e la conservazione della stessa come previsto dalla Procedura Gestione dei Documenti della Qualità.

Eventuali esami integrativi ritenuti necessari (audiometria, spirometria, esami di laboratorio, ECG, ecc.) sono eseguiti preventivamente alla televisita, o prescritti dal Medico all'atto della televisita stessa. I referti già disponibili vengono inviati al medico in formato elettronico preliminarmente alla televisita. In tutti i casi in cui non c'era l'intermediazione di altro sanitario è stato richiesto un consenso scritto per l'esecuzione della televisita e comunque un referto medico, anche del medico di famiglia, con i principali parametri clinici e notizie anamnestiche.

RISULTATI

Nel periodo giugno-settembre 2019 sono state eseguite 13 televisite di Medicina del Lavoro, di cui 6 in collegamento con il solo pz e 7 con l'ausilio di altro sanitario presente assieme al pz.



Esempio di televisita

I motivi che hanno spinto alla televisita sono stati spesso il fattore logistico (lontananza) o l'urgenza della prestazione.

Tutti i collegamenti sono stati effettuati via Skype in quanto permette la registrazione di entrambi i lati del collegamento. In tutti i casi è stato necessario l'intervento di un familiare del pz se solo per approntare un adeguato collegamento Skype.

Tutti i collegamenti sono stati registrati e sono stati effettuati con PC fisso dalla parte utente nei casi in cui l'utente era solo, e con smartphone nei casi in cui l'utente era assistito da altro sanitario. Dal lato professionista è stato usato secondo il caso il PC fisso o lo smartphone a seconda degli impegni del professionista stesso. In tutti i casi è stato prodotto un referto medico.

Non sono state rilevate problematiche burocratiche, mediche o medico legali a seguito di tali televisite.

CONCLUSIONI

La telemedicina, e in particolare la televisita, è una modalità di visita non ancora routinaria ma sicuramente utile nei casi in cui motivi logistici o di tempo impediscono un contatto diretto con il professionista.

In tutti i casi riportati non vi sono state problematiche burocratiche, mediche o medico legali che abbiano inficiato il valore della televisita.

Si auspica un sempre maggiore utilizzo della metodica che permette di collegare l'utente con il professionista di fiducia con maggiore facilità nonostante gli ostacoli logistici.

BIBLIOGRAFIA

3. Ministero della Salute - TELEMEDICINA Linee di indirizzo nazionali - http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2129_allegato.pdf (Data di pubblicazione: 17 marzo 2014, ultimo aggiornamento 17 marzo 2014).
4. <http://www.remotehealthcaresystem.com/inquadramento-strategico-telemedicina/#gref>
5. WHO guideline -recommendations on digital Interventions for health system strengthening. 2019 linee guida Oms allegato 8731988.
6. Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali. RICOGNIZIONE DELLE PRINCIPALI NORMATIVE NAZIONALI ITALIANE DEDICATE ALLA REALIZZAZIONE DI SERVIZI SANITARI IN TELEMEDICINA. Roma, 26/01/2018. https://sinc-italia.it/pdf/documento_ricognizione_normative_telemedicina_26gen2018.pdf
7. <https://www.babylonhealth.com/> - Babylon 2019 - All rights reserved 60 Sloane Avenue, London SW3 3DD

La progettazione di risorse on line: il corso iDO per assistenti di persone con difetto cognitivo

Cristina Gagliardi, Elena Gambella

CRESI Centro Ricerche Economiche e Sociali sull'Invecchiamento, IRCCS INRCA

Riassunto. Al fine di migliorare la qualità della vita delle persone affette da demenza e dei loro familiari vengono continuamente testati ed aggiornati interventi non farmacologici psicosociali che includono: misure per aumentare le capacità comunicative, ridurre l'agitazione e lo stress ma, anche l'uso di nuove tecnologie digitali. Sebbene sia estremamente importante diffondere la conoscenza e le evidenze di efficacia di questi interventi, sorprendentemente spesso queste informazioni non sono accessibili al personale che effettivamente si occupa dell'assistenza. Il progetto iDO mira dunque a ridurre questo gap, progettando e sviluppando un efficace pacchetto formativo in stretta collaborazione con le persone con demenza ed i loro operatori sanitari.

Parole chiave: corso di formazione on-line, persone con difetti cognitive, caregivers familiari, personale di assistenza

Abstract. In order to improve the quality of life of people with dementia and their families, non-pharmacological psychosocial interventions are continuously tested and updated, including: measures to increase communication skills, reduce agitation and stress but also the use of new digital technologies. Although it is extremely important to spread the knowledge and evidence of the effectiveness of these interventions, surprisingly often this information is not accessible to the staff that actually takes care of the assistance. The iDO project therefore aims to reduce this gap by designing and developing an effective training package in close collaboration with people with dementia and their carers.

Keywords: online training course, people with cognitive defects, family caregivers, direct care workers

INTRODUZIONE

L'Italia è uno dei paesi europei più anziani, quasi il 17% della popolazione, per un totale di 9,5 milioni, ha superato i 65 anni di età: di conseguenza sono in aumento tutte quelle malattie croniche legate all'età come le demenze. La demenza è una delle malattie più diffuse e gravose in età avanzata e si prevede che entro il 2030 ci saranno 74,7 milioni di persone con diverse forme di demenza in tutto il mondo. Nel 2015 in Italia 600.000 persone erano affette da demenza di Alzheimer, che assieme alle forme vascolari, sembrano essere le tipologie di demenza più diffuse (Osservatorio demenze, Istituto Superiore della Sanità, 2015). L'Alzheimer è per definizione una patologia neurodegenerativa ad esordio insidioso, con deficit cognitivi inizialmente impercettibili che progrediscono inesorabilmente fino alla completa perdita di autonomia nella vita quotidiana. Nel 2015 erano circa 3 milioni le persone direttamente o indirettamente

coinvolte nell'assistenza dei loro cari, i caregivers (Osservatorio demenze, Istituto Superiore della Sanità, 2015).

Non esiste una cura per la demenza ed i farmaci attualmente disponibili affrontano solamente i sintomi della malattia senza poterne invertire o bloccare il processo degenerativo. Al fine di migliorare la qualità della vita delle persone affette da demenza e dei loro familiari, vengono continuamente testati ed aggiornati interventi non farmacologici psicosociali che includono: misure per aumentare le capacità comunicative, ridurre l'agitazione e lo stress ma anche l'uso di nuove tecnologie digitali. Sebbene sia estremamente importante diffondere la conoscenza e le evidenze di efficacia di questi interventi, sorprendentemente spesso queste informazioni non sono accessibili alle persone che effettivamente si occupano dell'assistenza di persone con deficit cognitivo durante la giornata.

Attualmente la famiglia (caregiving informale)

costituisce un contributo imprescindibile in termini di cura per questa popolazione, al punto tale da poter definire il caregiving informale un vero e proprio capitale sociale. In media i caregivers di una persona con demenza dedicano almeno sei ore al giorno all'assistenza diretta dei loro cari (igiene personale, somministrazione della terapia, alimentazione) ed altre sette ore alla sorveglianza del malato (Lucidi e Grano, 2015). Prestare assistenza ad un paziente affetto da malattia d'Alzheimer impegna quindi il familiare sia sul piano pratico-organizzativo che su quello emozionale.

SUPPORTO AL FAMILIARE-CAREGIVER E AGLI OPERATORI DIRETTI DELLA CURA ATTRAVERSO LE TECNOLOGIE DIGITALI

Alcuni studi riportano un'esitazione da parte del caregiver nel cercare aiuto e supporto fino al momento in cui non sia ormai inevitabile a causa di un peggioramento nelle proprie condizioni di salute. Atteggiamenti di diniego dei propri bisogni, convinzione di autosufficienza e di auto-sacrificio sembrano essere alla base di questa esitazione.

Supportare e dare competenza ai caregivers, mettendoli nelle condizioni di poter fornire una buona cura alle persone con demenza e favorirne la permanenza a domicilio sembra essere dunque una priorità. Gli interventi per migliorare la qualità della vita delle persone affette da demenza e dei loro familiari includono misure per aumentare le capacità comunicative, ridurre l'agitazione e lo stress ma anche l'uso di nuove tecnologie digitali. La tecnologia digitale offre la possibilità di facilitare la diffusione delle evidenze scientifiche attraverso l'istruzione e la formazione del personale all'assistenza così come ai caregivers familiari. In tal modo le condizioni di vita delle persone affette da demenza e delle loro famiglie possono migliorare. Spesso queste conoscenze non sono disponibili o facilmente accessibili per coloro che assistono le persone con deficit cognitivo, sia che si tratti degli operatori assistenziali che lavorano a domicilio sia che si tratti direttamente di coloro che ci convivono e/o che li assistono. Le evidenze scientifiche suggeriscono che, se adeguatamente formati, gli operatori assistenziali stessi (ad esempio le badanti) possono contribuire sia a migliorare gli esiti dei pazienti che l'ambiente domestico, oltre che le proprie condizioni di lavoro.

L'obiettivo principale del progetto iDO era di rendere disponibili le conoscenze basate sull'evidenza ai caregivers ed ai lavoratori poco

qualificati in termini di assistenza e cura della demenza. Il progetto ha comportato un grande lavoro di squadra, di coprogettazione internazionale, finalizzato a tradurre le evidenze scientifiche più aggiornate in una formazione professionale accessibile, motivante, coinvolgente e innovativa sulla assistenza e cura della demenza per coloro che sono normalmente esclusi da questo tipo di conoscenze.

MATERIALI E METODI

Gli obiettivi del progetto iDO erano:

1. progettare e sviluppare, in stretta collaborazione con le persone affette da demenza e i loro caregivers, un pacchetto formativo innovativo per promuovere l'acquisizione di abilità e competenze da parte degli operatori assistenziali;
2. testare il pacchetto formativo con un numero appropriato di operatori assistenziali in cinque paesi dell'Unione Europea;
3. valutare l'impatto del pacchetto formativo sulla motivazione e inserimento degli operatori assistenziali in attività didattiche;
4. diffondere e ampliare i prodotti intellettuali del progetto a livello europeo, garantendo la sostenibilità dei risultati.

RISULTATI

Modalità di accesso: da smartphone Android (installando l'applicazione Udemy) o da PC cliccando il link:

<https://www.udemy.com/formazione-sulla-demenza-per-i-operatori-assistenziali/>

Il pacchetto formativo realizzato in questo progetto comprende: 3 ore di video con sottotitoli in italiano divisi in 8 unità didattiche; quiz di verifica delle competenze apprese alla fine di ogni lezione; il videogioco didattico di applicazione delle competenze apprese.

All fine del percorso si prevede il rilascio di un "Certificato di fine corso"

Unità in cui sono suddivisi i contenuti del corso:

1. Introduzione alla demenza ed ai disturbi cognitivi
2. Disturbi comportamentali e psicologici della demenza (BPSD)
3. Strategie per prendersi cura
4. Interventi Psicosociali
5. Gestione dei rischi e della farmacoterapia
6. Supportare i familiari
7. Cura personale
8. Privacy, questioni etiche e legali

I contenuti del pacchetto formativo hanno

incluso: testimonial video di persone con deficit cognitivo e le loro famiglie, in cui essi spiegano le proprie esigenze nella vita di tutti i giorni. I video sono stati realizzati con l'intento di fornire la loro specifica opinione e le loro preferenze circa l'assistenza che vorrebbero ricevere. I video informeranno gli operatori assistenziali su questi temi e stimoleranno una comprensione più chiara delle varie situazioni e dei bisogni dei pazienti e delle famiglie. Sono inoltre stati girati video formativi contenenti interviste a professionisti esperti in diversi ambiti di competenza, ad esempio neurologi, psicologi, infermieri, operatori sociali e esperti di tecnologie assistive per persone con demenza. L'obiettivo finale sarà di aumentare le conoscenze dei familiari e degli operatori assistenziali, stimolandone l'acquisizione e l'applicazione nella pratica quotidiana, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza, le condizioni di lavoro e il benessere dei pazienti. Infine è stata sviluppata una applicazione di gioco interattiva. L'interattività e la complessità del gioco si basano sui requisiti e le esigenze espresse dagli operatori assistenziali, dalle persone affette da demenza, dai parenti e dagli esperti nel campo della demenza. I giochi possono essere adattati alle capacità e alle conoscenze dell'utente; La Massive Open Online Course (MOOC) è una piattaforma di e-learning in cui giochi, video e documenti sono integrati e resi disponibili online. La progettazione e lo sviluppo del MOOC coinvolgeranno il personale di assistenza per garantire che il pacchetto formativo rispecchi le esigenze e le condizioni degli utenti.

CONCLUSIONI

La carriera del caregiver è lunga, la maggior parte dei caregivers di persone con deficit cognitivo affronta dai tre ai quindici anni di continue richieste fisiche e psicosociali, ed in continua evoluzione in quanto mutevoli sono le esigenze della persona che si assiste lungo il percorso di malattia. L'esposizione prolungata a fattori di stress cronici può determinare un aumentato rischio di sviluppare problemi di salute psicofisici, mettere in atto stili di vita ed abitudini non salutari. Diventa quindi importante fornire all'assistente familiare così come anche agli operatori della cura, anche le cd. "badanti" la maggiore quantità possibile di informazioni per aumentare la qualità della vita di tutti i soggetti implicati nella relazione di assistenza e cura.

Ecco l'importanza di diffondere il la conoscenza di questo corso gratuito che include contenuti

formativi per caregivers familiari ed operatori assistenziali, basati su quelle che a livello internazionale sono riconosciute come "buone prassi" di assistenza nel trattamento della demenza. Nella promozione dell'utilizzo di questa importante risorsa converrà ricordare che la progettazione e lo sviluppo dei contenuti ha coinvolto sia operatori assistenziali, sia persone con demenza che i loro familiari, al fine di includere il loro punto di vista e stimolare di conseguenza una riflessione su come meglio soddisfare i bisogni delle persone assistite.

BIBLIOGRAFIA

- F. Lucidi e C. Grano, 2015. Il «caregiving» nell'invecchiamento e nella malattia di Alzheimer, in De Beni, Borella (a cura di): Psicologia dell'invecchiamento e della longevità. Ed. Il Mulino, Pandoracampus.
- Osservatorio demenze, Istituto Superiore della Sanità, 2015



Salute e benessere dei lavoratori in sanità. La Relax Room come modello di contrasto allo stress lavoro-correlato

Cinzia De Stefani

Esperta in Diritto del lavoro, Ancona

Riassunto. La patologia muscoloscheletrica è indicata come causa di disabilità nella popolazione ultracinquantenne. Entro il 2030, la depressione diventerà una delle cause di maggiore disabilità nel mondo. Tra le epidemie nel XXI secolo, l'OMS annovera anche lo stress di cui soffre circa il 40% della popolazione mondiale. I lavoratori che saranno maggiormente esposti a fattori o condizioni di rischio del benessere mentale, saranno quelli che operano in sanità e servizi sociali, in mansioni altamente specializzate. Il progetto di ricerca vuole dimostrare che la Relax Room, potrà ridurre i livelli di stress negli ambienti di lavoro. La Relax Room pensata all'interno degli ospedali, migliorerà il benessere dei lavoratori e potrà essere considerata misura di prevenzione e protezione della salute e sicurezza dei lavoratori, con riduzione dei disturbi da stress lavoro correlato, con contenimento dei costi dovuti alle assenze per malattia dei lavoratori.

Parole chiave: lavoratore, stress, salute, sicurezza, recupero, benessere, relax room

Abstract. Musculoskeletal pathology is indicated as a cause of disability in the population aged 50+. By 2030, depression will become one of the major causes of disability in the world. Among the epidemics in the 21st century, the WHO also includes the stress suffered by about 40% of the population world. Workers who will be most exposed to risk of reducing mental well-being will be those working in health and social services and in highly specialized tasks. The project research wants to show that the Relax Room can reduce stress levels in the workplace. The Relax Room designed inside hospitals, will improve the well-being of workers and can be considered measure of prevention and protection of the health and safety of workers, with reduction of stress disorders related to work and the containment of costs of workers' absence due to illness.

Keywords: worker, stress, health, safety, recovery, well-being, relax room

INTRODUZIONE

La salute viene creata e vissuta da tutti nella sfera della quotidianità: l'apprendimento, il lavoro, il gioco, l'amore.

La salute si crea avendo cura di se stessi e degli altri, acquisendo la capacità di prendere decisioni e di assumere il controllo delle circostanze della vita, e facendo in modo che la società in cui si vive consenta la conquista della salute per tutti i suoi membri [...] Impegno, olismo ed ecologia sono temi essenziali per lo sviluppo di strategie per la Promozione della Salute. Per chi se ne occupa il principio ispiratore dovrà dunque essere che, in ogni fase della progettazione, della realizzazione e della valutazione della Promozione della Salute, uomini e donne devono agire insieme su un piano di assoluta parità. (OMS, Carta di Ottawa, 1986)

LO STRESS NEI CONTESTI OCCUPAZIONALI

L'Accordo Europeo del 2004 definisce lo Stress Lavoro-Correlato (SLC), come una "condizione, accompagnata da sofferenze o disfunzioni fisiche, psichiche, psicologiche o sociali, che scaturisce dalla sensazione di non essere in grado di rispondere alle richieste o di non essere all'altezza delle aspettative".

Lo SLC può essere, quindi, definito come la condizione in cui le richieste provenienti dall'ambiente esterno vengono percepite dall'individuo come eccedenti le proprie risorse: i lavoratori avvertono una condizione di stress quando non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro. Lo stress non è una malattia. L'individuo è in grado di sostenere l'esposizione di breve durata a condizioni di stress, che possono anche rivelarsi positive e stimolanti (eustress, stress

buono), ha però maggiori difficoltà a sopportare condizioni di stress che si protraggono nel tempo e che vengono vissute come negative e minacciose in quanto potenzialmente eccedenti le proprie risorse e capacità di farvi fronte (distress, stress cattivo). Inoltre:

- individui diversi possono reagire in maniera differente a situazioni simili: giocano un ruolo fondamentale le variabili individuali
- lo stesso individuo può reagire diversamente a situazioni simili in momenti diversi della propria vita.

Lo SLC sta assumendo grande rilevanza in tutta Europa in quanto:

- potrebbe interessare potenzialmente qualunque lavoratore impegnato in qualsiasi luogo di lavoro, indipendentemente dalle dimensioni dell'azienda, dal settore di attività o dalla tipologia del contratto o del rapporto di lavoro
- è il secondo problema di salute legato al lavoro, dopo i disturbi muscolo-scheletrici
- è oggetto di preoccupazione sia per i Datori di Lavoro (DL) che per i lavoratori: è necessaria un'azione congiunta.

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO DI RICERCA

Il progetto di ricerca dal titolo Salute e benessere dei lavoratori in sanità. La Relax Room come modello di contrasto allo stress lavoro correlato ha superato la selezione al concorso per l'ammissione al Dottorato di ricerca XXXV ciclo, in Lavoro, sviluppo e innovazione dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, per l'anno accademico 2019/2020. Il progetto è stato elaborato per la sua applicazione nelle Aziende Ospedaliere, nell'ambito dell'Organizzazione aziendale, come modalità della pausa di 15-20 minuti durante l'orario di lavoro giornaliero. Secondo la legge (D.lgs 66/2003) ogni lavoratore ha diritto a una pausa di almeno 10 minuti, per recuperare le energie psico-fisiche, consumare il pasto e attenuare il lavoro ripetitivo e monotono, se l'orario giornaliero supera le 6 ore.

Data la natura del lavoro in Sanità (grande coinvolgimento dei professionisti, alta complessità operativa, fattori giuridici/burocratici pressanti, crescita costante d'informatizzazione), l'importanza della task analysis (analisi del compito) e della definizione del carico di lavoro va al di là del suo ruolo di condizione preliminare per l'analisi del lavoro stesso o come strumento di reclutamento. Numerose pubblicazioni in letteratura di settore hanno dimostrato come problematiche legate ai

carichi di lavoro degli operatori sanitari, possano dar vita ad una complessa spirale di criticità per la loro sicurezza e per la comunità in generale. Questi temi riguardano l'organizzazione attuale del lavoro nei sistemi sanitari e sono in grado di impattare pesantemente, a volte in modo dannoso sulla sicurezza e sul benessere dei lavoratori e quindi dei pazienti. Pensiamo all'eccessivo onere di "scartoffie" nel campo sanitario. Studi ne hanno dimostrato l'impatto negativo sul benessere degli operatori sanitari. Il tempo necessario per il lavoro documentale ed amministrativo è in costante aumento, via via che il sistema delle cure diventa sempre più complesso e rappresenta una notevole quantità di tempo-lavoro, ciò va a scapito degli altri aspetti del lavoro medico. Per quanto riguarda l'orario di lavoro e la turnazione, agli operatori si chiede di lavorare in turni prolungati, spesso straordinari, con un conseguente aumento di errori medici gravi e una diminuzione generale di sicurezza dei pazienti. Rispetto all'impatto di alcune condizioni usuranti del lavoro in sanità sulla qualità delle cure, l'Italia ha beneficiato del lavoro del prof. Giovanni Costa, Professore emerito di Strategia d'impresa e Organizzazione aziendale all'Università di Padova e del contributo dei suoi colleghi che hanno svolto numerose ricerche nel corso degli anni definendo chiaramente quali circostanze hanno un'influenza positiva o negativa sulle prestazioni dei lavoratori e il loro benessere. In particolare, hanno sottolineato la connessione tra turni di lavoro, turni di notte, le risorse psicofisiche e qualità della vita degli operatori sanitari. Sempre rispetto alla situazione italiana, in alcuni sistemi di notifica degli incidenti, la più importante causa di eventi avversi percepiti dagli operatori sanitari sono stress occupazionale e sovraccarico di lavoro (40,5%), seguiti da problemi organizzativi. Per i problemi relativi alla dotazione del personale, se questa risulta insufficiente di personale infermieristico ne consegue un pregiudizio sulla qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente. Un migliore staffing è legato ad un decremento dei tassi di mortalità e ad un turnover inferiore. I costi indiretti della rotazione di personale infermieristico potrebbero essere significativi a causa della ridotta produttività iniziale dei nuovi dipendenti e per la diminuzione del morale portata dal frequente cambiamento di persone con cui lavorare, così come succede anche per la presenza di personale temporaneo e per la più lenta trasmissione delle procedure di sicurezza. Questi elementi sono quindi

associati a criticità nella sicurezza dei pazienti, come infezioni dovute all'assistenza sanitaria quali polmoniti e infezioni del tratto urinario dopo interventi di chirurgia maggiore che hanno trovato una correlazione statistica significativa per cui all'aumento di 1 ora di lavoro per infermieri professionisti al giorno è stato associata la diminuzione dell'8,9% nella probabilità di polmonite", con un sensibile risparmio di risorse, dato che, chiaramente, ogni evento avverso del genere comporta un prolungamento del ricovero e conseguente aumento dei costi medici. Anche la fatica può avere conseguenze sia sul piano della sicurezza che della produttività dei lavoratori. Molti incidenti industriali sono stati collegati a lavoratori affaticati. Soprattutto per gli operatori sanitari, lunghi turni e incremento imprevisto dell'operatività, possono portare ad uno stato di costante affaticamento e conseguente rischio per la sicurezza del paziente. Ad esempio, il 41% dei medici in formazione negli Stati Uniti ha indicato la fatica come causa dei loro errori più gravi. Il 31% di questi errori ha comportato anche il decesso del paziente. Alcuni studiosi dell'Ospedale Brigham a Boston hanno condotto un sondaggio in cui 2.737 strutturati nel loro primo anno post-laurea hanno completato 17.003 report mensili, trovando che coloro che lavorano cinque o più turni prolungati hanno segnalato errori di distrazione durante le lezioni, visite, attività cliniche, compresa la chirurgia; segnalando il 300% in più di eventi avversi con esiti fatali, legati ad affaticamento.

BACKGROUND E OBIETTIVI (ILLUSTRARE AMBITO TEORICO, ORIGINI DEL PROBLEMA DI RICERCA E OBIETTIVI DEL PROGETTO)

In occasione del convegno Criticità del lavoro in sanità nelle varie età della vita professionale, svoltosi ad Ancona nel 2017, è stata presentata l'omonima pubblicazione - risultato del dialogo tra medici e infermieri, rappresentanti sindacali, medici del lavoro e personalità del mondo politico - a cui io stessa ho contribuito. Il tema è stato sviluppato nei suoi molteplici aspetti, discutendo del fabbisogno di personale medico nel SSN dal 2016 al 2030, della relazione tra pensionamenti, accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia e formazione post-laurea, come pure degli esiti del blocco del turnover nella categoria infermieristica passando per i risultati dell'Age management e delle politiche di conciliazione famiglia-lavoro. Abbiamo illustrato l'attuale situazione sanitaria, come quella del medico anziano in corsia, del

depotenziamento delle performance in relazione all'anzianità di servizio, dell'invecchiamento degli operatori sanitari, dalla valutazione del loro stato di salute all'idoneità della mansione lavorativa.

Si è visto come gli scenari di prevenzione siano profondamente cambiati e in continua evoluzione. La comunità scientifica internazionale ha posto attenzione sui luoghi di lavoro in cui sono presenti sempre più lavoratori anziani. Se la LE, aumento dell'aspettativa di vita, è migliorata, non accade altrettanto con l'aspettativa di vita in buona salute (HLE) con un gap molto ampio che indica che in media gli ultimi 10 anni di vita vengono trascorsi in condizioni non ottimali, in convivenza con una o più patologie, farmaci e disabilità. Il lavoratore che invecchia presenta modificazioni delle performance psico-fisiche e motorie, con decremento dell'attività muscoloscheletrica, cardiovascolare, respiratoria, mentale, visiva ed uditiva, pur contando su migliori conoscenze, competenze, abilità di problem solving e di pianificazione strategica ed economica, ovvero tutte le risorse necessarie per il buon funzionamento di un'organizzazione lavorativa. La letteratura scientifica indica la patologia muscoloscheletrica del rachide e dell'arto superiore come prima causa di patologia cronica e di disabilità nella popolazione ultracinquantenne, sia in Europa che negli Stati Uniti. Ciò è facilmente comprensibile se si considera che dai 30 agli 80 anni diminuiscono la massa muscolare del 25-30% e la forza muscolare dello 0,5-1% per anno, mentre la potenza muscolare si riduce del 6% ogni decade dall'età di 30 anni. L'EU-OSHA evidenzia che il 27% dei lavoratori dell'Unione europea soffre di lombosciatalgia e il 22 % lamenta dolori muscolari. Trattandosi di una vera e propria epidemia, gli effetti negativi in termini di assenza sul lavoro, di produttività e di costi sanitari in terapie farmacologiche e riabilitative si sono riversati sulle imprese e sulle economie nazionali. Di fronte a questi dati, il problema della prevenzione delle patologie da sovraccarico biomeccanico è stato affrontato dal sistema delle Regioni e delle Province Autonome con l'emanazione di Linee di indirizzo che segnano una svolta formidabile dal punto di vista preventivo perché espressamente orientano alla ricerca di soluzioni, in maniera pragmatica ed operativa. Attualmente tra le malattie più diffuse in Europa e in un prossimo futuro, tra le più diffuse al mondo, l'OMS e l'European Psychiatric Association (EPA) stimano i disturbi mentali. Si contano nel 2017, 180

milioni di casi nel mondo e in Italia, su una popolazione di circa 60 milioni di abitanti, 18 milioni di soggetti con patologia psichiatrica. Dati allarmanti avvertono, entro il 2030, di un drastico aumento di casi di depressione che diventerà una delle cause maggiori di disabilità. Tra le epidemie nel XXI secolo, l'OMS annovera anche lo stress di cui soffre circa il 40% della popolazione mondiale. Parallelamente, l'EU-OSHA stima che nei 27 Paesi dell'Unione 56 milioni di lavoratori (27%) siano esposti a fattori o condizioni di rischio del benessere mentale: senza differenze di genere, prevalentemente nei settori sanità e servizi sociali e in mansioni non manuali altamente specializzate. Riconoscere la salute quale componente fondamentale del capitale umano rende determinanti gli interventi necessari a tutelare la salute organizzativa. Michael Grossman ha introdotto il concetto di salute come "bene capitale", evidenziando come essa risulti determinante per l'efficacia e l'efficienza della risorsa umana nell'attività lavorativa. Lo studio del Fondo Monetario Internazionale sull'invecchiamento della forza lavoro, dimostra l'aumento dei lavoratori di età compresa tra i 55 e i 64 anni, conseguenza, in parte, di un ricambio generazionale che stenta a realizzarsi nel breve periodo e che rischia di comportare una diminuzione della produttività con perdita di circa un terzo della crescita potenziale del nostro paese. L'allarme è legato soprattutto al fatto che la forza lavoro fra i 55 e i 64 anni, secondo lo studio, aumenterà nei prossimi due decenni di circa un terzo, dal 15 al 20% del totale. Il 2,5% dei lavoratori europei riferisce scarse condizioni generali di salute, mentre il 47% dichiara di soffrire di più di due problemi di salute, indicando l'esistenza di uno stretto legame tra la dimensione fisica e quella mentale. Il 60% dei lavoratori che dichiarano di godere di una ottima salute o di buone condizioni di salute è convinto di riuscire a svolgere la stessa attività lavorativa anche all'età di 60 anni, mentre la percentuale diminuisce significativamente tra i lavoratori che non godono di buona salute.

In occasione del convegno, sono state illustrate buone pratiche aziendali quali gli aggiornamenti tecnologici per ridurre l'impegno fisico, miglioramenti strutturali, adeguatezza numerica del personale, miglioramento della organizzazione, politiche per il benessere personale del lavoratore. Le politiche a favore dei dipendenti non solo aumentano la produttività ma riducono anche l'assenteismo. L'obiettivo del progetto è fornire altre soluzioni

per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori della sanità considerato il prolungamento della permanenza al lavoro dovuto alla riforma delle pensioni. Questi lavoratori devono affrontare giornalmente situazioni di stress nell'esercizio delle loro funzioni a causa delle patologie sofferte, dovute all'invecchiamento. E' necessario attivarsi anche nei confronti dei giovani operatori che si affacciano al mondo del lavoro in un momento di forti cambiamenti socioeconomici e ai quali viene richiesta una maggiore flessibilità organizzativa quando spesso sono penalizzati, non potendo contare sull'aiuto dei propri familiari, perché lontani dal posto di lavoro, con turni a volte insostenibili, in mancanza di politiche attive che possano favorire i tempi di conciliazione vita-lavoro.

Il fine del progetto è anche quello di dimostrare che esiste la possibilità di arrivare a una riduzione dei livelli di stress lavoro correlato degli operatori della sanità anche mediante la creazione di cosiddette Oasis Room, o Recharge Room, ovvero stanze aperte all'intero staff ospedaliero. Questi spazi possono essere progettati sfruttando ambienti dell'ospedale inutilizzati e adeguatamente riconvertiti, come vecchi uffici o ambulatori, trasformati in luoghi dove medici, infermieri e altro personale sanitario possono ricaricarsi. Per le strutture sanitarie ancora in pianificazione o in via di riqualificazione esiste invece la possibilità di pensare e includere spazi di questo tipo già in fase progettuale, come dimostra l'esperienza del St. Anthony Central Hospital di Denver, Colorado. Quando stava progettando di allargarsi con una nuova sede da 222 posti letto a Lakewood Colorado, l'azienda ha scelto volontariamente di inserire non una ma ben sette stanze relax. Le Oasis Room sono progettate da professionisti e aperte allo staff di ogni reparto. Sono cioè il prodotto di un'architettura e un design d'interni pensati appositamente per la sanità.

Alcuni ospedali considerati eccellenze dell'healthcare design, pur essendo dotati di bellissimi spazi, incluse alcune mense, non presentano ancora ambienti di questo genere.

Le Oasis Room si estendono generalmente dai 20 ai 40 mq e sono in grado di offrire luci regolabili, cromoterapia, arredi ergonomici e musica, come dimostra il progetto di Ken Bowman, interior designer dell'ESA. La realizzazione di queste Oasis Room, che rinomineremo Relax Room dovrà coinvolgere i vertici dell'ospedale; occorrerà pertanto lavorare su ogni Unità Operativa con i dirigenti

ospedalieri e i loro team. Qualsiasi spazio ospedaliero inutilizzato può essere infatti riconvertito in un'area dedicata al benessere dei dipendenti. A sostegno della tesi fin qui avanzata, citeremo il caso del CTCA (Cancer Treatment Center of America): Jillianne Shriver, infermiera presso la struttura, ebbe l'idea di ricavare da un ripostiglio una Renewal Room, ovvero una stanza del relax in cui ogni infermiere potesse prendersi una pausa e trovare qualche minuto per sé. Ora, nella stessa struttura ospedaliera esistono diverse stanze di questo tipo, e sono tutte dotate di poltrone massaggianti, musica, libri, aromaterapia, spazio per le sedute di yoga e massoterapia. Le infermiere possono passare nella stanza fino a un quarto d'ora e l'iniziativa si è rivelata da subito un successo. Per dimostrare l'effetto positivo dell'esperimento, al CTCA sono stati raccolti dati su scala Likert, registrando i livelli di stress percepiti dal personale sanitario prima di entrare nella stanza e dopo averne usufruito: il 96% dei lavoratori ha riferito che il livello percepito di stress è diminuito dopo aver utilizzato la stanza, e in 3 mesi questo spazio ha registrato oltre 422 presenze. Appare chiaro, quindi, che misure di questo tipo sono sempre più indispensabili all'interno delle strutture ospedaliere al fine di contrastare le possibili ripercussioni sul piano psico-fisico dovute alle condizioni di lavoro usuranti.

INDIRIZZO METODOLOGICO E FASI DI LAVORO (SPECIFICARE EVENTUALI COMPETENZE ANALITICHE UTILIZZATE -AD ESEMPIO: SOFTWARE STATISTICI, STRUMENTI INFORMATICI O BANCHE DATI-LEGATE ALLE ATTIVITÀ DI RICERCA).

La prima fase del lavoro sarà volta a raccogliere dati sui livelli di stress percepiti dal personale di un campione di aziende sanitarie mediante l'uso di questionari online. L'intervistato compilerà in completa autonomia, sul proprio computer, un questionario ricevuto via email o scaricato via web anche mediante uso del tablet o smartphone. La raccolta dati che verrà svolta con metodologie di ricerca qualitativa e quantitativa verrà rielaborata con una piattaforma web per l'integrazione e l'analisi dei Big Data nella ricerca clinica, sul modello di data integration MOMIS realizzata da DataRiver, azienda nata come spin-off dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia che con l'ateneo ha già collaborato a progetti di ricerca clinica come Registro Italiano FSHD-MIOGEN LAB. Le soluzioni offerte dalla PMI DATA RIVER spinoff dell'Unimore, si basano sul sistema MOMIS e

consentono di ottenere una visione chiara ed immediata dei dati aziendali. L'analisi dei BIG DATA (BIG DATA INTEGRATION AND ANALYTICS) permette alle aziende di comprendere i propri dati per migliorare i processi decisionali. Durante questa prima fase si cercherà anche di proporre ai dirigenti sanitari la sperimentazione del modello Relax Room cercando di illustrare l'analisi costi-benefici. La raccolta dati mirerà anche ad indagare sulle condizioni di salute degli operatori in sanità in modo da produrre due indicatori uno di salute fisica e uno di salute emotivo mentale prendendo in esame anche il ricorso ai servizi sanitari. In questa fase del lavoro sarà importante evidenziare attraverso la rielaborazione dei dati, la percezione della salute in una prospettiva di genere oltre che demografica. Il questionario sullo stato di salute interesserà un campione di operatori sanitari di età compresa tra i 30 e i 65 anni tra personale medico e paramedico di alcune aziende sanitarie che potrebbero essere l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena o il Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna con il quale Unimore ha già collaborato al progetto di qualificazione sanitaria.

Andremo ad inserire alcune componenti di salute per ciascuna delle quali verrà prodotto un punteggio da 0 a 10:

- attività fisica
- dolore fisico
- salute generale
- vitalità
- attività sociali
- ruolo emotivo
- salute mentale

La seconda fase del progetto riguarderà la sperimentazione del prototipo della Relax Room, con la quale si vorrà dimostrare che esiste la possibilità di arrivare a una riduzione dei livelli di stress degli operatori della sanità anche mediante la creazione di cosiddette Oasis Room, o Recharge Room che rinomineremo Relax Room, ovvero stanze aperte (disponibili) all'intero staff ospedaliero. Questi spazi, già sperimentati negli Stati Uniti, come dimostra l'esperienza del St. Anthony Central Hospital di Denver in Colorado o il Centro del Trattamento del Cancro in Florida, possono essere progettati sfruttando ambienti dell'ospedale inutilizzati e adeguatamente riconvertiti, come vecchi uffici o ambulatori, trasformati in luoghi dove medici, infermieri e altro personale sanitario possono ricaricarsi. Queste stanze vanno dai 20 ai 40 mq e sono pensate per offrire momenti di relax, dotate ad esempio di luci regolabili, aromaterapia, arredi ergonomici, musica, libri,

poltrone massaggianti, un vero e proprio spazio anche per praticare yoga o massoterapia. Si possono pensare facendo riferimento a progetti dell'healthcare design come ad esempio quello di Ken Bowman interior design dell'Esa. Per le strutture sanitarie ancora in pianificazione o in via di riqualificazione esiste invece la possibilità di pensare e includere spazi di questo tipo già in fase progettuale.

Per la realizzazione si potrà fare riferimento a lavori svolti da imprese che operano nel healthcare design come ad esempio il gruppo Design Thinking Innovation in Healthcare che si interessa di design di processi a supporto della qualificazione sanitaria che ha già collaborato al progetto di qualificazione sanitaria del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, con il Dipartimento di Scienze e Metodi dell'Ingegneria, dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Nella terza fase verranno integrati i dati sui livelli di stress del personale sanitario, dopo l'uso del prototipo di Relax Room. In questo caso la raccolta dati sarà di tipo qualitativo anche perché il prototipo verrà sperimentato da un gruppo più ristretto di personale.

Il progetto vuole dimostrare che con costi ridotti si possono trovare soluzioni per ridurre i livelli di disturbo da stress lavoro correlato del personale sanitario con miglioramento delle condizioni di salute psicofisica degli operatori. Questa sperimentazione può essere considerata uno strumento di prevenzione di alcune patologie quali la depressione che dai dati della comunità scientifica internazionale, entro il 2030 diventerà una delle maggiori cause di disabilità. La Relax Room si rivela, in questo senso, una soluzione concreta per la riduzione dei fattori e delle condizioni di rischio del benessere mentale dei lavoratori in sanità e nello stesso tempo come possibile intervento di prevenzione e controllo del burnout e delle patologie muscoloscheletriche, a garanzia degli standard di qualità dei servizi resi all'utenza.

IL BURNOUT

E' un fattore conosciuto e studiato fin dagli anni '70, è una delle possibili manifestazioni dello stress lavorativo, è lo stato psico-fisiologico chiamato Sindrome di "Burnout".

Questo termine indica una condizione di disagio rilevata tra lavoratori impegnati nelle cosiddette professioni di aiuto, specialmente nell'area socio-sanitaria. Diversi studi documentano gli alti livelli di stress lavorativo nei servizi ospedalieri. Alcuni studiosi hanno trattato il fenomeno burnout, considerando i rapporti del

lavoratore con l'equipe in cui è inserito, con i colleghi e con la struttura organizzativa. Cherniss (1980) propone un modello di processo del burnout, inteso come risposta di disimpegno allo stress lavorativo, distinto in tre fasi: dello stress lavorativo, dell'esaurimento e della conclusione difensiva.

La prima fase è caratterizzata da uno squilibrio tra le risorse disponibili non sufficienti a rispondere in modo adeguato ai propri obiettivi e le richieste che provengono dalla struttura organizzativa o dall'utente.

Nella seconda fase si ha una risposta emotiva a questo squilibrio che si esprime sotto forma di tensione emotiva, ansia, irritabilità, fatica, noia, disinteresse, apatia, dove l'ambiente lavorativo viene vissuto come logorante e l'attenzione viene deviata verso gli aspetti più tecnici e burocratici, piuttosto che clinici. Il soggetto si trova in una condizione di allarme e di continua tensione che, se non adeguatamente gestita, conduce alla disillusione e frammentazione dei propri ideali professionali, con conseguente incapacità a riprogrammare l'attività in funzione delle risorse disponibili.

Infine, nella fase della conclusione difensiva si hanno cambiamenti nell'atteggiamento quali disinvestimento emotivo, rigidità comportamentale, cinismo, aventi come fine quello di limitare per quanto possibile i danni fisici e psichici che inevitabilmente ne derivano, nella speranza di riuscire a sopravvivere nella professione.

Cherniss nel suo libro "La sindrome del burnout" presenta una lista delle manifestazioni fisiche e comportamentali che potrebbero essere riscontrate in un ipotetico operatore in burnout. Segni e sintomi del burnout negli operatori socio-sanitari

- alta resistenza ad andare ogni giorno al lavoro
- alto assenteismo
- sensazione di fallimento
- senso di colpa e disistima
- senso di stanchezza
- insonnia
- irritabilità
- negativismo
- rimandare i contatti con gli utenti
- guardare frequentemente l'orologio
- sospetto e paranoia
- eccessivo uso di farmaci, tabacco e alcool
- frequenti mal di testa e disturbi gastrointestinali
- conflitti coniugali e familiari
- notevole affaticamento dopo il lavoro
- rigidità di pensiero e resistenza al

cambiamento

- perdita di disponibilità e di sentimenti positivi verso l'utente
- isolamento e ritiro dal lavoro
- evitare a tutti i costi discussioni con i colleghi di lavoro
- preoccupazione per sé
- frequenti mal di schiena
- tensione muscolare al collo
- frequenti raffreddori e influenze

In un servizio dove si riscontra e viene percepito da parte degli operatori un alto livello di stress lavorativo si hanno effetti negativi come assenteismo, eccessivo turnover, maggior spreco di materiali, maggiori infortuni sul lavoro, maggiori costi, comunicazione distorta, sfiducia, diffidenza, rifiuto della responsabilità. Altri autori come descrivono il burnout come una progressiva perdita di idealismo, energia e scopi, vissuta da operatori sociali, professionali e non, come risultato della condizione in cui lavorano. Essi hanno ipotizzato quattro stadi per definire il processo tipico del burnout: l'idealismo, la stagnazione, la frustrazione ed l'apatia. Nello stadio dell'idealismo e dell'entusiasmo i lavoratori canalizzano il proprio intero potenziale e dedicano molto tempo e risorse sul lavoro.

Nel successivo stadio ossia quello della stagnazione, il lavoratore realizza che il lavoro non soddisfa pienamente le proprie aspettative e bisogni. Progressivamente, le solite preoccupazioni iniziano a diventare problemi, quali i tempi di lavoro, la carriera, il salario.

Se le problematiche emergenti in questa fase sono affrontate con lucidità e coraggio è possibile che questo stadio venga superato senza troppi danni, soprattutto in un ambiente di lavoro aperto e creativo in cui ci sia solidarietà tra colleghi. In caso contrario si passa allo stadio successivo.

Nello stadio della frustrazione la persona si domanda se vale la pena svolgere il proprio compito sotto stress cronico e senza il riconoscimento degli altri. Essenzialmente, questo stadio è transizionale perché in genere i lavoratori decidono se continuare a lavorare modificando il proprio comportamento e le condizioni di lavoro, che causano stress, o separarsi dal posto di lavoro, adottando un atteggiamento di indifferenza o alienazione.

Infine nello stadio dell'apatia che può essere definito quello del burnout vero e proprio, il lavoratore prova una forma di noia e disgusto verso quasi tutti gli aspetti che caratterizzano il suo lavoro, ha un progressivo disimpegno emozionale e sparisce in lui completamente il

desiderio di aiutare gli altri.

Harrison (1983) ha proposto un modello basato sulla competenza sociale, cioè su come un operatore si sente capace di interagire e influenzare l'ambiente sociale e su come percepisce la propria capacità di intervenire in situazioni di aiuto.

Intervenire efficacemente comporta un aumento di motivazione, mentre la stessa decresce fino ad annullarsi, quando l'intervento viene percepito come inefficace.

I fattori che concorrono a definire il senso di competenza, secondo l'autore, sono riconducibili sia alla sfera soggettiva dell'operatore, e quindi alle sue capacità professionali e comunicative, sia all'oggettività della situazione come ad esempio le risorse ambientali disponibili, l'entità dei problemi che l'utente pone, la cronicità della malattia, etc.

Il senso di competenza si sviluppa in condizioni ottimali quando l'operatore è in grado di collegare i risultati ottenuti alla propria azione.

FATTORI DI RISCHIO DEL BURNOUT

Anche se gli studiosi del fenomeno nel ricercare i fattori di rischio si sono divisi nel passato tra coloro i quali sottolineavano l'importanza delle condizioni ambientali e quelli che invece mettevano soprattutto in evidenza i fattori individuali, negli ultimi anni è emersa una linea teorica unica che vede la sindrome del burnout come un fenomeno multidimensionale dove entrano in gioco diversi fattori (individuali, socio-ambientali, economici, politici, storici, organizzativi), che si intrecciano tra di loro in maniera complessa.

CONCLUSIONI

L'obiettivo del progetto è fornire soluzioni per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori della sanità.

Quelli più anziani dovranno permanere più tempo in servizio per l'innalzamento della soglia di accesso ai trattamenti pensionistici previsto dalla riforma Fornero. Essi si trovano giornalmente ad affrontare situazioni stressanti, pensiamo al rischio clinico nella pratica professionale, alla carenza di personale per una non corretta previsione del fabbisogno, alle patologie sofferte dovute all'invecchiamento, in assenza di ausili tecnologici che possano ridurre l'impegno fisico e anche per mancanza di misure che possano favorire il loro benessere mentale.

Per contro abbiamo i giovani operatori che entrano nel mondo del lavoro in un momento di grandi cambiamenti socioeconomici, ai quali

viene richiesta una maggiore flessibilità organizzativa quando invece spesso sono penalizzati, non potendo contare sull'aiuto dei propri familiari, perché lontani dal posto di lavoro, con turni a volte insostenibili, in mancanza di politiche attive che possano favorire i tempi di conciliazione vita-lavoro.

- La comunità scientifica indica la patologia muscoloscheletrica come prima causa di disabilità nella popolazione ultracinquantenne
- la depressione diventerà una delle cause di maggiore disabilità nel mondo entro il 2030
- tra le epidemie nel XXI l'OMS annovera secolo anche lo stress di cui soffre circa il 40% della popolazione mondiale.

I lavoratori che saranno maggiormente esposti a fattori o condizioni di rischio del benessere mentale, saranno quelli che operano in sanità e servizi sociali, in mansioni altamente specializzate.

Il progetto vuole dimostrare che le politiche attive volte a favorire il benessere psicofisico degli operatori della sanità aumentano la produttività aziendale, riducono il tasso di assenteismo (indicatore del personale) e migliorano la performance organizzativa e il servizio reso all'utenza nel rispetto degli standard di qualità dei servizi.

La Relax Room, si rivela, in questo senso, una soluzione concreta per la riduzione dei fattori e delle condizioni di rischio del benessere fisico e mentale dei lavoratori in sanità e nello stesso tempo come possibile strategia di prevenzione e controllo dello stress e delle patologie muscoloscheletriche, a garanzia degli standard di qualità dei servizi resi all'utenza.

Attualmente in Italia, nelle strutture ospedaliere, non sono presenti appositi spazi interni dedicati al benessere dei lavoratori sanitari mentre sono stati pensati luoghi destinati al benessere dei pazienti, come ad esempio la Sala del Risveglio o Recovery Room per degenti che si stanno riprendendo dall'anestesia o ancora anestetizzati oppure la Delirium Room dedicata al paziente anziano con demenza complicata da disturbi del comportamento o la stanza/area di ricovero denominata Admission Room, esterna al Pronto Soccorso dedicata ai pazienti in attesa di ricovero o la Discharge Room, un'area a disposizione del paziente che attende la dimissione o ancora la Family Room, un'area situata all'interno del padiglione medico pediatrico, dedicato alle famiglie con figli impegnati nelle cure ospedaliere, un luogo accogliente dove poter riposare, conversare

con altre mamme e papà e darsi sostegno a vicenda. Tutto ciò è stato pensato dalle aziende ospedaliere, nell'ottica del miglioramento del servizio offerto all'utenza mentre ancora non si è ritenuto di dover intervenire nei confronti degli operatori che espletano quotidianamente la propria funzione assistenziale, creando per loro un luogo dove potersi ricaricare e rigenerare, promuovendo, attraverso l'adozione di buone pratiche, la salute e il benessere dei lavoratori nei luoghi di lavoro.

PROMOZIONE DELLA SALUTE SUL LUOGO DI LAVORO

Il concetto di Promozione della Salute nei contesti occupazionali (Workplace Health Promotion o WHP) presuppone che un'azienda non solo attui tutte le misure per prevenire infortuni e malattie professionali ma si impegni anche ad offrire ai propri lavoratori opportunità per migliorare la loro salute, riducendo i fattori di rischio generali e in particolare quelli maggiormente implicati nella genesi delle malattie croniche. La promozione della salute sul lavoro si riferisce a qualsiasi azione intrapresa dai datori di lavoro e dai lavoratori nonché a livello di società, per migliorare la salute ed il benessere sul posto di lavoro. L'Azienda che promuove la salute è più competitiva e produttiva. Il miglioramento della qualità di vita dei lavoratori ha sicuramente degli effetti positivi per le aziende e per la società, quali la riduzione delle malattie e dell'assenteismo, una maggiore motivazione e soddisfazione dei dipendenti, un aumento della produttività, un incremento della competitività, la riduzione dei costi della sanità pubblica ed una migliore razionalizzazione delle risorse.

APPROFONDIMENTI

Si ringrazia del contributo per la traduzione, la Dr.ssa Cecilia Monina, dell'Université Paris-Sorbonne (Paris IV).

Dalla rivista Healthcare design - dicembre 2010 «Respite for staff» - Per il riposo del personale Le sale dedicate allo staff non sono certo una novità. Quelle riservate ai medici sono un servizio garantito da tempo immemorabile, e non è inusuale sentir parlare di "spazi riconvertiti" all'interno delle strutture ospedaliere, come vecchi uffici o ambulatori trasformati in aree dove infermieri e altri membri del personale possono prendersi un momento di pausa e riposare. Il St. Anthony Central Hospital a Denver, Colorado, è tra questi. Circa dieci anni fa, alcune infermiere

del St. Anthony che stavano frequentando un corso di medicina olistica, chiesero il permesso di convertire una sala pre-operatoria in un'area relax, con murales, musica di sottofondo, sedie a dondolo e illuminazione soffusa - un luogo in cui rilassarsi per 15 o 20 minuti e staccare dalle forti pressioni lavorative.

“Ci sono stata molte volte negli anni” dice Tracy Jose, direttrice dell'assistenza sanitaria integrativa dell'ospedale, “e ogni volta che apro la porta e metto piede nella stanza, quasi dimentico di essere in un ospedale. Le infermiere mi hanno sempre raccontato di come anche solo qualche minuto in questa stanza, durante un turno impegnativo e frenetico, le aiuti ad abbassare i livelli di stress e a rigenerarsi. Un enorme stimolo in pochi minuti.

Ma ecco dove la storia prende una piega interessante. Quando il St. Anthony stava progettando di allargarsi, con una nuova sede da 222 posti letto a Lakewood Colorado, l'azienda ha scelto volontariamente di includere non una ma ben sette stanze relax. Queste stanze, chiamate Oasis Rooms, sono progettate da professionisti e aperte allo staff di ogni reparto. Sono cioè il prodotto di un'architettura e un design d'interni pensati appositamente per la sanità - in questo caso, più specificamente, dai designer della Earl Swensson Associates (ESa) di Nashville, Tennessee. “È piuttosto insolito progettare spazi di questo tipo” - ha detto Sam Burnette, responsabile dell'ESa - “Abbiamo girato almeno dieci ospedali del paese considerati eccellenze dell'healthcare design prima di farci un'idea per questa struttura, e nonostante i bellissimi spazi, incluse alcune mense, non abbiamo trovato nulla di simile”.

“Ogni Oasis Room, che si estende dai 20 ai 40 mq, è in grado di offrire quadri retroilluminati, luci regolabili, cromoterapia, arredi ergonomici e musica” ha detto Ken Bowman, interior designer dell'ESa. Sia Bowman che Burnette hanno sottolineato come sia stato necessario un impegno da parte dei vertici dell'ospedale St. Anthony affinché tutto questo si potesse realizzare. “Abbiamo lavorato coi dirigenti e i loro team su ogni reparto, così da stabilire un calendario per l'utilizzo dei servizi, come ad esempio la massoterapia. E siamo arrivati a capire che molte persone non volevano utilizzare questi spazi per fare chiamate, o lavorare al computer, guardare la tv o mangiare. Volevano che fossero differenti, delle oasi in cui ritrovare la calma.

Le stanze sono aperte all'intero staff ospedaliero, non soltanto a medici e infermieri,

ma anche a OSS, impiegati, tecnici di laboratorio, assistenti sociali, soccorritori, ecc. (For more information, visit Earl Swensson Associates's Web site at www.esarch.com or St. Anthony Central Hospital's Web site at www.stanthonycentral.org. Healthcare Design 2010 December;10(12):34-36)

Dalla rivista online “Healthcare Business & Technology” - 13 giugno 2013

«Gli ospedali diventano creativi per ridurre lo stress dei lavoratori e il rischio di burnout»

Gli ospedali del paese hanno trovato alcune soluzioni per ridurre i livelli di stress e contrastare il rischio di burnout dei lavoratori - alcune delle quali a costi piuttosto ridotti.

Diversi ospedali hanno registrato alti tassi di burnout tra i lavoratori, e contrastare questo problema è fondamentale per garantire un servizio migliore al paziente. Basti pensare che alcuni studi hanno provato una correlazione tra il burnout e un più alto rischio di infezioni e la possibilità di peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti.

Alcuni ospedali hanno già preso precauzioni, garantendo ai propri lavoratori la possibilità di fare delle pause in orario lavorativo, ma altri hanno fatto un passo avanti. Un articolo del Washington Post ha raccontato gli sforzi che alcuni ospedali hanno fatto per far sì che l'ambiente di lavoro diventasse meno stressante per medici e infermieri:

Il Lombardi Comprehensive Cancer Center della Georgetown University, ad esempio, ha attivato dei corsi di arti e discipline umanistiche per i dipendenti, che possono dedicarsi ad attività come ceramica, pittura o scrittura creativa. La possibilità di esprimere il proprio lato creativo permette al dipendente di prendersi un momento di pausa e recuperare le energie.

Un altro ospedale ha avviato dei corsi di cucito, grazie alla collaborazione dell'ente no profit Project Knitwell. L'attività è servita sia come antistress che come esercizio di team building, facendo sì che lo staff ospedaliero lavorasse insieme acquisendo nuove competenze.

Il Gilchrist Hospice Care di Baltimora, invece, ha messo a disposizione dei dipendenti alcune lezioni di meditazione (della durata di due ore), al fine di imparare le tecniche di rilassamento da applicare nei giorni più frenetici.

Programmi simili possono essere adottati anche da altre strutture a costi contenuti. Molti degli ospedali citati sono stati in grado di garantire questi servizi anche grazie all'aiuto di volontari, con l'appoggio di comunità locali o ex pazienti

riconoscenti alle strutture.

Anche allestire aree relax per lo staff non richiede eccessivi investimenti. All'HUP, l'area relax è stata creata utilizzando uno spazio che in precedenza aveva ospitato il reparto di radiologia. Qualsiasi spazio ospedaliero inutilizzato può essere infatti riconvertito in un'area dedicata al benessere dei dipendenti.

Dalla rivista online "Oncology Nursing News", 11 aprile. 2016

«Molto più di una stanza relax: un'oasi in cui ricaricarsi e recuperare energie»

Tutto è partito dall'idea di un'infermiera, e da un ripostiglio. Un'idea semplice che è cresciuta, dando vita a una "renewal room" per ogni piano del CTCA (Cancer Treatment Center of America). Una stanza in cui ogni infermiere può rilassarsi, prendersi una pausa e trovare qualche minuto per sé. L'ideatrice si chiama Jillianne Shriver, un'infermiera che, dopo aver seguito un corso di medicina olistica, ha chiesto all'azienda ospedaliera uno spazio interno alla struttura in cui poter condividere coi propri colleghi quello che aveva imparato circa i benefici della cura di sé e dell'auto-responsabilità. Nonostante le reticenze iniziali, Shriver è riuscita a trovare un ripostiglio abbastanza spazioso da poter essere ripensato come "renewal room", ovvero stanza del relax.

Ora, nella stessa struttura ospedaliera, esistono diverse stanze di questo tipo, e sono tutte dotate di poltrone massaggianti, musica, aromaterapia, spazio per le sedute di yoga e biblioteche.

Le infermiere possono passare nella stanza fino a un quarto d'ora e l'iniziativa si è rivelata da subito un successo. Shriver ha iniziato a raccogliere dati su scala Likert, registrando i livelli di stress percepiti dai colleghi prima di entrare nella stanza e dopo averla lasciata: il 96% degli infermieri ha riferito che il livello percepito di stress è diminuito dopo aver usufruito della stanza, e in 3 mesi la stanza è stata utilizzata più di 422 volte.

BIBLIOGRAFIA

- Aiyar S., Ebeke C. Shao X. IMF Working Paper European Department The Impact of Workforce Aging on European Productivity-Prepared, December 2016
- Bottazzi M. Problematiche di salute e sicurezza legate all'invecchiamento della popolazione lavorativa in Notiziario Inca n. 1/2015 Quaderni di Medicina Legale del Lavoro Il lavoratore anziano Idoneità, usura, vecchiaia anticipata
- Cergas Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale del SSN, Università Bocconi, Milano, 2015
- Checcucci P. L'invecchiamento attivo nelle grandi imprese Isfol notizie Anno VI, N. 1/2 2016.
- Commissione europea Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni relativa ad un quadro strategico dell'UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020, Bruxelles, 2014
- De Rosa E., Tibaldi M. Partecipazione al lavoro, invecchiamento attivo e transizione verso la pensione della popolazione over 50
- Fraccaroni F, Balducci C. Stress e rischi psicosociali nelle organizzazioni. Valutare e controllare i fattori dello stress lavorativo, Bologna: Il Mulino, 2011
- Ilmarinen J. JIC Ltd, Centro di ricerca gerontologica dell'Università di Jyväskylä, Istituto finlandese per la salute sul lavoro Promuovere l'invecchiamento attivo sul luogo di lavoro
- Inail La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato. Manuale ad uso delle aziende in attuazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i. Tipolitografia Inail - Milano, 2017
- Inail Relazione annuale 2017 del Presidente. Roma, 2018
- Inail Carichi di lavoro e sicurezza degli operatori sanitari - Benessere di medici e infermieri, performance e conseguenze sulla sicurezza dei pazienti, 2017
- Inail Valutazione e gestione del rischio Stress Lavoro-Correlato nelle aziende, 2015
- Isfol L'age management nelle grandi imprese italiane. I risultati di un'indagine qualitativa, 2015
- Mercante O. Criticità del lavoro in sanità nelle varie età della vita professionale, 2017 Italic, Ancona
- Mercante O. Asili nido negli ospedali: una sfida per la Regione Marche, 2016 Italic, Ancona
- Minelli E. Reborà G. Il valore della differenza. Le politiche di age management alla prova delle esperienze aziendali, Università Carlo Cattaneo-LIUC di Castellana
- Ministero della Salute. Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018
- Romano G.A. La sindrome del burnout nelle helping professions nel paradigma Biopsicosociale

Obblighi formativi del personale sanitario: percorso e sanzioni

Alice Mercante¹, Elisa Mercante²

¹Giurista, Abilitata alla professione forense - Ancona; ²Medico Chirurgo - Ancona

Riassunto. La qualità e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale è in gran parte influenzata dal fattore umano che lo rende realizzabile. Il ruolo della formazione, della crescita, dello sviluppo e dell'aumento delle competenze dei professionisti sanitari diventa fondamentale. L'Educazione Continua in Medicina obbliga, dal 2002, tutti i professionisti sanitari ad acquisire un numero di crediti pari a quanto stabilito dalla CNFC, partecipando ad attività di formazione, al fine di migliorare competenze, conoscenze e capacità degli operatori sanitari per garantire una prestazione sanitaria di elevata qualità. Ogni professionista sanitario ha, quindi, il diritto ed il dovere (normativo e deontologico) di provvedere alla sua formazione e deve essere conscio di poter incorrere in sanzioni nel momento in cui tale obbligo non viene soddisfatto.

Parole chiave: aggiornamento professionale, formazione continua, educazione continua, crediti formativi, professionisti sanitari

Abstract. The quality and efficiency of the National Health Service is largely influenced by the human factor that makes it possible. The role of education, growth, development and increasing the skills of healthcare professionals becomes fundamental. The system called "Continuous Education in Medicine" obliges all healthcare professionals to acquire a number of credits equal to that established by the CNFC, since 2002, participating in training activities, in order to improve the skills, knowledge and abilities of health workers to guarantee a performance high quality health care. Every healthcare professional has the right and duty (normative and deontological) to provide for his training and must be aware of incurring sanctions or penalties when this obligation is not met.

Keywords: professional updating continuing training, continuing education, training credits, healthcare professionals

FONDAMENTA DEL SISTEMA ECM

La salute è un valore e diritto fondamentale del cittadino ed interesse della collettività, tutelato in primis dalla Costituzione Italiana (art. 32 Cost.).

Appare necessario, quindi, porre l'attenzione sulla qualità del servizio sanitario e sul fattore umano che lo rende realizzabile. Decisivo diviene il ruolo della formazione come strumento attivo di crescita e di sviluppo, di aggiornamento e di competenza dei professionisti sanitari: queste specificità sono alla base della nascita dei programmi di Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è l'attuale sistema che consente un aggiornamento costante e continuo dei professionisti sanitari

finalizzato a garantire prestazioni professionali di elevata qualità nel settore sanitario.

La formazione professionale continua è, infatti, lo strumento necessario per l'erogazione di prestazioni sanitarie conformi alle più moderne conoscenze scientifiche e tecnologiche finalizzato al miglioramento qualitativo dell'assistenza prestata dai professionisti sanitari. Utilizzare le migliori e innovative pratiche consente di fornire ai pazienti la cura e l'assistenza più idonea, coerente e migliore possibile.

Tale strumento mira a garantire una migliore professionalità degli operatori del sistema sanitario; anche lo sviluppo professionale è un diritto costituzionalmente tutelato: l'art.35 Cost. dispone che la Repubblica "cura la formazione e l'elevazione professionale dei lavoratori".

Il sistema ECM mira in particolar modo a garantire e promuovere, erogando conoscenze innovative, adeguate ai repentini mutamenti sociali e scientifici, una consapevole attività professionale per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale.

Una gestione così organizzata garantisce da un lato una prestazione sanitaria efficace ed efficiente, dall'altro offre l'occasione per l'aggiornamento dei vari professionisti, permettendo una maggiore soddisfazione di tutti gli operatori coinvolti nel processo.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA ECM

Che cos'è e come è organizzato il sistema ECM? Quali sono i professionisti per i quali è obbligatoria la formazione continua?

Il sistema di Educazione Continua in Medicina è stato introdotto in Italia in base al d.lgs. 502/1992 integrato dal d.lgs. 229/1999 che hanno istituito l'obbligo della formazione continua dal 2002.

La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate.

Specificatamente con formazione continua si intende, come spiegato dall'art.16 bis del d.lgs. 229/1999, sia l'aggiornamento professionale che la formazione permanente: *“L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale (...)”*.

L'obbligatorietà e l'importanza di tale formazione è disposta dall'art. 16 quater del d.lgs. 229/1999 che testualmente prevede che *“La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale (...)”* in qualità di dipendente o libero professionista.

Per completezza è necessario precisare che l'obbligatorietà della formazione continua è altresì disposta dai singoli codici deontologici

dei professionisti sanitari che prevedono disposizioni relative a tali imposizioni. Essere un buon professionista della sanità significa prendersi cura dei propri pazienti avvalendosi di conoscenze, capacità e competenze aggiornate al fine di offrire una assistenza utile e di qualità.

La normativa relativa al sistema ECM, dettata dal d.lgs. 502/1992, d.lgs. 229/1999 s.m.i. e integrata con Manuali, Delibere e Accordi Stato-Regioni, racchiude le disposizioni relative all'organizzazione e al controllo delle attività formative.

In particolare si individua nella Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) l'organo direttivo del sistema ECM che, fra gli altri compiti, definisce gli obiettivi formativi nazionali, stabilisce le norme sui crediti formativi e fissa i criteri e le procedure per l'accreditamento dei provider (art. 16 ter del d.lgs. 229/1999).

La gestione amministrativa del programma ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione continua, in precedenza di competenza del Ministero della Salute, con la legge 244/2007 sono stati trasferiti all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Age.na.s.) che attualmente è il punto di riferimento nazionale (“casa comune”).

La CNFC, inoltre, si avvale di numerosi organi ausiliari, di controllo e di consulenza (Osservatorio Nazionale, Comitato di garanzia, Consulta Nazionale etc.) al fine di valutare la qualità dei contenuti degli eventi formativi, l'indipendenza dei contenuti formativi di eventi con interessi commerciali e in generale per controllare e richiedere pareri e consulenze.

Organo fondamentale di governance, istituito nel 2003, è il Consorzio Gestione Anagrafiche delle Professioni Sanitarie (CoGeAPS). È un consorzio che gestisce l'anagrafe nazionale delle partecipazioni e dei crediti ECM di ogni professionista sanitario, raccogliendo dai provider (sia accreditati a livello nazionale che regionale) i report delle partecipazioni ECM. Il CoGeAPS, quindi, detiene e riunisce tutti i crediti ECM di ogni singolo professionista sanitario.

Sono però i Provider gli unici soggetti autorizzati dalla legge ad erogare formazione valida per il programma ECM. Il provider è il soggetto attivo nel campo della formazione continua in sanità abilitato a realizzare attività formative per l'ECM e ad assegnare direttamente i relativi crediti ECM ai partecipanti. Ogni provider deve ottenere l'accREDITAMENTO da parte della Commissione nazionale per la formazione

continua dopo la verifica di particolari requisiti: le caratteristiche del soggetto che si propone, la sua organizzazione generale, le risorse di cui dispone, la qualità dell'offerta formativa e la sua indipendenza da interessi commerciali (Allegato A del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM). Una volta ottenuto l'accreditamento i provider sono iscritti in un apposito albo nazionale o regionale (in base al campo territoriale di abilitazione ad operare). Hanno comunque valore nazionale anche i crediti attestati da un provider regionale.

Ad oggi i provider accreditati dalla Commissione nazionale sono 1.128. Circa 600 sono provider standard, cioè provider che esercitano attività da più di due anni e che hanno superato la verifica in loco della Commissione nazionale.

Il provider al termine di un evento formativo ECM, dopo aver verificato, per ogni singolo professionista, i requisiti necessari per l'erogazione dei crediti, rilascerà un'attestazione relativa all'acquisizione dei crediti ECM previsti per quel corso.

L'acquisizione dei crediti ECM è obbligatoria per tutti i professionisti sanitari che esercitano l'attività sanitaria alla quale sono abilitati. L'obbligo non sorge in funzione del regime professionale (dipendente o libero professionista) bensì in virtù dello status di professionista sanitario. Tale obbligo decorre dal 1° gennaio successivo alla data di iscrizione all'ordine (se non vi è un ordine, dal conseguimento del titolo abilitante): da tale data il professionista deve maturare i crediti residui previsti per il triennio.

I CREDITI ECM: TRIENNIO FORMATIVO 2017/2019

Cosa sono i crediti ECM e quanti vanno acquisiti dal singolo professionista?

I crediti ECM sono indicatori della qualità della formazione e dell'apprendimento effettuata dai professionisti sanitari in occasione di attività ECM. Sono assegnati dal provider ad ogni evento formativo in base a criteri stabiliti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua. Il provider rilascerà una attestazione relativa all'acquisizione dei crediti ECM previsti per quel corso dopo aver verificato la presenza del professionista sanitario all'evento per almeno il 90% della durata dello stesso, la valutazione positiva dell'apprendimento documentata con una prova specifica e attestata con il superamento del test finale con almeno il 75% delle risposte esatte e la compilazione del modulo relativo alla rilevazione della qualità.

Il sistema ECM inizialmente prevedeva una "fase sperimentale" quinquennale, dal 2002 al 2006, che individuava una progressione del numero di crediti da acquisire annualmente fino ad arrivare a 30 crediti ECM da acquisire nell'anno 2006. Con l'Accordo Stato-Regioni del 2007 si è riordinato il sistema ECM suddividendo l'obbligo di acquisizione di crediti in trienni. In ogni triennio il professionista sanitario era obbligato ad acquisire 150 crediti: 50 crediti circa ogni anno con un minimo di 30 ed un massimo di 70. Per il triennio formativo 2017-2019 sono confermati in 150 i crediti formativi richiesti complessivamente ma viene data la possibilità di acquisire, per singolo anno, i crediti in maniera più flessibile: ogni professionista può gestire in autonomia la distribuzione triennale dei crediti. Inoltre, rispetto al triennio precedente, tutti i crediti possono essere ottenuti attraverso corsi FAD senza più alcuna limitazione.

L'obbligo formativo di 150 crediti formativi può essere ridotto nel momento in cui sono presenti agevolazioni, esoneri, esenzioni e altre riduzioni.

A agevolazioni sono previste per i professionisti sanitari che nel precedente triennio (2014-2016) hanno acquisito un numero di crediti compreso tra i 121 e 150 in quanto hanno diritto alla riduzione di 30 crediti dell'obbligo formativo nel triennio 2017-2019, mentre coloro che hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 80 e 120 hanno diritto alla riduzione di 15 crediti.

Con la delibera della CNFC del 27 settembre 2018, invece, è stata concessa la possibilità a tutti i professionisti sanitari che nel triennio 2014-2016 non avessero soddisfatto l'obbligo formativo individuale triennale, di conseguire i crediti mancanti con formazione ECM svolta nel triennio 2017-2019. Il professionista sanitario ha la facoltà di spostare in maniera irreversibile, attraverso apposita procedura prevista nel portale CoGeAPS, parte di crediti maturati entro il 31 dicembre 2019 imputandoli alla competenza del triennio 2014-2016. Tali crediti non saranno considerati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo del triennio 2017-2019.

È prevista una riduzione dell'obbligo formativo anche nel caso in cui il professionista sanitario crei e soddisfi il proprio Dossier Formativo Individuale. Il Dossier Formativo è uno strumento di programmazione, rendicontazione e verifica utilizzabile dal professionista sanitario che, attraverso la programmazione del Dossier Formativo stesso, autodetermina in autonomia

il proprio percorso di aggiornamento programmando di acquisire crediti ECM su tematiche coerenti con il proprio lavoro, proprio profilo professionale e posizione organizzativa, rispettando gli obiettivi formativi nazionali e regionali. Il dossier formativo viene costruito nell'area riservata del portale CoGeAPS e, grazie alla Delibera del 25 luglio 2019 della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, è stato consentito ai professionisti di usufruire dell'agevolazione per la costruzione del dossier formativo fino al 31/12/2019 (in precedenza possibile fino alla fine del 2018).

Con la stessa delibera del 25 luglio 2019 la CNFC ha previsto, per i professionisti sanitari domiciliati o che svolgono la propria attività in comuni colpiti dagli eventi sismici degli anni 2016 e 2017, una riduzione del debito formativo di n. 25 crediti per il triennio 2014-2016 ed un obbligo formativo pari ad un totale di n. 75 crediti per il triennio 2017-2019.

Infine è confermata la possibilità per ogni singolo professionista sanitario di richiedere, esclusivamente dopo sua personale istanza esperibile sul portale CoGeAPS, sia esoneri (ad esempio per frequenza di corsi universitari almeno annuali, attinenti la professione sanitaria e che attribuiscono almeno 60 cfu/anno e negli altri casi previsti dal paragrafo 4.1 del Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario) che esenzioni (ad esempio nei casi di congedo di maternità e paternità, per adozione e affidamento preadottivo e negli altri casi previsti dal paragrafo 4.2 del Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario).

L'obbligo formativo triennale può essere soddisfatto con varie attività, rispettando delle regole imposte dalla CNFC.

Almeno il 40% dei crediti formativi previsti per il triennio di riferimento deve essere acquisito come discente partecipando alle varie tipologie di formazione ECM previste: attività di formazione residenziale (RES), formazione a distanza (FAD), formazione sul campo (FSC) e progetti blended. Il regolamento ECM indica quanti crediti attribuire a ciascuna tipologia in base al numero dei partecipanti accreditati per quell'evento, alle ore di formazione erogate e alle metodologie utilizzate (premiando la formazione interattiva). Inoltre il professionista sanitario può svolgere attività di docenza ad un corso ECM acquisendo 1 credito ECM ogni mezz'ora di lezione (non frazionabile) effettuata.

Il restante 60% circa può essere acquisito con formazione individuale: attività di ricerca

scientifico, tutoraggio individuale in ambito universitario, attività di formazione individuale all'estero ed attività di autoformazione consistente ad esempio nella lettura di riviste scientifiche o partecipazione ad altri eventi non accreditati come eventi ECM. Il riconoscimento e la valutazione di tali crediti acquisiti mediante autoformazione sono subordinati alla presentazione dell'attività svolta nell'apposito canale del portale CoGeAPS. La percentuale di crediti formativi mediante autoformazione è aumentata dal 10 al 20% per il triennio 2017-2019.

CONTROLLO DEL CORRETTO SVOLGIMENTO DEL PERCORSO FORMATIVO

Come controllare i crediti acquisiti?

Il Consorzio Gestione Anagrafiche delle Professioni Sanitarie (CoGeAPS) è l'Anagrafe Nazionale dei crediti formativi ECM ed è l'unico Ente che detiene e riunisce tutte le partecipazioni ECM (sia di eventi svolti da provider accreditati a livello nazionale che regionale) di ogni singolo professionista sanitario.

Attraverso il CoGeAPS i professionisti sanitari hanno la possibilità di monitorare i propri percorsi formativi visualizzando nel proprio profilo tutte le partecipazioni ad eventi ECM (nazionali e regionali) registrate in banca dati sin dal 2002, anno di nascita del Sistema ECM. Ad oggi oltre 1,2 milioni di professionisti sanitari (in aumento) hanno un profilo anagrafico attivo in banca dati CoGeAPS.

Il CoGeAPS consente anche agli Ordini di verificare la continuità formativa dei propri iscritti, attestare il numero di crediti da essi ottenuti, anche nel corso del triennio di riferimento, e certificare, alla fine del triennio e nel momento in cui si è adempiuto all'obbligo formativo individuale, il pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo. Sono tali Enti ad avere la responsabilità della verifica della formazione dei propri iscritti ed i soli a poter attestare e certificare lo stato formativo.

IL MANCATO AGGIORNAMENTO

Quali sono le sanzioni possibili?

L'art. 21 dell'accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 dispone che "gli Ordini, i Collegi, le rispettive Federazioni nazionali e le Associazioni professionali: a) vigilano sull'assolvimento dell'obbligo formativo da parte dei loro iscritti; b) emanano, ove previsti dalla normativa vigente, i provvedimenti di competenza in caso di mancato assolvimento dell'obbligo formativo;".

Gli Ordini hanno la possibilità di accedere al portale CoGeAPS e di verificare e vigilare in merito alla continuità formativa dei propri iscritti potendo poi emanare eventuali provvedimenti in caso di mancato assolvimento di tale obbligo.

Le penalizzazioni che possono effettuare gli Ordini di appartenenza possono essere molteplici: l'avvertimento (cioè un invito formale a non reiterare il mancato assolvimento dell'obbligo formativo); la censura (una dichiarazione formale di biasimo per il mancato assolvimento dell'obbligo formativo); la sospensione (da un minimo di 1 mese ad un massimo di 6 mesi); la radiazione dall'Ordine, ferma restando la possibilità di comminare sanzioni specifiche per comportamenti specifici secondo criteri di adeguatezza e proporzionalità. Il mancato aggiornamento professionale e la relativa mancata acquisizione dei crediti ECM previsti per il triennio di riferimento hanno reso possibile l'applicarsi di sanzioni, in particolare in due famose circostanze: il "Caso dei medici competenti" del 2015 e il "Caso Aosta" del 2018.

Il "Caso dei medici competenti" riguarda la cancellazione nel 2015 dall'Elenco Nazionale dei Medici Competenti di circa 6.500 medici per mancato aggiornamento professionale.

Per completezza, occorre precisare che per i medici competenti l'obbligo di acquisire crediti ECM riveste un significato del tutto peculiare in quanto il comma 3 dell'art. 38 del d.lgs. 81/2008 s.m.i. prevede, tra i requisiti necessari per esercitare questa attività professionale, l'obbligatorietà dell'acquisizione di crediti ECM pari ad almeno il 70% del totale dell'obbligo formativo nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro".

Alla fine del triennio formativo 2011-2013 molti medici competenti non risultavano aver acquisito i crediti previsti per il triennio di riferimento e di non aver, di conseguenza, acquisito il 70% dei crediti nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro". Il Ministero della Salute (in particolare l'Ufficio Prevenzione e igiene ambientale e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero), attraverso comunicazione scritta ai singoli Ordini provinciali, chiese di accertare "l'effettivo possesso dei titoli e dei requisiti richiesti dalla normativa vigente, con particolare riferimento al comma 3 dell'art. 32 d.lgs 81/2008 e s.m.i.". Il Ministero concesse un anno di proroga (fino al 31 dicembre 2014) per l'acquisizione dei crediti

mancanti: entro il 31 marzo 2015 tutti i medici dovevano far pervenire la comunicazione relativa all'acquisizione dei crediti. A fine marzo il Ministero emise una nota che informava l'inizio della procedura di cancellazione dall'Elenco Nazionale dei Medici Competenti di tutti coloro i quali risultavano privi dei requisiti. Successivamente vennero depennati dall'albo professionale 6.500 medici su 10.000 circa.

Tale sanzione suscitò polemiche, dibattiti ed iniziative. Il Ministero concesse un'ulteriore proroga, fino al 30 giugno 2016, per consentire ai professionisti in oggetto di conseguire i crediti formativi mancanti nella misura massima del 50%. Una volta comunicata l'acquisizione dei crediti, i professionisti cancellati vennero reinseriti nell'Elenco Nazionale dei Medici Competenti.

Il "Caso Aosta" riguarda la sospensione, effettuata nel 2018 e di durata di 3 mesi, dall'Albo degli Odontoiatri di Aosta di un odontoiatra per lesione causate da lavori mal eseguiti ricollegabili al mancato aggiornamento professionale.

Nel 2012 una paziente denunciò il suo odontoiatra in quanto lamentava, a seguito di un intervento subito nel 2011, di aver subito lesioni per lavori mal eseguiti.

L'odontoiatra venne sottoposto a procedimento disciplinare in quanto emerse che quanto denunciato era riconducibile, tra l'altro, a mancanze professionali dovute all'omesso aggiornamento, inadempimento quest'ultimo che già in sé concretava violazione degli obblighi deontologici. In primo grado la Commissione Albo Odontoiatri di Aosta (CAO) indicò una sospensione dall'ordine (e dall'attività) per un periodo pari a 6 mesi.

Il medico avverso tale decisione presentò ricorso alla Commissione Esercenti Arti e Professioni Sanitarie (CCEPS), organo di giurisdizione speciale istituita presso il Ministero della Salute. In secondo grado la CCEPS, con la decisione n. 100 del 15 novembre 2018 (ricorso n. 5/2014/204) ribadì la sospensione, riducendola però a 3 mesi. La Commissione valutò come eccessiva la sospensione di 6 mesi in quanto in quanto il ricorrente avrebbe comunque "dato prova di aver, seppur parzialmente ed in maniera insufficiente, dato corso ad una attività di aggiornamento".

Nella decisione in esame la CCEPS rinforzò l'assunto che "l'obbligo di formazione e aggiornamento previsto dal codice deontologico comprende l'osservanza di analoghi obblighi discendenti a carico dell'iscritto per disposizione di legge o regolamento, come la

formazione continua” e precisò altresì che “il medico ha l’obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico-scientifica, etico-deontologica e gestionale-organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell’evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell’organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini”.

Come segnalato dalla sentenza del CCPS, aggiornarsi è un obbligo anche verso i propri pazienti, oltre che un dovere deontologico e normativo.

Sulla base di questa pronuncia, il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici chirurghi e Odontoiatri, Filippo Anelli, in una nota ha sottolineato che da Gennaio 2020 potranno essere intrapresi procedimenti sanzionatori nei confronti di coloro che non si siano aggiornati o che non si aggiornino con continuità.

BIBLIOGRAFIA

- La Costituzione Italiana
- D.lgs 502/1992 e d.lgs. 229/1999
- Accordo Stato-Regioni del 02 febbraio 2017
- C.C.N.L. comparto sanità 2016-2018
- Annuario della formazione in sanità 2019, Una guida ragionata al mondo della Formazione in Sanità, Sanità futura formazione, 2019
- Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario, Commissione nazionale per la formazione continua, 2019
- SITOGRAFIA: agenas.gov.it

Educazione al Caregiver: formazione e modalità operative

Annamaria Frascati, Carolina Santilli

ASUR MARCHE AV2

Riassunto. Il lavoro sottolinea la necessità di garantire un corretto flusso di informazioni dall'ambiente ospedaliero, all'ambiente domestico, per prevenire e ridurre il fenomeno della riospedalizzazione e garantire l'assistenza ai pazienti affetti da pluripatologie e con un elevato indice di complessità assistenziale.

Parole chiave: Ruolo dell'infermiere, dimissioni protette

Abstract. The work underlines the need of ensuring a correct flow of information from the hospital to the domestic environment in order to prevent and reduce the phenomenon of rehospitalisation, thus giving appropriate assistance to patients suffering from multiple pathologies and with a high degree of complexity welfare.

Keywords: role of the nurse, protected discharge

INTRODUZIONE

L'attuale panorama sanitario sta vedendo un costante incremento del numero di anziani grazie al progresso della medicina e quindi all'aumento dell'aspettative di vita. L'invecchiamento della popolazione è un trionfo dello sviluppo, si vive più a lungo grazie ad una migliore alimentazione, una buona igiene, tanti progressi nel campo della medicina e delle cure mediche, ma presenta anche sfide sociali, economiche e culturali, ad individui, famiglie e all'intera società.

L'invecchiamento è uno dei fenomeni più significativi del 21° secolo. Con il progressivo innalzamento dell'aspettativa di vita in Italia, si è modificata la morbilità, con una maggiore prevalenza delle patologie croniche rispetto a quelle acute, di conseguenza si è avuta una trasformazione dei bisogni assistenziali. Pertanto è richiesta nuova organizzazione sanitaria che investa sulle funzioni assistenziali territoriali, con l'esigenza di un modello organizzativo - gestionale come l'Ospedale di Comunità per una sanità territoriale dove in uno stesso spazio il cittadino trova riuniti i servizi territoriali ed il coordinamento tra le reti assistenziali.

Oggi il territorio, e di conseguenza la famiglia, hanno assunto un ruolo fondamentale e in

continua crescita nella "presa in carico" di un anziano per tutte le attività di tipo sociosanitario che lo riguardano. Sempre più spesso è la famiglia che si prende cura dei soggetti anziani e fragili con problematiche legate alla cronicità, individuando all'interno di essa un familiare che si impegna a prestare cure e dare sostegno al malato/disabile, tale figura è definita CAREGIVER¹, che significa letteralmente "DONATORE DI CURE".

Il Caregiver dunque assume:

- Ruolo di responsabile attivo nella presa in carico di un secondo individuo
- Funzione di supporto di cura nei confronti di una persona che si trova in condizione di difficoltà

Un elevato carico assistenziale può però influenzare negativamente la qualità di vita e il benessere psico-fisico di coloro che sono i caregivers informali di questi pazienti dove le famiglie sono considerate parte sostanziale nel percorso di cura di gestione di questi malati, affetti da una patologia che si prospetta nella maggior parte dei casi a "lungo termine". Risulta molto importante quindi che vi sia un'adeguata rete di servizi a sostegno dei pazienti ma anche dei famigliari stessi, volta a

¹Caregiver Day 2018, www.caregiverday.it

ridurre lo stress di quest'ultimi e posticipare l'eventuale istituzionalizzazione. Lo scopo di questa esperienza strutturata è quello di sottolineare come l'infermiere, attraverso interventi mirati, possa assumere un ruolo fondamentale per ridurre il livello di stress dei familiari, favorire il loro benessere e di conseguenza migliorare la salute del paziente.

ANALISI DEL PROBLEMA

Emerge la necessità di garantire un corretto flusso di informazioni dall'ambiente ospedaliero, all'ambiente domestico, per prevenire e ridurre il fenomeno della riospedalizzazione e garantire l'assistenza ai pazienti affetti da pluripatologie e con un elevato indice di complessità assistenziale. I ricoveri Ospedalieri sono spesso motivati dalla mancata presa in carico dell'utente a livello territoriale nella gestione della cronicità a cui si aggiunge la mancanza di un percorso educativo alla dimissione che permetta una migliore gestione dei cittadini che rientrano al proprio domicilio. Tale approccio rappresenta infatti una strategia indispensabile per poter far fronte all'odierno scenario sanitario che è caratterizzato dal progressivo aumento di persone affette da malattie croniche.

E' in questo quadro epidemiologico che si rilevano le potenzialità dell'educazione in quanto, considera ogni individuo responsabile principale della propria salute, è indirizzata alla prevenzione delle complicanze della patologia, ha come fine ultimo la progressiva autonomia della persona coinvolta e di chi se ne prende cura quotidianamente. L'Educazione terapeutica, affermano le autrici, "è parte integrante della presa in carico e del trattamento sanitario"².

Quella dei caregiver è una rete silenziosa di assistenza, sono persone (spesso anziane anche loro) che si prendono cura o assistono altre persone (familiari e non) con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità. In Italia in media il 17,4% della popolazione (oltre 8,5 milioni di persone) è caregiver. Si occupa cioè di assistere chi ne ha bisogno. E di questi il 14,9% (quasi 7,3 milioni) lo fa soprattutto verso i propri familiari.

Secondo un'indagine di ISTAT relativa al 2015 sarebbero addirittura 8,5 milioni i caregiver in Italia, di cui 7,3 milioni caregiver familiari. Di questi sono 2.146.000 coloro i quali dichiarano un impegno assistenziale superiore alle 20 ore settimanali.

²Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni, Carocci Faber, nuova ediz. 2015

La stessa Istat, in una indagine multiscopo del 2010, aveva stimato in 3.329.000 le persone che, nel contesto familiare, si prendono cura regolarmente di anziani, di malati e di persone disabili, senza però in quella occasione dare indicazioni sull'entità dell'impegno assistenziale. Si tratta prevalentemente di donne (74%), di cui il 31% di età inferiore a 45 anni, il 38% di età compresa tra 46 e 60, il 18% tra 61 e 70 e ben il 13% oltre i 70.

Per affrontare questa sfida, è necessario attivare un cambiamento sostanziale delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e soprattutto occorre concentrarsi sull'assistenza territoriale, a discapito di quella ospedaliera, ponendo particolare attenzione al coordinamento tra le reti assistenziali.

OBIETTIVO

Per poter realizzare con efficacia ed efficienza il riequilibrio ospedale-territorio occorre passare da una logica di "prestazioni" ad una logica di "presa in carico" del paziente, ci deve essere cioè una continuità assistenziale e affinché questo accada è necessario un potenziamento per le attività sul territorio.

L'Ospedale di Comunità³ è un modello associativo presente nell'ambito distrettuale dove si sviluppano le cure primarie e quelle intermedie. Possono accedere all'O.d.C. pazienti con patologie acute e patologie croniche riacutizzate che necessitano di completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Gli ospiti necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

E' necessario inoltre garantire la continuità assistenziale attraverso la dimissione protetta, garantendo l'empowerment dei pazienti e dei caregiver, tramite l'addestramento alla migliore gestione possibile delle attuali condizioni cliniche e terapeutiche, al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità al fine di evitare ricoveri impropri, soddisfare i bisogni dei cittadini con patologie croniche che richiedono un elevato grado di protezione.

"Se una persona è in difficoltà, il miglior modo di venirle in aiuto non è dirle cosa fare, quanto piuttosto aiutarla a comprendere la sua situazione e a gestire il problema assumendo da sola e pienamente le responsabilità delle scelte

³DGRM 139/2016 Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità

eventuali”⁴.

Una condivisione almeno parziale della responsabilità organizzativa e dell’impegno materiale che il ruolo di caregiver prevede, costituisce un forte fattore di protezione, al contrario, situazioni di assenza, delega a un solo caregiver o addirittura di conflitto tra i familiari aggrava notevolmente la percezione delle difficoltà.

Il rapporto tra caregiver e persona affetta da disabilità non è semplice da gestire e anche la stessa comunicazione tra questi può essere difficile. La variabilità dei comportamenti dell’assistito aumenta nel caregiver il disorientamento e il senso di fragilità e impotenza, con un’oscillazione continua di sentimenti, dalla compassione e pazienza alla rabbia e intolleranza.

La disabilità di un familiare comporta un’esperienza ricca di emozioni intense e interazioni complesse, che si sviluppano in relazione alle grandi sfide e ai grossi sforzi che la famiglia si trova ad affrontare. Inizialmente si cerca di gestire la situazione in modo autonomo, con l’aiuto degli altri congiunti, ma pian piano sorge la necessità di ricorrere a forme di aiuto esterne, pur continuando a sentire come propria la responsabilità del benessere del familiare. “Sostenere chi sostiene” con soluzioni reali o potenziali messe in atto per risolvere i problemi evidenziati dai caregiver, avrebbe effetti positivi sia sulle loro abilità di cura sia sulla loro salute fisica e psicologica, riducendo la percezione del carico assistenziale e lo stress.

STRATEGIE ED AZIONI

Negli ultimi anni abbiamo assistito a tre fenomeni che hanno creato una situazione di complessità nell’assistenza alla persona non autosufficiente al momento della dimissione ospedaliera (Shepperd et al., 2010):

- le politiche sanitarie hanno portato ad una riduzione dei tempi di ricovero con una conseguente condizione di convalescenza del paziente al momento della dimissione, in quanto ancora bisognoso di cure mediche, assistenziali e riabilitative
- La complessità del soggetto che superata la fase acuta è in condizioni di fragilità
- i mutamenti sociologici che hanno portato ad uno scenario con famiglie che spesso non sono in grado di accogliere e curare una persona anziana

La complessità rappresenta anche per la professione infermieristica la sfida da affrontare

⁴Carl Rogers “ La terapia centrata sul cliente”, 1951

per proporre ai pazienti anziani e alle loro famiglie soluzioni che rendano possibile conciliare presenza di disabilità, deficit cognitivo, malattie e qualità della vita.

La figura del caregiver può trovarsi all’interno del nucleo familiare o è necessario affidarsi ad un assistente esterno; si tratta spesso di familiari, i parenti, gli amici di una persona anziana o non autosufficiente che la aiutano a svolgere le normali attività della vita quotidiana, con assistenza continua per l’intera giornata, in virtù di forti legami affettivi.

Nel percorso assistenziale entrano in gioco numerose abilità e competenze: saper comunicare, sviluppare empatia, saper ascoltare e saper riconoscere le proprie emozioni⁵.

Si rende necessario da parte del personale di assistenza dare informazioni chiare e precise. Per coloro che sono impegnati nell’accudire persone affette da malattie cronicodegenerative è di grande importanza conoscere i problemi che potrebbero eventualmente presentarsi nel corso della malattia, maggiore informazione sulle terapie da somministrare, più informazione su come assistere il familiare, acquisizione delle tecniche di nursing ed accompagnamento nelle varie fasi della patologia.

Il progetto di formazione al caregiver è stato articolato in 3 giornate, con l’obiettivo di educare i caregiver a:

- gestire le problematiche del proprio ruolo;
- gestire il paziente cronico;
- gestire l’alimentazione nell’anziano;
- corretta esecuzione delle cure igieniche;
- corretta movimentazione dei carichi;
- prevenire le cadute;
- gestione della terapia;
- gestione delle medicazioni semplici;
- gestire il riposo e il sonno del proprio caro;
- gestire e tutelare le incapacità mentali.

Un mese prima veniva presentata l’iniziativa distribuendo volantini con il programma delle attività da trattare durante il corso di formazione, coinvolgendo più possibile familiari e badanti presenti in reparto. Il modello di formazione utilizzato ha visto il coinvolgimento di infermieri, oss e altre figure professionali che hanno presentato lezioni frontali e prove pratiche come ad esempio la movimentazione e l’igiene, con un dibattito finale in ogni giornata per permettere a i partecipanti di condividere i loro dubbi ed incertezze, ma anche per

⁵“Argento Attivo” è un progetto approvato e finanziato dal Ministero della Salute nell’ambito del Programma CCM 2015

accertarsi che il messaggio sia stato comunicato ed immagazzinato dandone un feedback positivo.

La preparazione al corso si è svolta in diverse fasi, iniziando dal reclutare i docenti (un Gruppo composto da infermieri ed oss afferenti alla UO di Cure Intermedie), individuare le aree da indagare per la trasmissione delle informazioni utili, organizzare il materiale (slide, opuscoli ...), trovare e preparare l'ambiente idoneo, organizzare gli incontri, prima tra i relatori poi con i caregiver, invitare i partecipanti.

Nello specifico gli argomenti trattati hanno riguardato tematiche come l'alimentazione, l'igiene personale nel paziente più complesso, la movimentazione dei carichi, la prevenzione delle cadute ... e alcune di carattere tecnico come richiedere i presidi a domicilio o come fare la richiesta di domanda di invalidità civile; per questi argomenti sono stati invitati un'assistente sociale e una collaboratrice di un ufficio protesi, infatti quasi sempre le persone che si trovano ad ESSERE dei caregiver non sanno dove e a chi rivolgersi al momento della dimissione.

Particolare attenzione è stata posta nella progettazione del corso di formazione per caregiver al fine di:

- rispondere ai bisogni dei pazienti e dei familiari, che al momento della dimissione non hanno le necessarie informazioni per gestire il proprio caro in modo adeguato
- facilitare i caregiver nell'apprendimento di quanto indicato negli obiettivi previsti
- favorire l'acquisizione delle abilità previste.

Inoltre sono stati consegnati dei questionari, uno all'inizio del corso Al termine del percorso formazione è stata consegnata una scheda di gradimento dell'iniziativa svolta. L'outcome è stato positivo, i partecipanti soddisfatti, meno spaventati davanti ai problemi di salute dei loro parenti/pazienti.

CONCLUSIONI

Gli Ospedali di Comunità sono un ottimo strumento di integrazione tra gli ospedali e il territorio, ed al loro interno è possibile far fronte alle esigenze della popolazione con patologia cronica, e prevedere un percorso di dimissione protetta per il possibile rientro a domicilio attraverso percorsi educativi. Si è reso necessario un percorso di sostegno, informazione ed istruzione per la gestione del paziente complesso che afferisce in tali strutture e che successivamente dovrà essere gestito nel proprio domicilio.

L'evento formativo ha avuto un impatto positivo sui partecipanti; è stato ben accolto ed ha fornito competenze specifiche e di conseguenza ha trasmesso sicurezza e anche orgoglio nello svolgere il ruolo del CAREGIVER, che era lo scopo principale del corso. Le colleghe docenti sono state molto soddisfatte e ripagate della fatica e del tempo impiegato per la progettazione e realizzazione del progetto. Ottimizzare e riprogrammare tale questo percorso educativo strutturato per l'infermiere risulta avere un ruolo più incisivo, essendo figure olistiche e di intermediazione tra medico e paziente, e possono svolgere una funzione educativa nei confronti della famiglia, o più in generale del caregiver che accoglierà nuovamente il paziente a domicilio.

Le famiglie che sostengono una persona non autosufficiente o con grave disabilità manifestano la necessità di ottenere una protezione adeguata. L'intervento pubblico non può limitarsi a prevedere l'erogazione di sussidi e prestazioni economiche, ma deve progettare servizi in ottica di sussidiarietà, agendo, in relazione e al fianco delle reti familiari affinché esse non si esauriscano per sovraccarico, garantendo servizi di consulenza e accompagnamento, predisporre interventi personalizzati che tengono conto delle caratteristiche delle singole situazioni, delle esigenze della persona con disabilità ma anche quelle del caregiver.

I servizi sanitari e socio sanitari chiedono alla nostra professione abilità e strumenti per leggere i bisogni, progettualità per tracciare percorsi di cura realizzabili e centrati su obiettivi misurabili, coniugando efficacia ed efficienza. Gli utenti, in particolare quelli più vulnerabili e fragili, e le loro famiglie chiedono, oggi come ieri, agli infermieri l'ascolto della loro sofferenza e il riconoscimento che anche laddove è impossibile curare è sempre possibile assistere. Anche se significasse "solo" restare accanto.



3° CORSO

Il Caregiver : figura cardine per la sostenibilità della presa in carico del paziente complesso

PROGRAMMA

Registrazione partecipanti dalle ore 14 alle ore 14.30 (PROGETTO CCM)

GIORNO	ORA DI INIZIO	ORA DI FINE	DOCENTE	TITOLO RELAZIONE	METODOLOGIA DIDATTICA
GIOV 16 maggio 2019	14.30	15.00	Referente Corso	Introduzione al Corso Ruolo del caregiver familiare	1^ sessione Ruolo del Caregiver
	15.00	15.45	Coord corso Uff protesi	Gestione del pz anziano cronico I prsidi a domicilio	
	15.45	16.30	INF (P.P.) OSS(D.L)	L'Alimentazione nell'anziano Riposo e sonno	
	dibattito guidato				
GIOV 23 maggio 2019	14.30	15.30	INF (V.G.)	La movimentazione dei carichi	2^ sessione Il bisogno di sicurezza I bisogni fisiologici
	15.30	16.30	OSS (A.P.)	Igiene e prevenzione quotidiana	
	dibattito guidato				
GIOV 30 maggio 2019	14.30	15.00	INF (T.C.)	Farmaci . Medicazioni . Il pz con demenza	3^ sessione Terapia e aspetti comportamentali
	15.00	15.45	OSS (P.C.)	Prevenzione delle cadute Sicurezza domestica.	
	15.45	16.30	ASS SOC	Incapacità e tutela	
	dibattito guidato				



Sessione Tecnica Ortopedica



Sistemi posturali

Gabriele Sartini

Fisioterapista Ancona

Riassunto. Questo lavoro vuole portare a far conoscere come si sceglie un ausilio per il movimento e il relativo sistemi di postura. Questi ultimi possono essere usati per ottimizzare sia le funzioni di movimento / interazione o lavorative del soggetto in carrozzina così come la sua postura onde evitare rischi di lesioni da decubito e l'instaurarsi di deformità e retrazioni.

Parola chiave: sistema di postura

Abstract. This work aims to show how to choose a movement aid and the relative posture system. Posture system can be used to optimize both the movement or interaction functions of the subject in a wheelchair as well as his posture in order to avoid the risk of pressure sores and the onset of deformities and retractions.

Keywords: posture system

I sistemi di postura in carrozzina devono garantire: benessere, facilitare la mobilità funzionale e relazionale, evitare l'instaurarsi di deformità da postura inadeguata, facilitare l'assistenza, prevenire le ulcere da pressione e dare un'immagine dignitosa.

Un sistema di postura deve offrire:

- stabilità/sicurezza in modo da permettere all'utente di risparmiare energia per scopi funzionali;
- comfort/benessere per permettere di trascorrere più tempo in carrozzina, meno a letto e di avere meno bisogno di assistenza.

Per costruire un buon sistema di postura si inizia dal bacino, arti inferiori, tronco, arti superiori ed infine per alcuni capo.

Partendo dal bacino si decide il tipo di cuscino in base alle misure antropometriche dell'utente e alle sue caratteristiche considerando la diversa altezza tra le tuberosità ischiatiche e i femori e dando un buon appoggio ai trocanteri. Importante è scegliere le misure giuste del cuscino sia come larghezza per non inficiare la spinta che come profondità per non alterare la distribuzione dei carichi; è importante inoltre istruire l'utente o i caregiver all'uso del cuscino e alla sua manutenzione.

Gli appoggi degli arti inferiori devono garantire un buon appoggio del femore senza avere

ripercussioni sugli ischio crurali.

Lo schienale deve garantire un buon appoggio al bacino e tronco, la sua altezza sarà scelta di caso in caso in base al controllo del tronco dell'utente: fino al margine inferiore della scapola per i soggetti che si spingono con gli aa.ss.; fino alla scapola per chi non fa autospinta fino alle spalle se abbiamo un controllo posturale nullo.

In caso di cifosità lo schienale non deve superare l'apice della cifosi a meno che non si tratti di una carrozzina basculante.

Altro elemento importante è la reclinazione dello schienale che permette di compensare quelle rigidità in flessione anteriore e garantire una orizzontalità dello sguardo.

Gli schienali possono essere tensionabili o rigido, avvolgenti o planari e possono anche essere applicate delle pelotte toracali per sorreggere il tronco lateralmente.

Per finire l'appoggiatesta di diverse misure e forme nelle carrozzine basculanti e reclinabili è un sostegno indispensabile per il capo.

Molto importante quando ci si avvicina ad un caso non semplice valutare la rigidità e le deformità, le retrazioni muscolari e le limitazioni articolari e i dolori.

Se ci troviamo di fronte a deformità statiche l'allineamento dei segmenti avverrà in maniera

opposta al solito: prima il capo, poi le spalle, il tronco ed infine il bacino.

I $\frac{3}{4}$ delle persone che utilizzano la carrozzina hanno più di 60 anni per svariate cause:

- insufficienza respiratoria cronica
- patologia cardiocircolatorie (cardiopatie e arteriopatie)
- patologie del sistema nervoso (emiplegia da ictus, tremori, disturbi dell'equilibrio, rigidità, paralisi, demenze)
- patologie dell'apparato locomotore (artropatie gravi, osteoporosi esiti di fratture).

Nella scelta della carrozzina per il paziente geriatrico l'integrità del cognitivo gioca un ruolo fondamentale.

Per gli anziani che conservano volontà e risorse per una vita di relazione ricca proporremo carrozzine leggere personalizzabili facili da spingere con la possibilità di assettarle per garantire una minore faticabilità e un assetto ottimale.

Da non escludere le carrozzine elettroniche che danno un' autonomia all'esterno o dei nuovi sistemi di propulsione anche da accompagnatore. Lasciemo le carrozzine standard per i soggetti che la utilizzano per poche ore magari con accompagnatore e che non hanno molte esigenze se non quella di stare "lontani dal letto".

Per i soggetti "dementi agitati" ci sono varie tipologie di seggiolone ricordarsi importante è dare stabilità e sicurezza.

In ultimo soggetti con sindrome ipocinetica o allettati gravi in questi casi servono seggioloni o bascule con sistemi di postura personalizzati, materiali antidecubito in tutte le superfici di contatto meglio se con basculazioni oltre i 45° per avere scarichi completi sulle tuberosità ischiatiche.

In conclusione trovo giusto "risparmiare" sulla prescrizione degli ausili sul paziente geriatrico ma con una collaborazione tra prescrittore e tecnico si possono raggiungere buoni compromessi.

C-Brace® Introduzione al primo sistema mecatronico SSCO®

Angelo Ruggeri

Tecnico Ortopedico, Ancona

Con il C-Brace® Ottobock cambia il modo di pensare nel campo delle ortesi. Questo sistema innovativo di ortesi apre possibilità straordinarie: nel passato, le ortesi in caso di paralisi per arto inferiore sono state fortemente limitate. Indipendentemente dal sistema che il Tecnico Ortopedico selezionava, l'unica funzione era il bloccaggio e lo sbloccaggio dell'articolazione di ginocchio. Il sistema ortesico C-Brace® appartiene ad una nuova generazione che può fare molto di più. Questo primo sistema mecatronico mondiale SSCO®* regola sia la fase statica che dinamica, con una tecnologia unica di sensori. Per l'utente rappresenta un nuovo punto di riferimento, finora impensabile per mobilità ed affidabilità.

Il sistema ortesico C-Brace® controllato da microprocessore apre possibilità completamente nuove per la libertà di movimento. Flettere la gamba sotto carico, ad esempio mentre si sta seduti, affrontare pendenze, camminare su terreni sconnessi oppure scendere le scale a passo incrociato, l'ortesi mecatronica C-Brace® è la prima a rendere tutto questo possibile.

E il nuovo C-Brace® offre ulteriori vantaggi: è più piccolo e può essere indossato anche sotto i vestiti; è più leggero e quindi l'utente impiega meno forza per camminare. La nuova tecnologia dei suoi sensori rende l'intero schema del passo ancora più dinamico e reattivo. L'utente può anche modificare le impostazioni delle sue articolazioni - così come passare alla modalità ciclismo - utilizzando un'app per smartphone.

Come il tecnico, anche l'utente beneficia di un processo di adattamento notevolmente semplificato. Il tecnico può ora montare il C-Brace® direttamente utilizzando due diversi metodi di fabbricazione e, tramite tablet, può anche configurare impostazioni specifiche per l'utente.

Vantaggi in breve:

- Unico sistema al mondo SSCO®
- Fase statica e dinamica controllate da

- microprocessore
- L'intero ciclo del passo è controllabile in modo dinamico ed in tempo reale
- Il sistema reagisce velocemente ad ogni situazione
- È possibile la flessione sotto carico- per es. durante la seduta
- È possibile la discesa da scale con passo alternato
- Il cammino su rampe e terreni irregolari è molto più facile e sicuro
- Consente varie attività- come andare in bicicletta e pattinaggio in linea
- Modalità operative individuali regolabili dal tecnico e selezionabili da parte del paziente, a seconda della situazione
- La corretta postura aiuta a ridurre la sollecitazione fisica della parte interessata e quindi danni causati dai movimenti di compensazione
- Dispendio di energia ridotto per es. a confronto con sistemi bloccati
- L'utente ritrova la mobilità ed una maggiore sensazione di sicurezza, quindi una migliore qualità di vita

Il sistema SSCO® include valve di coscia, gamba, piede, realizzate su misura.

Una molla dinamica in fibra di carbonio, con sensori integrati, collega il piede al polpaccio. Un sensore del momento malleolare trasmette segnali all'articolazione di ginocchio idraulica controllata da microprocessore, integrata in un telaio di fibra di carbonio, insieme all'unità elettronica.

Inoltre, un sensore angolare sull'articolazione di ginocchio rileva continuamente i valori della flessione e della velocità angolare. Il sistema nel suo complesso riconosce la fase del ciclo del passo in cui l'utente si trova.

Le resistenze idrauliche vengono regolate in funzione della fase del passo, controllando quindi la flessione e l'estensione. Grazie a calcoli continui, il C-Brace® è in grado persino di

ottimizzare lo schema del passo in ogni fase individuale.

INDICAZIONI

Il C-Brace® di base si può considerare per tutte le indicazioni neurologiche di arto inferiore.

Le indicazioni primarie includono:

- paralisi incompleta di arto inferiore con deficit o paresi dei quadricipiti o inabilità a mantenere
- l'estensione del ginocchio durante la fase statica per es. paraplegia incompleta con livello di lesione tra L1 e L5 oppure in caso di polio o sindrome post-polio.

Pertanto

- il paziente deve essere in grado di stabilizzare completamente il tronco e stare in posizione eretta liberamente.
- La forza muscolare degli estensori dell'anca e dei flessori deve consentire un'oscillazione controllata dell'arto interessato.
- E' consentita una compensazione per mezzo del movimento dell'anca.

CONTROINDICAZIONI

- Spasticità di arto inferiore da moderata a grave
- Flessione strutturata di ginocchio o anca superiore ai 10°
- Varismo/valgismo di ginocchio superiore ai 10°
- Tibiotarsica bloccata: movimento passivo della tibiotarsica di almeno 2°
- Forza degli flessori dell'anca di almeno 3 (scala MRC). Sono consentiti movimenti compensatori del tronco per far avanzare l'arto.
- Peso corporeo >125 kg

C-Brace® - sviluppo nel profilo occupazionale

Il passare del tempo e lo sviluppo tecnologico naturalmente comportano anche nuove sfide.

Questo vale anche per il settore delle ortesi. Con l'introduzione del sistema C-Brace® anche l'immagine occupazionale dell'ortesta subisce dei cambiamenti che prevedranno la revisione delle attività in fase riabilitativa. L'addestramento del paziente all'ortesi dovrà pertanto avvenire tramite personale altamente certificato e qualificato.

C-Brace® - Nuova individualità con un click del mouse:

Un software sofisticato (C-Soft 2.6) facilita l'ottimale adattamento delle impostazioni per ogni paziente:

- un'enfasi particolare è stata posta nella

realizzazione del programma con la sua interfaccia e i menu facili da capire e da utilizzare che guiderà passo dopo passo durante l'analisi di ogni fase del passo via Bluetooth®.

*Stance and Swing Phase Control Orthosis (ortesi con controllo della fase statica e dinamica)

BIBLIOGRAFIA

- Schmalz, T., Bellmann M., Kannenberg, A. (2015, October). Metabolic Energy Consumption and Safety of Leg Orthoses: Comparison between C-Brace® and conventional KAFOs. Poster session presented at the American Orthotics & Prosthetics Association National Assembly, San Antonio, TX.
- Schmalz, T., Pröbsting, E., Auberger, R., & Siewert, G. (2016). A functional comparison of conventional knee-ankle-foot orthoses and a microprocessor-controlled leg orthosis system based on biomechanical parameters. *Prosthetics and orthotics international*, 40(2), 277-286.
- Pröbsting, E., Kannenberg, A., & Zacharias, B. (2016). Safety and walking ability of KAFO users with the C-Brace® Orthotronic Mobility System, a new microprocessor stance and swing control orthosis. *Prosthetics and orthotics international*, 0309364616637954.
- Deems-Dluhy S, Hoppe-Ludwig S, Mummidisetty C, Lonini L, Shawen N, Jayaraman A (2017, September). The Microprocessor Controlled Orthosis: What is the impact to the user versus the stance control orthosis and conventional locked KAFO? Abstract presentation given at the American Orthotics & Prosthetics Association National Assembly, Las Vegas, NV.
- Lundstrom, R., Drain, A., Kannenberg, A. (2017, September). Safety & Effectiveness Results from the C-Brace® Retrospective Registry. Abstract presentation given at the American Orthotics & Prosthetics Association National Assembly, Las Vegas, NV.
- Zacharias, B., & Kannenberg, A. (2012). Clinical benefits of stance control orthosis systems: an analysis of the scientific literature. *JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics*, 24(1), 2-7.
- Rafiaei, M., Bahramizadeh, M., Arazpour, M., Samadian, M., Hutchins, S. W., Farahmand, F., & Mardani, M. A. (2016). The gait and energy efficiency of stance control knee-ankle-foot orthoses: A literature review. *Prosthetics and orthotics international*, 40(2), 202-214.
- McDaid, C., Fayter, D., Booth, A., O'Connor, J., Rodriguez-Lopez, R., McCaughan, D., & Phillips, M. (2017). Systematic review of the evidence on orthotic devices for the management of knee instability related to neuromuscular and central nervous system disorders. *BMJ open*, 7(9), e015927.
- Lundstrom, R., Morris, A., Kannenberg, A. (2018). Interim Results from the C-Brace® Registry. Abstract accepted for oral presentation at the 45th Academy Annual Meeting & Scientific Symposium, Orlando, FL, March 2019.

con il contributo non condizionato di:



ottobock.

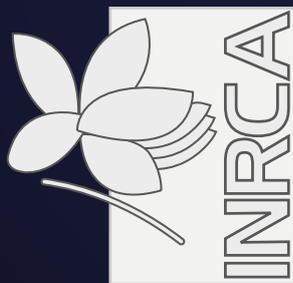
Soluzioni
Ortopediche

www.ottobock.it

Poliambulatorio Medico



www.salute2000.it



Istituto
di Ricovero
e Cura
a Carattere
Scientifico

HEALTH
AND SCIENCE
ON AGING



ISBN 978-88-6068-160-7



9 788860 681607