

Istruzioni per gli autori
www.seres-onlus.org

Gli atti sono disponibili in formato digitale su www.seres-onlus.org

ISBN 978-88-6068-178-2



Atti del Convegno

Menti Attive: la Ricerca in Riabilitazione nelle Marche 2020

Osimo, 29 dicembre 2020





Con il patrocinio di:



SIMFER Marche



Con la collaborazione di



Sommario

SESSIONE RIABILITAZIONE CLINICA.....	7
Approccio riabilitativo al paziente anziano con COVID-19	
<i>Flora D'Ambrosio</i>	8
La Disabilità su di un caso particolare di Linfedema	
<i>Maurizio Ricci, Giorgio Ricci</i>	11
Efficacia dell'esercizio terapeutico nei disordini temporomandibolari: revisione sistematica della letteratura	
<i>Sara Berto</i>	17
Skeletal effects of Hyperthyroidism	
<i>Francucci CM, Riccardi GR, Giacchetti P, Mercante O, D'Ambrosio F</i>	20
Il supporto nutrizionale al paziente oncologico	
<i>Rodolfo Mattioli</i>	22
COVID-19: tamponi antigenici e test sierologici rapidi in medicina del lavoro	
<i>Giulia Mercante</i>	33
Studio compilativo: il potere della comunicazione tra infermiere e persona affetta da demenza	
<i>M. Rodelli, S. Cinaglia, E. Fagiani, R. Maraschio</i>	37
L'impatto della pandemia COVID-19 sul paziente psichiatrico: revisione della letteratura	
<i>Francesco Scuro, Addolorata Ungaro, Matteo Rignanese</i>	40
SESSIONE LOGOPEDIA E DISFAGIA.....	44
La Comunicazione aumentativa alternativa (CAA) nelle diverse età di vita	
<i>D'Antuono Mariarosaria, Vecchione Angelo</i>	45
SESSIONE PROTOCOLLI E MODELLI ORGANIZZATIVI.....	51
Fall in Age: un progetto ERASMUS +	
<i>Marco Benadduci</i>	52
L'educazione terapeutica del paziente e del caregiver in "riabilitazione"	
<i>Marina Simoncelli, Lucia Paoloni, Benedetta Emanuelli, Laura Di Biagio</i>	54
La gestione dell'incontinenza urinaria post-prostatectomia. indicazioni per il paziente	
<i>Lucia Paoloni, Marina Simoncelli</i>	58
La prevenzione delle cadute della persona "fragile" al domicilio: raccomandazioni e suggerimenti per il paziente e il caregiver	
<i>Benedetta Emanuelli, Marina Simoncelli</i>	65
Riabilitazione ai tempi del corona virus	
<i>Elisa Mercante</i>	71
Il progetto My Relief: formazione ergonomica, autogestione e strategie comportamentali per lavoratori maturi affetti da dolore lombare cronico	
<i>Elisa Casoni, Flavia Piccinini</i>	75
L'infermiere di medicina del lavoro	
<i>O. Mercante, L. Caldarelli</i>	80
Le attività di prelievo del biologo: nuove prospettive	
<i>Elisabetta Polimanti</i>	84

Prevenzione delle Medical Adhesive Related Skin Injuries (MARSIs) nei pazienti portatori di Peripherally Inserted Central Catheter (PICC), una revisione sistematica della letteratura <i>Cocci M., Sbaffi M., Stella F., Di Silvio V., Di Felice V., Belluccini A., Messi D.</i>	88
SESSIONE RIABILITAZIONE E SOCIETA'	91
La teleriabilitazione del paziente parkinsoniano: l'esperienza dell'INRCA di ANCONA <i>Angelo Vecchione, Mariarosaria D'Antuono</i>	92
Televisite e lavoratori fragili <i>Oriano Mercante, Elisa Mercante, Giulia Mercante</i>	98
Sostegno alla disabilità nelle scuole ai tempi del coronavirus <i>Alice Mercante</i>	103
Suggerimenti ingegneristiche per il corona virus <i>Michele Calderigi, Giulia Mercante</i>	109

SESSIONE RIABILITAZIONE CLINICA

Approccio riabilitativo al paziente anziano con COVID-19

Flora D'Ambrosio

Fisiatra, Medicina Riabilitativa IRCSS INRCA Ancona

Riassunto: la riabilitazione gioca un ruolo importante nella gestione dei pazienti affetti da COVID-19 e va attivata in modo tempestivo per raggiungere la massima efficacia. I pazienti anziani sono molto fragili, non consentono l'adozione delle misure di trattamento standard, e necessitano di un continuo aggiustamento non solo delle terapie farmacologiche ma anche dell'approccio riabilitativo. L'approccio riabilitativo qui presentato, nonostante la prolungata ospedalizzazione e l'età avanzata dei pazienti, ha permesso a molti di loro di recuperare un grado di autonomia sufficiente a consentire un rientro al domicilio. Le dimissioni presso strutture territoriali per la maggior parte erano dovute alla persistente positività al Sars-Cov-2, con famiglie non in grado di gestire le misure di isolamento necessarie al domicilio.

PAROLE CHIAVE: Covid-19, paziente anziano, riabilitazione.

SUMMARY: rehabilitation plays an important role in the management of patients with COVID-19 and must be activated in a timely manner to achieve maximum effectiveness. Elderly patients are very fragile, do not allow the adoption of standard treatment measures, and require continuous adjustment not only of drug therapies but also of the rehabilitation approach. The rehabilitation approach presented here, despite the prolonged hospitalization and the advanced age of the patients, has allowed many of them to recover a degree of autonomy sufficient to allow them to return home. The resignations from local facilities were for the most part due to persistent positivity to Sars-Cov-2, with families unable to manage the necessary isolation measures at home.

KEYWORDS: Covid-19, elderly patient, rehabilitation.

INTRODUZIONE

È ormai stabilito che la riabilitazione gioca un ruolo importante nella gestione dei pazienti affetti da COVID-19, e che vada attivata in modo tempestivo per raggiungere la massima efficacia (1-6).

La tipologia di pazienti ricoverati presso l'INRCA, in particolare nei reparti COVID, tuttavia, presenta alcune peculiarità che necessitano di un approccio riabilitativo particolarmente adattato e flessibile.

In particolare, va evidenziato che l'età media dei pazienti è generalmente più alta e che vengono ricoverati all'INRCA pazienti che non necessitano o non sono candidabili per una intensivizzazione dell'approccio in caso di insufficienza respiratoria acuta, in quanto è possibile solo la ventilazione non invasiva (NIV).

Questi pazienti sono molto fragili e spesso non consentono l'adozione delle misure di trattamento standard, ma necessitano di un continuo aggiustamento non solo delle terapie farmacologiche ma anche dell'approccio riabilitativo.

Per cercare di fornire una risposta il più precoce e mirata possibile si è scelto di organizzare l'assistenza riabilitativa secondo i seguenti punti:

1. Posizionamento in fase di ventilazione assistita

Il posizionamento dei pazienti durante la NIV viene effettuato con l'ausilio di cuscini, rulli e altri presidi per limitare al minimo le aree di iperpressione sulle salienze ossee, la tensione a livello articolare, muscolo-tendineo e dei fasci vascolo-nervosi. Raramente è possibile effettuare la pronazione completa, per cui si adottano cambi di posizione in decubito semi seduto e semipronato. La tipologia e durata dei vari posizionamenti e la loro effettuazione è solitamente gestita dal team COVID, con intervento dei riabilitatori nei pazienti più complessi o con comorbilità che necessitano di approccio specifico (esempio ictus, fratture...)

2. Eleggibilità dei pazienti al trattamento riabilitativo

Sono candidabili al trattamento riabilitativo specifico i pazienti in condizioni di (relativa) stabilità clinica, in fase di svezzamento dalla ventilazione non invasiva. La presenza di demenza anche avanzata non viene considerata controindicazione assoluta, ma viene valutata la capacità di collaborare alle richieste del terapeuta.

3. Tempistiche

La consulenza fisiatrica viene richiesta appena si inizia lo svezzamento dalla NIV e viene effettuata entro il giorno successivo. Sulla base della

valutazione del paziente e della discussione con il COVID team si concordano gli obiettivi e si programma l'intervento riabilitativo (modalità, frequenza, inizio, obiettivi, disposizioni particolari).

Nei reparti COVID sono presenti dispositivi portatili per la fornitura di supporto di ossigeno liquido, per consentire la ripresa della deambulazione anche in condizioni di perdurante necessità di supplementazione di ossigeno.

La presa in carico prevede rivalutazioni periodiche per adeguamento degli obiettivi, pianificazione del percorso di dimissione, eventuali sospensioni del trattamento per peggioramento delle condizioni generali, mancata collaborazione al trattamento o raggiungimento del livello di autonomia pre-ricovero.

4. Trattamento

Graduato sulla base delle condizioni del paziente, della funzionalità respiratoria, della resistenza all'esercizio, del grado di comprensione e collaborazione

Eseguito sempre sottosoglia di fatica, monitorando il livello di saturazione periferica di ossigeno ($\geq 92\%$)

Progressione: mobilitazione attiva assistita, passaggi supino-seduto, controllo del tronco statico e dinamico in posizione seduta, verticalizzazione, deambulazione assistita con graduale riduzione degli ausili.

Training respiratorio graduale sottosoglia di dispnea

I trattamenti vengono effettuati quotidianamente, dal lunedì al venerdì.

Due terapisti a rotazione, in turni di due settimane, svolgono il loro orario di servizio presso i reparti COVID.

CASISTICA

Per il periodo marzo-giugno non è stato possibile ottenere il numero di richieste fatte dai reparti COVID, in quanto il sistema non permetteva di tracciare il reparto di provenienza delle richieste come COVID per quel periodo. Sono stati effettuati trattamenti a 31 pazienti.

Per il periodo ottobre-dicembre, sono state effettuate 88 richieste di consulenza riabilitativa, di cui 18 richieste di valutazione logopedica. Dei rimanenti 70 pazienti, 56 sono stati presi in carico per trattamento riabilitativo.

In totale sono stati quindi trattati dal punto di vista riabilitativo 87 pazienti di età media 84,9 (range 70-98), di cui 41 uomini e 46 donne.

In numero medio di sedute effettuate è stato di 6,6 (range 1-18), prima ondata 9,3 (3-18), seconda 6,6 (1-18)

RISULTATI

TCT inizio trattamento 65,2 (range 0-100), prima ondata 80,6, seconda 57,5

TCT fine trattamento 82,5 (range 12-100), prima ondata 90,5, seconda 66,8

Il dato della destinazione alla dimissione per ora è disponibile solo per i pazienti del periodo ottobre-dicembre:

- deceduti 8 (14,28%)
- trasferiti presso altri reparti INRCA 4 (7,14%)
- dimessi a domicilio 19 (33,93%)
- dimessi presso strutture territoriali (COVID e non COVID) 19 (33,93%)
- ancora ricoverati 6 (10,72%).

CONCLUSIONI

Nonostante la prolungata ospedalizzazione e l'età avanzata dei nostri pazienti, l'approccio riabilitativo adottato ha permesso a molti di loro di recuperare un grado di autonomia sufficiente a consentire un rientro al domicilio.

Le dimissioni presso strutture territoriali per la maggior parte erano dovute alla persistente positività al Sars-Cov-2, con famiglie non in grado di gestire le misure di isolamento necessarie al domicilio.

I pazienti deceduti presentavano una maggior compromissione clinica all'esordio, soprattutto respiratoria, con necessità di ventilazione non invasiva in tutti i casi, ed una età più avanzata (media 87,6, range 80-94).

Al momento della dimissione a domicilio o presso altre strutture ai pazienti è stato consegnato un pieghevole con illustrati alcuni esercizi da proseguire in modo autonomo, in modo progressivo, mirati al recupero di forza e tono muscolare, del controllo posturale e della resistenza all'esercizio fisico, in modo graduale e controllato.

BIBLIOGRAFIA

1. Yonter SJ, Alter K et al. What now for rehabilitation specialists? Coronavirus Disease 2019 questions and answers. Arch PM&R 2020; 101: 2233-42.
2. Jiandani MP, Agarwal B et al. Evidence-based national consensus: recommendations for physiotherapy management in COVID-19 in acute-care indian setup. Indian J Crit Care Med 2020 oct; 24(10):905-13.
3. Wang Z, Wang Z et al. Timely rehabilitation for critical patients with Covid-19: another issue should not be ignored. Letter. Critical care 2020; 24: 273.
4. Yu P, Wei Q, He C. Early rehabilitation for critically ill patients with Covid-19: more benefits than risks. Am J PM&R. 2020; 99(6): 468-9.
5. Valenzuela PL, Joyner M, Lucia A. Early mobilization in hospitalized patients with Covid-19. Ann Phys&Rehab Med 2020; 63: 384-5.
6. Iannaccone S, Castellazzi P et al. Role of rehabilitation department for adult individuals with Covid-19: the experience of the San Raffaele Hospital of Milan. Arch PM&R 2020; 101: 1656-61.

La Disabilità su di un caso particolare di Linfedema

Maurizio Ricci¹, Giorgio Ricci²

¹Fisiatra, Azienda UO Ospedali Riuniti di Ancona, ²Massofisioterapista, Casa Svarchi, Numana

Riassunto: in Linfologia si preferisce indirizzare l'attenzione al Linfedema più che al paziente. Questo è dovuto al fatto che la metodologia di trattamento e, in alcuni casi, la misurazione dell'edema, sono stati da sempre propagandati con arte e scenografia, tralasciando l'attenzione al malato. L'uso dell'Indice di Disabilità da Linfedema di Ricci ed i tanti strumenti di valutazione, Riabilitativi, permettono di costruire un corretto Progetto Riabilitativo anche nel paziente affetto da Linfedema. Questo articolo espone un caso clinico che è eclatante per dimostrare quanto appena affermato: l'attenzione al paziente nella sua globalità permette di apprezzare meglio anche i risultati della terapia decongestiva.

Parole chiave: ICF, Indice di Disabilità di Ricci, FIM

Abstract: in Lymphology, People prefer to focus attention on Lymphedema rather than on the patient. It is because of the methodology of treatment and measurement of edema. They have always been advertised with art and scenography, neglecting attention to the patient. The use of the Ricci's Lymphedema Disability Index and other tools for Rehabilitative evaluation, allow you to build a correct Rehabilitative Project in the patient with Lymphedema.

This article presents a clinical Report demonstrating this: attention to the patient as a whole allows you to better appreciate the results of decongestive therapy.

Keywords: ICF, Ricci's Disability Index, FIM.

INTRODUZIONE. L'approccio Riabilitativo ad un paziente richiede necessariamente la presa in carico della persona. Questo significa che ciò che viene assunto in cura non è la patologia né l'organo colpito, è l'individuo nella sua interezza psico-fisica.

Il Metodo utilizzato, stimolato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è l'utilizzo dell'International Classification of Functioning (ICF).

È assodato che in Medicina Riabilitativa l'ICF guida la formulazione del Progetto Riabilitativo Individuale, in Linfologia questo purtroppo non avviene a discapito del fatto che la Classificazione abbia 20 anni di divulgazione; che la Sezione di Studio dell'Edema della SIMFER abbia organizzato non meno di 3 eventi all'anno su questo argomento; Che alcuni Fisiatri e Fisioterapisti abbiano pubblicato ripetutamente su questo argomento. L'utilizzo di metodiche terapeutiche e, negli ultimi anni, valutative, grazie alla loro efficacia e spettacolarità dei risultati, attraggono molto di più dell'assunzione in cura della persona. Sia chiaro questo è insito in tutti i Terapeuti che si dedicano al linfedema ma il fatto di non esplicitarlo porta alla disattenzione verso aspetti della persona, della sua qualità di vita ed infine della sua Riabilitazione, che non vengono enfatizzati e purtroppo spesso ricercati.

Questa Relazione vuole indicare la traccia di come il Progetto Riabilitativo Individuale di una persona affetta da Linfedema possa o debba essere formulato.

RACCOLTA ANAMNESTICA. È giunta alla mia osservazione una paziente di 73 anni, Obesa, non deambulante per più di 10 metri consecutivi, che lamentava un gonfiore degli arti inferiori da numerosi anni. Questo le ha aggravato le condizioni di

ipomobilità generate dall'eccesso ponderale. Tutto era iniziato con due gravidanze che avevano indotto un aumento importante del peso corporeo poi all'età di 60 e 62 anni era stata operata di artroprotesi delle due ginocchia da cui aveva recuperato la mobilità ma non la funzionalità completa delle articolazioni, con il risultato di aumentare ulteriormente il suo peso corporeo. L'ipomobilità ingravescente le ha aggravato l'Insufficienza Venosa degli arti inferiori con un aumento progressivo del loro volume. All'IVC si è associato il dolore agli arti inferiori anche a riposo e questo ha peggiorato il gonfiore, il peso e la mobilità degli arti inferiori.

Negli ultimi anni la paziente è stata ripetutamente trattata con monoterapie, Drenaggio Linfatico Manuale, Pressoterapia, Bendaggio, in più centri Riabilitativi ma senza ottenere risultati anzi nell'ultimo anno al gonfiore si è associato un eritema bolloso essudativo che ha aggravato la possibilità di indossare le calze (già poco utilizzate per "impossibilità" a vestirle) e da ultimo le scarpe.

Oggi deambula per pochi metri e solo indossando le ciabatte. Non esce di casa e si ritira da ogni contatto con altre persone che non sia il coniuge. (foto n. 1)



Foto 1

L'Esame Obiettivo mostrava una paziente obesa di Kg 120 per una altezza di m. 1,46.

La Deambulazione era possibile solo con doppio appoggio ma per pochi passi e con dolore ad entrambi gli arti inferiori.

Le Cicatrici chirurgiche alle due ginocchia non erano aderenti ai piani profondi né destruenti la funzionalità articolare. Il ROM delle due ginocchia era limitato dalle masse adipose a 0° - 90°.

La cute delle due gambe era lucida, arrossata con un eritema bolloso ed essudazione costante. Piedi edematosi in toto.

La Fovea era fortemente imprimibile sia sul piede che sulla gamba bilateralmente. Il Segno di Stemmer +/- bilateralmente. (Foto 2)

DATA		17.08.2020					
ARTO/INF	LX	SIN	DX	SIN			
META' PIEDE			23,0	23,0			
P. 0: APICE MALLEOLO MEDIALE			CM 7,0	35,2	31,5		
P. 1: TERZO DISTANZA 0-3			CM 17,0	48,5	42,0		
P. 2: TERZO DISTANZA 0-3			CM 27,0	54,6	45,8		
P. 3: MEDIALE: CONDILO MEDIALE			CM 27,0	69,2	59,3		
P. 4: TERZO 3-6			CM 27,0	85,3	83,2		
P. 5: TERZO 3-6			CM				
P. 6: APICE TROCANTERE			CM				
DELTA							

DOMINANZA	DX				
ALTEZZA cm.	1,46				
PESO KG	120,0				
BMI	56,3				
INR	8				

TERAPISTA: [REDACTED]

DATA INIZIO TERAPIA 17.08.2020 DATA FINE TERAPIA: [REDACTED]

Foto 2

La Valutazione Funzionale della paziente mostra un 6MWT non valutabile in quanto la paziente deambula solo per 9 metri consecutivamente poi necessita di una pausa per riprendere il cammino in conseguenza di dolore che insorge dagli arti inferiori congesti.

La Forza Muscolare non è valutabile.

La Valutazione Della Disabilità mostra una FIM di 76/126 con un valore di FIM motoria 45/91. (Foto 3)

CasaSvarchi Via Belvedere, 13
60026 Numana AN
Italia
Responsabile Sanitario +39 029 3028210
Amministrazione +39 029 3028210
email: info@informalinfatico.com
sito web: www.casasvarchi.it

LYMPHO SRL
Corso Garibaldi 38
00121 ANAGNI
Italia
p.+02742370428

lympho

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE

██████████

7 AUTOSUFFICIENZA COMPLETA 6 Autosufficienza con Adattamenti		SENZA ASSISTENZA	
L I V E L L I	NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE	A	Δ
	5 Supervisione - Preli assistenziali/indotamentati	S	S
	4 Assistenza minima (soggetto => 75%)	S	S
	3 Assistenza moderata (soggetto => 50%)	C	O
		S	T
	NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA	N	E
	2 Assistenza intensa (soggetto => 25%)	N	N
	1 Assistenza totale (soggetto => 0%)	Z	A

17.08.2020

CURA DELLA PERSONA

A. Nutrirsi 4
B. Radersarsi 3
C. Lavarsi 3
D. Vestirsi dalla vita in su 5
E. Vestirsi dalla vita in giù 2
F. Igiene personale 4

CONTROLLO SFINTERI

G. Vesica 6
H. Alvo 6

MOBILITA' (trasferimenti)

I. Letto-sedia-carrozzina 3
J. W.C. 4
K. Vaso o doccia 2

LOCOMOZIONE

L. Carmino, carrozzina 2
M. Scale 1

COMUNICAZIONE

N. Comprensione 7
O. Espressione 7

CAPACITA' RELAZIONALI/COGNITIVE

P. Rapporti con gli altri 3
Q. Soluzione di problemi 7
R. Memoria 7

PUNTEGGIO TOTALE FIM 74

ITEMS MOTORI
45 PUNTI

ITEMS COGNITIVI
21 PUNTI

Foto 3

Il cammino risulta sicuramente l'Item maggiormente penalizzato e questo è legato al peso della persona ma anche all'abilità motoria che si è persa ed al dolore che insorge dagli arti inferiori durante la marcia. Quest'ultimo sintomo incide anche sugli spostamenti all'interno della casa: il passaggio dal letto in piedi, l'uso del bagno e della doccia sono limitati anche dal dolore. La massa corporea incide sulla cura della persona limitando le capacità motorie dell'individuo ma anche il dolore ed il peso degli arti inferiori intervengono su questa abilità.

L'Indice di Disabilità da Linfedema (di Ricci) era francamente patologico mostrando un valore di 36 punti su un massimo di 56 e corrispondente ad un livello 3 su 4 alla scala di disabilità. (Foto 4)

CasaSvarchi Via Belvedere, 13
60026 Numana AN
Italia
Responsabile Sanitario +39 029 3028210
Amministrazione +39 029 3028210
email: info@informalinfatico.com
sito web: www.casasvarchi.it

LYMPHO SRL
Corso Garibaldi 38
00121 ANAGNI
Italia
p.+02742370428

lympho

PAZIENTE ██████████ **CARTELLA** ██████████ **FISIOTERAPISTA** ██████████ Giorgio

N° ██████████

DATA 17.08.2020 DATA

		0	1	2	3	4								
1	g410 Cambiare la posizione corporea		X											
2	g415 Mantenere la posizione corporea			X										
3	g435 Spostare oggetti con l'arto inferiore			X										
4	g450 Camminare				X									
5	g455 Spostarsi					X								
6	g470 Usare i mezzi di trasporto				X									
7	g520 Prendersi cura delle singole parti del corpo					X								
8	g540 Vestirsi					X								
9	g640 Fare i lavori di casa					X								
10	g710-750 Interazioni interpersonali		X											
11	g760 Relazioni familiari	X												
12	g770 Relazioni intime					X								
13	g840-850 Lavoro ed impiego	NA												
14	g920-950 Ricreazione, tempo libero, spiritualità, cittadinanza					X								
TOTALE		36												
VALORE MEDIO		2,57		SCALA: 3		SCALA:								
VALORE MASSIMO		4												

Foto 4

La sua valutazione mostra un quadro di disabilità completa in 6 Items su 14, corrispondenti alle azioni (Partecipazioni) più frequenti ed importanti nella vita quotidiana. L'Item camminare non è così alterato come le relazioni con le altre persone e con l'ambiente circostante.

A questo punto si è impostata la terapia che è consistita in un ciclo di Trattamento Decongestivo Combinato erogato in modalità Intensiva, quotidiana mediante residenza a Casa Svarchi. (Foto 5)

CasaSvarchi Via Belvedere, 13
60026 Numana AN
Italia
Responsabile Sanitario +39 029 3028210
Amministrazione +39 029 3028210
email: info@informalinfatico.com
sito web: www.casasvarchi.it

LYMPHO SRL
Corso Garibaldi 38
00121 ANAGNI
Italia
p.+02742370428

lympho

Programma Terapeutico

Data 17.08.2020

Valutazione Disabilità con Indice e FIM
Misurazione del Delta centimetrico
Programma Decongestivo Combinato (3 ore)
Programma di Riabilitazione Motoria con Integral Training
Programma Farmacologico Antalgico (allegata prescrizione)
Prescrizione di idonea calza su misura
Valutare consulenza Psicologica
Valutare consulenza Nutrizionista/Dietologa

Foto 5

Per quanto riguarda la valutazione Psicologica, benché la struttura avesse messo a disposizione la specialista, la paziente ha preferito rimandarla a

7 AUTOSUFFICIENZA COMPLETA 8 Autosufficienza con adattamenti		SENZA ASSISTENZA	
L I V E L L I	NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE		A S S I S T E N Z A
	3 Supervisione - Preaffezioni/adattamenti		
	4 Assistenza minima (soggetto => 75%) 3 Assistenza moderata (soggetto => 50%)		
NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA		N O N A S S I S T E N Z A	
2 Assistenza minima (soggetto => 25%)		N	
1 Assistenza totale (soggetto => 0%)		Z A	

	17.08.2020	28.08.2020
CURA DELLA PERSONA		
A. Nutrizi	4	4
B. Rasciurari	3	4
C. Lavarsi	3	4
D. Vestirsi dalla vita in su	5	5
E. Vestirsi dalla vita in giù	2	4
F. Igiene personale	4	4
CONTROLLO SFINTERI		
G. Vesicaria	6	6
H. Alvo	6	6
MOBILITÀ (trasferimenti)		
I. Letto-sedia-carrozzina	3	3
J. W.C.	4	5
K. Vaso o doccia	2	4
LOCOMOZIONE		
L. Carrozzina, carrozzina	2	4
M. Scale	1	3
COMUNICAZIONE		
N. Comprensione	7	7
O. Espressione	7	7
CAPACITÀ RELAZIONALI/COGNITIVE		
P. Rapporti con gli altri	3	6
Q. Soluzione di problemi	7	7
R. Memoria	7	7
PUNTEGGIO TOTALE FEM	76	91

ITEMS MOTORI 45 - 58 PUNTI	
1	X
2	X
3	X
4	X
5	X
6	X
7	X
8	X
9	X
10	X
11	X
12	X
13	NA
14	X
TOTALE	36
VALORE MEDIO	2,57
VALORE MASSIMO	4

ITEMS COGNITIVI 31 - 34 PUNTI	
1	X
2	X
3	X
4	X
TOTALE	26
VALORE MEDIO	1,85
VALORE MASSIMO	4

Foto 9

Ed andando a valutare quali abilità e partecipazioni sono migliorate, ci si accorge che il camminare è sicuramente la abilità che è migliorata maggiormente ma anche la ricreazione e tempo libero è migliorato, la cura della persona non fosse altro per il vestirsi è migliorato. (Foto 10)

PAZIENTE	CARTELLA	FISIOTERAPISTA
██████████	N° ██████████	██████████ Giorgio
DATA 17.08.2020		DATA 28.08.2020

	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1 g410 Cambiare la posizione corporea		X					X			
2 g415 Mantenere la posizione corporea			X					X		
3 g425 Spostare oggetti con l'arto inferiore			X					X		
4 g450 Camminare				X			X			
5 g455 Spostarsi					X					X
6 g470 Usare i mezzi di trasporto				X					X	
7 g520 Prendersi cura delle singole parti del corpo					X				X	
8 g540 Vestirsi					X				X	
9 g640 Fare i lavori di casa					X				X	
10 g710-750 Interazioni interpersonali		X					X			
11 g760 Relazioni familiari		X					X			
12 g770 Relazioni intime					X					X
13 g840-850 Lavoro ed impiego	NA					NA				
14 g920-950 Ricreazione, tempo libero, spiritualità, cittadinanza					X				X	
TOTALE	36					26				
VALORE MEDIO	2,57					1,85				
VALORE MASSIMO	4					4				

Foto 10

CONCLUSIONI. Un corretto Progetto Riabilitativo Individuale permette l'assunzione in cura globale della persona. L'attenzione del Riabilitatore deve necessariamente rivolgersi alla disabilità del paziente e non solo alla sua Menomazione che comunque resta molto importante.

Gli strumenti per la valutazione funzionale sono altrettanto indispensabili di quelli per la misurazione della menomazione e debbono essere parte integrante del bagaglio (anche culturale) del Linfologo per passare da Terapeuta a Riabilitatore.

BIBLIOGRAFIA:

1. Foldi M, Foldi E.: Foldi's Textbook of Lymphology. Elsevier. San Francisco. 2009.
2. Cavezzi A., Michelini S.: Il flebolinfedema. Edizioni P.R., Bologna, 1997.
3. Gasbarro V, Michelini S., Antignani P.L., Tsolaki E., Ricci M., Allegra C. The CEAP-L classification for lymphedemas of the limbs: the italian experience. International Angiology 2009. Vol.28, N°4 : 315-324.
4. Organizzazione Mondiale della Sanità: ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Erickson Gardiolo 2002. Ricci Maurizio. Proposta di graduazione della disabilità da linfedema. Ital J Rehab Med - MR 2008; 22 - n° 3: 265-70.

5. M. Ricci. Disability scale for oedema. Eur J Lymphol vol XIX - n° 54, 2008: 43. ISSN 0778-5569 INDEXED IN EXCERPTA MEDICA.
6. M. Ricci. Proposal of Disability Scale for Lymphoedema. Eur J Lymphol vol XIX, n° 55, 2008: 21-23 ISSN 0778-5569 INDEXED IN EXCERPTA MEDICA.
7. M. Ricci: VALIDAZIONE DELL'INDICE DI DISABILITÀ DI RICCI. La Linfologia Italiana. Anno 7 n° 1 (2012) 16-22.
8. M. Ricci: Disabilità e Linfedema. La Linfologia Italiana. Vol.1, 2006, 12-15.
9. S. Michelini, A. Failla, G. Moneta, M. Cardone, L. Michelotti, V. Zinicola, V. Rubeghi: Linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici nel linfedema; Eur. Med. Phys. 2008;44(Suppl. 1 to No. 3).
10. International Lymphoedema Framework: Best practice for the management of lymphoedema. 6nd Edition 2016.
11. Casley-Smith J. Modern treatment for lymphoedema. The Lymphoedema Association of Australia, Inc., Adelaide, 1994.

Efficacia dell'esercizio terapeutico nei disordini temporomandibolari: revisione sistematica della letteratura

Sara Berto

Fisioterapista, Ancona

RIASSUNTO. I disordini temporomandibolari (DTM) sono disturbi multifattoriali che colpiscono l'articolazione temporomandibolare (ATM), i muscoli masticatori e le strutture adiacenti ad essi. Il 39% della popolazione presenta almeno un segno o sintomo di DTM, ma solo una piccola percentuale, ovvero circa il 5%, ha sintomi e segni tali da ricercarne la cura. L'efficacia degli interventi fisioterapici, specialmente dell'esercizio terapeutico, è oggetto di discussione nella comunità medica. La maggior parte delle revisioni sistematiche sull'argomento suggerisce che l'esercizio terapeutico sembri essere promettente, tuttavia la sua effettiva efficacia risulta poco chiara per via della scarsa qualità delle evidenze. L'obiettivo di questa revisione sistematica è quello di validare (o smentire) l'ipotesi delle precedenti revisioni sull'efficacia dell'esercizio terapeutico negli individui affetti da DTM in termini di riduzione del dolore e dell'entità dei sintomi temporomandibolari, incremento del range articolare, miglioramento della funzionalità oro-facciale e della qualità della vita. Per garantire una discreta qualità delle evidenze sono stati inclusi nella revisione esclusivamente studi randomizzati controllati aventi un punteggio pari o superiore a sei della scala di valutazione della qualità metodologica degli studi di PEDro.

Parole chiave: articolazione temporomandibolare, disordini temporomandibolari, esercizio terapeutico, riabilitazione

ABSTRACT. Temporomandibular disorders (TMD) are the outcome of multiple-risk determinants and affect the temporomandibular joint (TMJ), the masticatory muscles, and associated structures. The reviewed literature suggests that treatment-seeking-population is only a small percentage (5%) of people presenting TMD symptoms (39%), and that this percentage is mainly composed of women, although the ratio varies from study to study. The effectiveness of physical therapy, especially therapeutic exercise interventions, in treating TMD has been a matter of debate within the medical community. Most systematic reviews concluded that exercise therapy is promising, but that its effect is unclear because the quality of the evidence is limited. Thus, the aim of this systematic review is to validate (or to refute) the hypothesis made by the previous reviews on the effectiveness of therapeutic exercise interventions in patients with TMD in terms of pain and symptoms reduction, improved oral function, improved mandibular range of motion and improved overall health. In order to guarantee good quality evidence only studies that were considered to be of good methodological quality according to PEDro scale (PEDro score ≥ 6) were included in this review.

Key words: temporomandibular joint, temporomandibular disorders, therapeutic exercise, rehabilitation

INTRODUZIONE

Il termine "disordini temporomandibolari" (DTM) è un termine collettivo usato per indicare patologie che colpiscono l'articolazione temporomandibolare (ATM) ed i muscoli masticatori.(1-3) Questi disturbi sono caratterizzati da tre segni o sintomi: dolore intermittente o persistente in area mandibolare o pre-auricolare; presenza di limitazione dei movimenti o deviazione laterale durante l'apertura della bocca; crepitii mandibolari (detti anche "click mandibolari"), che avvengono prevalentemente nei movimenti di apertura della bocca.(3,4) La maggior parte dei casi il disturbo è lieve. Infatti, la letteratura suggerisce che la popolazione in cerca di trattamento per i DTM è solo una piccola percentuale di tutte le persone che presentano i sintomi caratteristici del disturbo, e che questa percentuale è composta principalmente da donne.(5-7)

Il processo di guarigione dei DTM può comprendere diversi tipi di trattamento, chirurgici e no. I trattamenti conservativi vengono preferiti nella prima presa in carico del paziente, mentre l'approccio chirurgico viene solitamente preso in considerazione come ultima spiaggia. Tra i trattamenti conservativi

che sembrano essere promettenti, in letteratura emerge l'esercizio terapeutico, già dimostratosi efficace nella risoluzione di altri disturbi muscolo-scheletrici. Tuttavia, la maggior parte delle revisioni sistematiche che valutano l'efficacia di questo intervento nei DTM sono datate, e quelle recenti non confermano l'efficacia di questa modalità terapeutica a causa della scarsa qualità delle prove raccolte.(8,9) L'obiettivo di questa revisione sistematica è quindi quello di valutare l'efficacia dell'esercizio terapeutico nel trattamento dei DTM in termini di riduzione del dolore e dell'entità dei sintomi temporomandibolari, incremento del range articolare, miglioramento della funzionalità oro-facciale e della qualità della vita.

MATERIALI E METODI

La revisione sistematica è stata redatta secondo le linee guida del *PRISMA Statement*. Le fonti di ricerca utilizzate sono: PUBMED, PEDro, Cochrane Central register of Controlled Trials (database inclusi: Embase, ICTRP, CINAHL). Per essere inclusi nella revisione gli studi dovevano rispettare i seguenti criteri: essere trials randomizzati controllati (RCT);

essere stati pubblicati successivamente a gennaio 2010; avere partecipanti con diagnosi di DTM; avere l'esercizio terapeutico tra gli interventi esaminati. Gli studi dovevano inoltre presentare una "buona qualità metodologica" (*PEDro score* ≥ 6).

Gli outcome primari indagati sono: dolore, range di movimento e qualità della vita in relazione al disturbo temporomandibolare (intesa come influenza del DTM sulla qualità della vita della persona).

Gli outcome secondari esaminati sono: funzionalità oro-facciale (intesa come funzionalità dell'ATM) ed entità dei segni e sintomi di DTM.

La sintesi delle evidenze è stata effettuata in modo narrativo, in quanto non è stato utilizzato alcun metodo di valutazione della qualità delle evidenze.

RISULTATI

Partendo da un totale di 634 studi, sono stati inclusi a seguito del processo di selezione 8 trials randomizzati controllati (10-17), per un totale di 553 partecipanti. Gli studi selezionati hanno confrontato l'intervento di esercizio terapeutico (isolato o associato ad altre terapie), con un intervento placebo o un altro tipo di trattamento.

In tutti gli studi analizzati è possibile notare un miglioramento significativo del dolore rispetto al periodo precedente l'intervento. È inoltre possibile osservare miglioramenti per quanto riguarda la funzionalità dell'ATM, l'entità dei sintomi e la qualità della vita in relazione al DTM in tutti gli studi in cui sono stati valutati questi outcome. (10-13,16,17)

Dei cinque studi che valutano il range mandibolare(11,13-15,17), invece, tre(13-15) mostrano una differenza significativa mentre due(11,12) non mostrano una differenza statisticamente importante.

I risultati degli studi sono stati riassunti nella Tabella 1.

DISCUSSIONE

I risultati di questa revisione supportano quelli ottenuti da due revisioni sistematiche precedenti,(8,9) le quali avevano suggerito che l'utilizzo dell'esercizio terapeutico apporti benefici nel trattamento dei disordini temporomandibolari.(8,9)

Sono tuttavia presenti in questa revisione bias che non permettono di confermare con certezza gli effetti positivi ottenuti grazie a questo tipo di intervento.

Un bias importante riguarda l'eterogeneità degli studi, in particolare modo riguardante le scale di misura utilizzate, il tipo di intervento terapeutico (esercizi domiciliari o supervisionati), la sua modalità di esecuzione e frequenza, e l'intervento di controllo o confronto scelto. È inoltre presente un'ampia eterogeneità per quanto riguarda i diversi tipi di DTM esaminati dagli studi, sebbene non sia stata trovata alcuna correlazione tra il sottotipo di DTM e la sua prognosi.

Un altro potenziale bias è costituito dal fatto che solo tre studi(10,11,15) presentano un gruppo sperimentale con un protocollo di trattamento che consiste esclusivamente di esercizi terapeutici. In uno degli studi inclusi nella revisione(16) l'esercizio terapeutico è stato associato a terapia termica, e in altri due(14,17) all'educazione del paziente. In altri due studi(12,13), invece, tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni riguardanti l'ATM e il come mantenerla in buona salute. Ciò ha reso difficile la valutazione dell'efficacia dei protocolli di esercizio terapeutico in esclusiva.

In tre(11,12,17) dei cinque studi che hanno valutato l'influenza del DTM sulla qualità della vita della persona è possibile notare una differenza significativa tra i gruppi di esercizio terapeutico e quelli aventi un protocollo diverso. Questo potrebbe essere dovuto al fatto che l'esercizio terapeutico è un metodo che permette di rafforzare il senso di *empowerment* del paziente e la sua capacità di attuare strategie di *coping*.(11) Proprio a causa di ciò, la qualità della vita in relazione al DTM, e quindi la percezione che i pazienti hanno del loro disturbo, potrebbe ottenere un miglioramento con l'uso di questo tipo di terapia.

Solo tre outcome (dolore, ROM e influenza del DTM sulla qualità della vita) sono stati esaminati in più di cinque studi, pertanto solo questi outcome sono stati analizzati, al fine di fornire una migliore qualità dei risultati ottenuti.

Tre (13-15) degli studi che hanno valutato il range articolare hanno registrato un miglioramento significativo rispetto alle misurazioni effettuate prima dell'inizio del trattamento, mentre due(11,17) non hanno registrato una differenza significativa. Pertanto, non ci sono abbastanza evidenze per appurare che l'esercizio terapeutico sia efficace nell'aumentare il range articolare. Invece, il dolore e la qualità della vita correlata al DTM sono migliorati in modo significativo in tutti gli studi che li hanno inclusi nei loro risultati. La coerenza di questi risultati fornisce prove sufficienti per affermare che l'esercizio terapeutico è efficace nel ridurre il dolore e migliorare la qualità della vita in pazienti affetti da disordini temporomandibolari.

CONCLUSIONE

Gli studi inclusi in questa revisione hanno riportato unicamente risultati positivi o neutri per tutti gli outcome esaminati. Infatti, come riportato nella Tabella 1, in nessuno studio sono stati osservati effetti negativi in seguito all'intervento di esercizio terapeutico. Pertanto, il rapporto rischio-beneficio è favorevole all'esercizio terapeutico come trattamento dei disturbi temporomandibolari.

In conclusione, tutti gli studi inclusi hanno dimostrato che l'esercizio terapeutico ha avuto effetti positivi in pazienti diagnosticati con disturbi temporomandibolari sia muscolari che articolari. Tuttavia, a causa della mancanza di studi di alta qualità e del fatto che solo tre dei cinque outcome investigati sono stati analizzati in più di cinque studi, evidenze di buona qualità sono state trovate solo per

quanto riguarda l'efficacia dell'esercizio sul dolore e sulla qualità della vita correlata al DMT.

Al fine di far luce sull'effettiva efficacia dell'esercizio terapeutico nei disturbi temporomandibolari sono necessari RCT ben programmati che usino esclusivamente l'esercizio terapeutico, non associato ad alcuna altra terapia. Sarebbe anche necessaria una standardizzazione riguardante il dosaggio degli esercizi usati, la loro tipologia e la durata della terapia, in modo da avere risultati più facilmente comparabili tra loro.

BIBLIOGRAFIA

1. César Fernández-de-las-Peñas JM-J. Temporomandibular disorders. Handspring Publishing Limited. 2018. pp. 3-155
2. Connelly ST, Tartaglia GM, Silva RG. Contemporary Management of Temporomandibular Disorders: Fundamentals and Pathways to Diagnosis. Vol. 6, Stomatology Edu Journal. 2019. pp.105-142
3. De Leeuw R. Orofacial pain: guidelines for classification, assessment, and management. The Laryngoscope. 2008.
4. Dworkin SF, Huggins KH, Wilson L, Mancl L, Turner J, Massoth D, et al. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. J Orofac Pain. 2002;
5. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: A systematic review of axis I epidemiologic findings. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2011;
6. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. New England Journal of Medicine. 2008.
7. Velly AM, Look JO, Carlson C, Lenton PA, Kang W, Holcroft CA, et al. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain - A prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. Pain. 2011;
8. Medicott MS, Harris SR. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. Physical Therapy. 2006.
9. Armijo-Olivo S, Pitance L, Singh V, Neto F, Thie N, Michelotti A. Effectiveness of manual therapy and therapeutic exercise for temporomandibular disorders: Systematic review and meta-analysis. Phys Ther. 2016;
10. Barbosa MA, Tahara AK, Ferreira IC, Intelangelo L, Barbosa AC. Effects of 8 weeks of masticatory muscles focused endurance exercises on women with oro-facial pain and temporomandibular disorders: A placebo randomised controlled trial. J Oral Rehabil. 2019;46(10):885-94.
11. Wänman A, Marklund S. Treatment outcome of supervised exercise, home exercise and bite splint therapy, respectively, in patients with symptomatic disc displacement with reduction: A randomised clinical trial. J Oral Rehabil. 2020;47(2):143-9.
12. Machado BCZ, Mazzetto MO, Da Silva MAMR, de Felício CM. Effects of oral motor exercises and laser therapy on chronic temporomandibular disorders: a randomized study with follow-up. Lasers Med Sci [Internet]. 2016;31(5):945-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10103-016-1935-6>
13. Haketa T, Kino K, Sugisaki M, Takaoka M, Ohta T. Randomized clinical trial of treatment for TMJ disc displacement. J Dent Res. 2010;89(11):1259-63.
14. Kalamir A, Bonello R, Graham P, Vitiello AL, Pollard H. Intraoral myofascial therapy for chronic myogenous temporomandibular disorder: A randomized controlled trial. J Manipulative Physiol Ther [Internet]. 2012;35(1):26-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmpt.2011.09.004>
15. Bae Y, Park Y. The effect of relaxation exercises for the masticator muscles on temporomandibular joint dysfunction (TMD). J Phys Ther Sci. 2013;25(5):583-6.
16. Melo RA, de Resende CMBM, Rêgo CR de F, Bispo A de SL, Barbosa GAS, de Almeida EO. Conservative therapies to treat pain and anxiety associated with temporomandibular disorders: a randomized clinical trial. Int Dent J. 2020;70(4):245-53.
17. de Felício CM, Melchior M de O, de Silva MAMR. Effects of orofacial myofunctional therapy on temporomandibular disorders. Cranio - J Craniomandib Pract. 2010;28(4):249-59.

Skeletal effects of Hyperthyroidism

Francucci CM1,2, Riccardi GR2, Giacchetti P2, Mercante O2, D'Ambrosio F2.

¹San Pier Damiano Hospital, Villa Maria Group Care & Research, Faenza (RA), Italy.

²Postacute and Long-Term Care Department, I.N.R.C.A., Ancona, Italy

3S.E.R.E.S. Onlus -ANCONA

Riassunto. Gli ormoni tiroidei svolgono un ruolo chiave nello sviluppo scheletrico e sono importanti regolatori dell'omeostasi ossea nell'età adulta. L'ipertiroidismo nei bambini, se non diagnosticato e trattato precocemente, determina una maggiore maturazione scheletrica ed una bassa statura a causa della fusione prematura delle cartilagini di accrescimento. Negli adulti, la tireotossicosi causa grave osteoporosi e frattura, ma i casi sono rari a causa della pronta diagnosi e del trattamento antitiroideo. Dati recenti indicano che anche l'ipertiroidismo subclinico è associato a una bassa densità minerale ossea e ad un aumentato rischio di frattura.

Keywords: thyrotoxicosis, hyperthyroidism, subclinical hyperthyroidism, osteoporosis, bone turnover markers, bone mineral density, fracture.

Abstract. Thyroid hormones play a key role in skeletal development and are important regulators of bone homeostasis in adulthood. Hyperthyroidism in children leads to an enhanced skeletal maturation, but also results in short stature due to premature fusion of the growth plate. In adults, thyrotoxicosis is well known to cause severe osteoporosis and fracture, but cases are rare because of prompt diagnosis and treatment. Recent data, however, indicate that subclinical hyperthyroidism is associated with low bone mineral density (BMD) and an increased risk of fracture.

Keywords: thyrotoxicosis, hyperthyroidism, subclinical hyperthyroidism, osteoporosis, bone turnover markers, bone mineral density, fracture.

Thyroid hormones are essential for normal skeletal development and normal bone metabolism in adults but can have detrimental effects on bone structures in states of thyroid dysfunction.

The thyroid gland mainly secretes thyroxine (3,5,3',5'-I-tetraiodothyronine, T4), and the circulating level of T4 is approximately fourfold higher than the concentration of the biologically active hormone 3,5,3'-I-triiodothyronine (T3). A classic endocrine negative feedback loop maintains an inverse relationship between the circulating concentrations of thyroid hormones and thyroid stimulating hormone (thyrotropin, TSH), thus establishing the hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis set-point. T4 and T3 enter target cells via active transport involving several specific transporter proteins. Once inside the target cell, T4 and T3 are metabolized by either the activating type 2 iodothyronine deiodinase (DIO2) or the inactivating type 3 enzyme (DIO3). DIO2 catalyses 5'-deiodination of T4 to generate the active hormone T3, whereas DIO3 catalyses removal of the 5-iodine atom from T4 or T3 to generate the inactive metabolites, reverse T3 (3,3',5'-I-triiodothyronine, rT3) or 3,3'-diiodotyrosine (T2), respectively. Thus, the balance of DIO2 and DIO3 activities regulates the intracellular supply of the active hormone, T3. T3 then enters the nucleus where it binds and activates either thyroid hormone receptor α or β (TR α , TR β). TRs function as hormone-dependent transcription factors that repress target gene expression in the absence of hormone and stimulate gene transcription

in response to T3 binding. TR β is the main receptor expressed in the hypothalamus and pituitary where it mediates negative feedback control of the HPT axis, whereas TR α is the main receptor expressed in the skeleton and mediates T3 action in bone and cartilage.

Thyrotoxicosis is a well-established cause of high bone turnover with an increased frequency of initiation of bone remodeling sites together with increased bone resorption and formation rates as well as highlighted by the increase in biochemical markers of bone resorption and bone formation (Engler H *et al. Clin Chim Acta* 289, 159-172, 1999). The remodeling time is shortened with consequent imbalance between resorption and formation that results in a net loss of approximately 10% of bone per remodeling cycle (Eriksen EF *et al. Bone* 6:421, 1985). The accelerated remodeling cycle causes an increased release of calcium into the systemic circulation. High levels of calcium reduce parathyroid hormone secretion leading to an increased urinary calcium loss and a negative calcium balance. The conversion of vitamin D into its active form is also reduced by low parathormone thus reducing gastrointestinal calcium absorption and resultant fecal calcium losses (Allain TJ and McGregor AM. *J Endocrinol* 139:9, 1993).

The main causes of hyperthyroidism are Graves' disease, toxic multinodular goiter, and toxic adenoma. Overt thyroid disorders, defined as a

suppression of TSH with increased FT4 and/or free triiodothyronine (FT3) are clinically evident, and an early diagnosis is usually made. For these reasons, severe long-lasting hyperthyroidism is now rarely encountered in clinical practice and, therefore, severe osteoporosis resulting from untreated thyrotoxicosis is now rare. However, undiagnosed hyperthyroidism is an important risk factor for secondary bone loss and osteoporosis in patients presenting to hospital with fracture. A meta-analysis of 20 studies of patients with thyrotoxicosis calculated that BMD was reduced at the time of diagnosis and there was an increased risk of hip fracture which increases significantly with age (*Vestergaard P et al. Thyroid 2003, 13, 585-593*). Further investigation of the effect of antithyroid treatment demonstrated the low BMD at diagnosis returned to normal after 5 years (*Vestergaard P et al. CTI 77:139-144, 2005*). However, a prior history of hyperthyroidism is an independent risk factor for hip and vertebral fracture (*Ahmed LA et al. Osteoporos Int. 2006, 17, 46-53*).

Subclinical hyperthyroidism, defined as low TSH and free hormones within the reference range, is a subtler disease, often asymptomatic, and the diagnosis is incidentally made during screening exams. Recent data suggest, despite heterogeneity between studies in several meta-analyses and reviews, that this clinical condition may affect bone metabolism resulting in an increase in bone turnover, decreased bone mineral density (BMD) and increased risk of fracture, in particularly among those with TSH levels of less than 0.10 mIU/L, endogenous subclinical hyperthyroidism and in postmenopausal women (*Blum MR et al. JAMA 313(20):2055-2065, 2015. - Zhu H et al. Endocrine 67:685-698, 2020*). The main causes of exogenous subclinical hyperthyroidism are inappropriate replacement dose of thyroxine and TSH suppressive L-thyroxine doses in the therapy of benign thyroid nodules and thyroid carcinoma. Available data suggest that a long-term TSH suppressive dose of thyroxine may decrease BMD and may induce an increased risk of fracture (*Yoon BH et al. J Bone Metab 2019;26(1):51-60*). These effects are particularly observed in postmenopausal women but are less evident in premenopausal women.

Thyrotoxicosis in children is relatively rare and causes accelerated intramembranous and endochondral ossification and an increase in linear growth rate. Paradoxically, the accompanying advancement in bone age may result in premature fusion of the growth plates and early cessation of growth leading to persistent short stature. In severe thyrotoxicosis in young children, early closure of the cranial sutures can result in craniosynostosis with neurological sequelae. Untreated hyperthyroidism during

pregnancy is also associated with craniosynostosis and may be a causative risk factor (*Bassett JHD et al. Endocr Rev. 2016; 37(2):135-87*).

CONCLUSION. Thyroid hormones act via TR α in osteoblasts, but their actions in osteocytes and osteoclasts have not been defined. Thyroid hormones stimulate adult bone turnover via increased osteoclastic bone resorption. In contrast to the effects on the juvenile skeleton in which thyroid hormones are anabolic and stimulate bone growth and mineralization, T3 exerts catabolic actions in the adult skeleton and stimulates bone loss. Thyrotoxicosis is a well-established cause of high bone turnover osteoporosis, resulting in an increased susceptibility to fracture. This complication is now rare because of prompt diagnosis and treatment. Subclinical hyperthyroidism is associated with an increased risk of fracture in both men and women, but especially those with endogenous disease. TSH suppression therapy in thyroid cancer may be associated with bone loss and fracture in postmenopausal women. There is potential for the use of bisphosphonates to prevent bone loss. In patients who are on replacement T4, dosage needs merely to be lowered to attain a more physiological serum TSH level.

REFERENCES.

1. Engler H, Oettli RE, Riesen WF. Biochemical markers of bone turnover in patients with thyroid dysfunctions and in euthyroid controls: a cross-sectional study Clin Chim Acta 1999; 289(1-2):159-72.
2. Eriksen EF, Mosekilde L, Melsen F. Trabecular bone remodeling and bone balance in hyperthyroidism. Bone 1985; 6(6):421-8.
3. Allain TJ, McGregor AM. Thyroid hormones and bone. J Endocrinol. 1993; 139(1):9-18.
4. Vestergaard P, Mosekilde L. Hyperthyroidism, bone mineral, and fracture risk--a meta-analysis. Thyroid. 2003; 13(6):585-93.
5. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Influence of hyper- and hypothyroidism, and the effects of treatment with antithyroid drugs and levothyroxine on fracture risk. Calcif Tissue Int. 2005; 77(3):139-44.
6. Ahmed LA, Schirmer H, Berntsen GK, et al. Self-reported diseases and the risk of non-vertebral fractures: the Tromsø study. Osteoporos Int. 2006; 17(1):46-53.
7. Blum MR, Bauer DC, Collet TH, et al. [Thyroid Studies Collaboration](#). Subclinical thyroid dysfunction and fracture risk: a meta-analysis. JAMA. 2015; 313(20):2055-65.
8. Zhu H, Zhang J, Wang J, et al. Association of subclinical thyroid dysfunction with bone mineral density and fracture: a meta-analysis of prospective cohort studies. Endocrine. 2020; 67(3):685-698.
9. Yoon BH, Lee Y, Oh HJ, et al. Influence of Thyroid-stimulating Hormone Suppression Therapy on Bone Mineral Density in Patients with Differentiated Thyroid Cancer: A Meta-analysis J Bone Metab. 2019; 26(1):51-60.
10. Williams GR, Bassett JHD. Thyroid diseases and bone health. J Endocrinol Invest. 2018; 41(1):99-109.

Il supporto nutrizionale al paziente oncologico

Rodolfo Mattioli

Già Direttore Oncologia Medica Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord.

RIASSUNTO. Il paziente oncologico deve essere considerato sempre a rischio di malnutrizione e deve essere seguito ed, eventualmente, supportato dal punto di vista nutrizionale fin dall'inizio del suo percorso diagnostico-terapeutico. Le specifiche finalità della terapia nutrizionale nel paziente oncologico sono:

- prevenire la malnutrizione; • potenziare gli effetti della terapia antitumorale
- ridurre gli effetti collaterali della terapia antitumorale
- migliorare la qualità di vita.

La malnutrizione è, quindi, "una malattia nella malattia" che provoca un declino dello stato funzionale dell'organismo e condiziona una minor risposta e una minor tolleranza ai trattamenti antitumorali determinando un aumento del rischio di tossicità della chemioterapia e della radioterapia.

Tra le cause di malnutrizione nel paziente neoplastico, ricordiamo:

- alterazioni anatomiche del tratto gastrointestinale che interferiscono con i meccanismi della nutrizione
- ridotta introduzione alimentare per varie cause di tipo anatomico, funzionale, farmacologico nonché psicologico
- effetti collaterali dei trattamenti chirurgici, radioterapici e chemioterapici
- alterazioni metaboliche e neuroendocrine, causate soprattutto da certi tipi di neoplasie

Secondo le linee guida, il supporto nutrizionale è indicato:

- nei pazienti con malattia oncologica in atto candidati al trattamento chirurgico, chemioterapico o radioterapico
- nei pazienti non più colpiti da malattia oncologica, ma affetti da esiti dei trattamenti chirurgici, radioterapici o chemioterapici subiti, tali da limitare l'autonomia nutrizionale

Il piano nutrizionale va adattato ad ogni paziente attraverso una quantificazione dei fabbisogni. In conclusione, possiamo dire che gli obiettivi del supporto nutrizionale sono:

- conservare la massa magra
- migliorare lo stato immunitario
- migliorare la tolleranza ai trattamenti radioterapici e chemioterapici
- diminuire il rischio di complicanze chirurgiche
- migliorare lo stato funzionale
- migliorare la qualità della vita

Parole chiave: paziente oncologico, malnutrizione, terapia nutrizionale, dieta

ABSTRACT. The cancer patient must always be considered at risk of malnutrition and must be followed and possibly supported from a nutritional point of view from the very beginning of his diagnostic-therapeutic path. The specific purposes of nutritional therapy in the cancer patient are:

- prevent malnutrition; • enhance the effects of anti-tumor therapy
- reduce the side effects of anticancer therapy
- improve the quality of life.

Malnutrition is, therefore, "a disease within a disease" which causes a decline in the functional state of the organism and conditions a lower response and a lower tolerance to anticancer treatments, resulting in an increased risk of toxicity from chemotherapy and radiotherapy.

Among the causes of malnutrition in the neoplastic patient, we remember:

- anatomical alterations of the gastrointestinal tract that interfere with the mechanisms of nutrition
- reduced food intake for various anatomical, functional, pharmacological and psychological causes
- side effects of surgical, radiotherapy and chemotherapy treatments
- metabolic and neuroendocrine alterations, mainly caused by certain types of neoplasms

According to the guidelines, nutritional support is indicated:

- in patients with oncological disease who are candidates for surgical, chemotherapy or radiotherapy treatment
- in patients no longer affected by oncological disease, but suffering from results of surgical, radiotherapy or chemotherapy treatments, such as to limit nutritional autonomy

The nutritional plan must be adapted to each patient through a quantification of needs. In conclusion, we can say that the goals of nutritional support are:

- preserve lean mass
- improve the immune status
- improve tolerance to radiotherapy and chemotherapy treatments
- decrease the risk of surgical complications
- improve functional status
- improve the quality of life

Keywords: cancer patient, malnutrition, nutritional therapy, diet

La presenza di neoplasia può avere conseguenze negative sullo stato nutrizionale del paziente.

La nutrizione è un aspetto molto importante nella gestione globale delle persone affette da malattie gravi ed appare ormai assodato che la valutazione ed

il supporto nutrizionale siano momenti rilevanti dell'iter terapeutico che i pazienti intraprendono.

L'intervento valutativo ed il trattamento nutrizionale personalizzato assumono grande valore alla luce dell'evidenza che la condizione nutrizionale dei pazienti può influenzare la durata delle malattie, la risposta ai trattamenti farmacologici, la mortalità, la durata della degenza ospedaliera e conseguentemente i costi di gestione.

La malnutrizione è una condizione di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo conseguente allo squilibrio tra fabbisogni, introiti ed utilizzazione dei nutrienti tale da comportare un eccesso di morbilità e mortalità o un'alterazione della qualità della vita.

La malnutrizione pertanto include sia alterazioni derivanti da carente apporto di nutrienti, sia da eccessivo apporto, sia da alterato metabolismo degli stessi.

Nei pazienti ospedalizzati, la malnutrizione è la risultante di un deficit, acuto o cronico, sia di calorie sia di proteine che configurano il quadro della cosiddetta malnutrizione proteico-calorica. Essa va considerata alla stregua di una "malattia nella malattia" in quanto in grado di condizionare negativamente la prognosi della malattia di base che l'ha determinata.

La valutazione dello stato nutrizionale, l'attuarsi di un intervento nutrizionale e quindi la presenza nell'equipe sanitario di un medico che si occupi dello stato nutrizionale dei pazienti risulta chiaramente fondamentale.

Il supporto nutrizionale deve essere considerato a tutti gli effetti una terapia di sostegno vitale alla stregua della dialisi per l'insufficienza renale o della ventilazione artificiale per l'insufficienza respiratoria.

Prevenire e trattare la malnutrizione e/o la perdita di peso significa occuparsi di un aspetto non accessorio ma di base che riduce la tossicità indotta dalla radiochemioterapia, migliora la sensibilità delle cellule tumorali al trattamento antineoplastico, aumenta le difese dell'organismo, diminuisce la frequenza e la durata dei ricoveri, previene le complicanze post-operatorie, previene la perdita di forza fisica e la debolezza che ne può derivare, previene e/o riduce la depressione, determina benefici sul piano emotivo, sociale e pertanto tutto ciò arricchisce e migliora l'assistenza e la qualità della vita dei pazienti.

Un tumore si origina quando una cellula accumula una serie di danni a carico del DNA perdendo così il controllo della sua capacità di replicarsi e viene a trovare un ambiente favorevole ad una moltiplicazione cellulare incontrollata. L'alimentazione può influenzare l'insorgenza dei tumori attraverso numerosi meccanismi, dall'esposizione a cancerogeni presenti nei cibi o formati nella cottura o nella conservazione degli alimenti, alla riparazione dei danni al DNA, dalla capacità di fornire sostanze che favoriscono o al contrario sfavoriscono la formazione dei radicali liberi responsabili di danni cellulari (sostanze pro o anti-ossidanti) all'attivazione di meccanismi di morte cellulare programmata.

La dieta è poi in grado di modificare significativamente l'ambiente interno promuovendo o al contrario limitando la disponibilità di sostanze e di ormoni.

La complessa interazione di questi meccanismi, unita alla grande varietà degli stili alimentari nelle diverse popolazioni ed alla diversa costituzione genetica degli individui costituisce la principale difficoltà incontrata dalla ricerca scientifica su alimentazione e cancro.

Diversi studi epidemiologici sulla relazione tra cancro e nutrizione hanno apportato solide prove sul fatto che alcuni modelli dietetici, caratteristiche antropometriche ed attività fisica giocano un ruolo importante nell'eziologia di alcuni dei tumori più frequenti

I carcinogeni dietetici rappresentano una delle principali fonti di rischio di subire un cancro.

L'origine dei carcinogeni presenti negli alimenti viene spesso attribuita agli additivi alimentari, ai pesticidi di sintesi ed a vari inquinanti ambientali.

In realtà, questi prodotti chimici rappresentano meno del 1% dei carcinogeni trovati negli alimenti.

La maggior parte dei carcinogeni dietetici appartengono ai pesticidi naturali (tossine prodotte dalle piante per proteggersi da funghi, insetti ed animali predatori), micotossine (prodotte dai funghi negli alimenti) e sostanze prodotte durante la preparazione (cottura) degli alimenti come le ammine eterocicliche aromatiche, idrocarburi policiclici aromatici (IPA) ed i composti N-nitrosi.

Vari studi dimostrano che, per quanto riguarda la composizione della dieta, c'è un'associazione chiara tra l'elevato consumo di vegetali e frutta e la riduzione del rischio di diversi tumori, soprattutto

quelli dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio (cancro orale, di faringe, laringe, esofago, stomaco e polmone).

L'elevato consumo di vegetali si associa anche ad un minor rischio di cancro del colon-retto anche se questa evidenza non è molto forte.

L'elenco degli alimenti che sono stati chiaramente identificati come associati ad un incremento del rischio di cancro è molto ridotta: l'alcol (aumenta il rischio di subire cancro orale, della faringe, laringe, esofago e fegato) ed il pesce sotto sale (aumenta il rischio di neoplasia nasofaringea) nonché il consumo frequente di carne rossa, solitamente di manzo, si associa ad un incremento del rischio di subire un tumore del colon-retto; una dieta ricca di sale aumenta probabilmente il rischio di cancro allo stomaco.

Tanto gli studi sperimentali con animali come gli studi epidemiologici realizzati fino ad oggi, mettono in evidenza la stretta associazione esistente tra l'elevato consumo di grassi assunti con la dieta e l'aumento dell'incidenza e della mortalità per cancro.

Il progetto EPIC (European Prospective Investigation in to Cancer and nutrition), il più grande studio prospettico mai intrapreso, che segue oltre 482.948 persone reclutate in 9 paesi europei con abitudini alimentari molto diverse, ha confermato un chiaro effetto preventivo del consumo di alimenti ricchi di fibre vegetali, sia cereali che verdura e frutta.

Molti pazienti affetti da neoplasia se non seguiti arrivano a gravi conseguenze legate malnutrizione.

A differenza di quanto avvenuto fino ad oggi, la malnutrizione non può più essere considerata un ineluttabile effetto collaterale della malattia a cui rassegnarsi; essa è, infatti, prevenibile e reversibile a patto che l'intervento nutrizionale sia il più tempestivo possibile, divenendo parte integrante delle cure oncologiche, in quanto personalizzato, dinamico, e finalizzato a prevenire o a correggere la perdita di peso e la malnutrizione.

Prevenire la perdita di peso riduce la tossicità indotta dalla radio-chemioterapia, migliora la sensibilità delle cellule tumorali al trattamento antineoplastico, rinforza le difese dell'organismo, diminuisce la frequenza e la durata dei ricoveri, previene le complicanze post-operatorie e la depressione. Tutto questo ha un impatto positivo sulla qualità della vita,

consentendo di prevenire la perdita di forza fisica e la debolezza che ne può derivare.

Il tipo di intervento messo in atto per ottenere questi obiettivi dipende dalla fase della malattia e dal tipo di trattamento prescritto, e a seconda dei casi può prevedere un'adeguata dieta alimentare, la somministrazione di supplementi nutrizionali orali o integratori per bocca o, se queste misure risultano insufficienti o inefficaci, si può ricorrere alla nutrizione enterale o parenterale in ospedale o a domicilio.

In alcuni casi, però le terapie antitumorali possono determinare un aumento di peso. Questo è particolarmente frequente nelle donne con tumore al seno, le quali vanno molto spesso incontro a sovrappeso o obesità anche a poca distanza dall'inizio della terapia adiuvante o negli anni successivi. Il sovrappeso rappresenta un fattore prognostico sfavorevole per il tumore della mammella (come per gli altri tumori), aumentando sia il rischio di un primo tumore che quello di recidiva dopo terapia. Sovrappeso e obesità, inoltre, aumentano il rischio di diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari.

Quindi, il mantenimento del proprio peso forma riveste grande importanza nei malati di cancro, perché sia la perdita che l'aumento di peso involontaria, anche se con meccanismi diversi, influenzano negativamente la capacità di ripresa dell'organismo dopo le terapie. La perdita di peso e la malnutrizione sono molto spesso sintomi strettamente correlati con l'insorgenza della patologia neoplastica e tendono ad aggravarsi con l'evoluzione della malattia. Nel 20% dei casi i problemi metabolico-nutrizionali possono costituire una 'malattia nella malattia'.

La perdita di peso può essere causata da:

- perdita di appetito;
- alterato sapore del cibo
- difficoltà a deglutire il cibo;
- ostruzione al passaggio del cibo in un tratto dell'apparato digerente;
- alterata capacità di digerire o assorbire i cibi;
- conseguenze delle terapie antineoplastiche (nausea, vomito, diarrea, infiammazioni del cavo orale dovute a chemio o radioterapia o alla chirurgia);
- ansia, paura e depressione.

Infine, le alterazioni del metabolismo, spesso indotte dal tumore, sono responsabili di un aumentato dispendio di calorie e di perdita di muscolo con conseguente perdita di peso e quindi di forza fisica, nonché di maggiore affaticamento.

Alleviare e contrastare questi problemi vuol dire aumentare l'aspettativa di vita, potenziare il sistema immunitario, il peso migliorando l'immagine corporea, potenziare la forza e la funzione dell'organismo aumentando la qualità della vita.

Ciò riduce anche le complicità e i tempi di ricovero ospedalieri, prolungando la sopravvivenza.

Per prevenire la perdita di peso e di forza fisica possono essere realizzati virtualmente tutti i tipi di trattamento nutrizionale, a partire dalla prescrizione di un'adeguata dieta alimentare, all'integrazione con prodotti specifici per os, ossia da prendere per bocca, fino alla nutrizione artificiale, parenterale o enterale in ospedale o a domicilio.

Se il paziente è ancora in grado di alimentarsi adeguatamente per la via naturale, è certamente consigliata l'elaborazione di un piano dietetico personalizzato, il più possibile rispondente alle sue preferenze.

Molto spesso, invece, il paziente neoplastico è sì in grado di alimentarsi normalmente, ma in quantità insufficienti a soddisfare i fabbisogni nutrizionali a causa dell'anoressia o delle conseguenze gastro-intestinali delle terapie.

A seconda della situazione clinica, l'apporto calorico ritenuto adeguato dovrebbe essere di circa 30- 35 kcal/kg al giorno.

Valori inferiori devono essere ritenuti a rischio di malnutrizione.

Un introito calorico inferiore al 50% dei fabbisogni per un periodo uguale o superiore a 7 giorni richiede un intervento di nutrizione artificiale.

COME FAVORIRE LA RIPRESA DELL'APPETITO

È stato dimostrato che i derivati dell'ormone progesterone, in particolare il megestrolo acetato, aumentano l'appetito nei pazienti oncologici. Alla luce dei dati acquisiti dalla letteratura, fanno parte dei farmaci che il medico può prescrivere per controllare la perdita di peso, ma sono inefficaci ai fini del recupero della massa magra, ossia del muscolo.

Soluzioni pratiche

- Mangiare poco ma spesso (ad esempio una piccola porzione ogni due ore nell'arco della giornata), se non si riesce a consumare pasti abbondanti.
- Rendere il cibo quanto più allettante possibile per stuzzicare le papille gustative. Mettere una piccola porzione nel piatto e guarnirlo con fettine di limone o pomodoro o un rametto di prezzemolo.
- Un aperitivo o due dita di vino bianco secco prima dei pasti possono stimolare l'appetito. Un bicchiere di buon vino rosso a pasto potrebbe aiutare la digestione.
- Tenere sempre a portata di mano qualcosa da sgranocchiare: noccioline, patatine, frutta secca o scaglie di parmigiano, abbastanza leggeri e gustosi. Se si hanno problemi ad ingoiare, yogurt o formaggio molle possono alleviare il fastidio.
- Sostituire piccoli pasti con bevande nutrienti dolci o saporite.
- Mangiare lentamente, masticare bene e riposare dopo ogni pasto.
- A volte l'odore di cucina può essere stuzzicante, altre volte può far passare l'appetito. Se cucinare fa quest'effetto, chiedere a familiari o amici di preparare i pasti, oppure mangiare piatti freddi presentati in modo invitante.
- L'appetito varia a seconda dell'umore. Nei momenti in cui si è 'su di giri', trattarsi bene e concedersi il piacere di mangiare ciò che più è gradito. Mangiare in una stanza in cui ci si sente a proprio agio e si è lontani da distrazioni.

Perché utilizzare una dieta più ricca?

Molti malati di cancro si rendono conto che a volte non ce la fanno proprio a mangiare come al solito e che in alcuni casi perdono peso. Molteplici sono le spiegazioni all'origine di manifestazioni di questo tipo.

Il cancro in sé o il trattamento possono essere la causa dell'anoressia. Alcuni malati non hanno fame o si sentono già sazi appena si siedono a tavola; ad altri la sola vista del cibo dà la nausea ed altri ancora si accorgono che il sapore di alcuni alimenti non è più lo stesso.

Chi non mangia abbastanza, soprattutto chi perde peso, ha bisogno di una dieta più ricca di calorie e

proteine. Un adeguato schema dietetico consentirà di recuperare i chili persi, o quanto meno contribuirà a rallentare o a bloccare il calo ponderale.

Una dieta si definisce adeguata se fornisce tutte le sostanze di cui l'organismo ha bisogno: attraverso l'utilizzo quotidiano degli alimenti contenuti in ognuno dei sette gruppi che indichiamo di seguito si avrà la certezza di realizzarla

Primo gruppo: Carni, pesci, uova

Comprende tutti i tipi di carne, selvaggina, carni lavorate, tutti i tipi di pesce, inclusi i crostacei e le uova.

Gli alimenti che appartengono a questo gruppo forniscono proteine di alto valore biologico, ferro e alcune vitamine del complesso B. Alcuni, inoltre, forniscono minerali e vitamine liposolubili.

Secondo gruppo: Latte e derivati

Il latte e i suoi derivati (lo yogurt; i formaggi freschi, fusi, duri e stagionati, erborinati; la panna; il burro e la ricotta) apportano proteine di alto valore biologico, vitamine e minerali. Le vitamine principali che si trovano in questi alimenti sono la A e quelle del gruppo B, ma il nutriente più importante è il calcio.

Terzo gruppo: Cereali, tuberi e derivati

Vi appartengono alimenti ricchi di carboidrati complessi come l'amido. I più diffusi sono frumento, riso, mais, miglio, farro, segale, avena, orzo fra i cereali e patate fra i tuberi. Le loro proteine sono di scarso valore biologico, ma si può ovviare al problema consumando i cereali insieme ad altri alimenti, poiché le proteine dei cereali possono completarsi con quelle dei legumi, per esempio. Gli alimenti di questo gruppo sono, pertanto, non solo i cereali così come si trovano in natura e sono direttamente consumati, ma tutti quei prodotti derivati come farina, semolino, polenta, cereali soffiati, pane, pasta, pizza, cracker, grissini, biscotti, fette biscottate.

Quarto gruppo: Legumi

Comprende i legumi secchi (fagioli, fave, piselli, lenticchie, soia, ceci), alimenti ricchi soprattutto di proteine vegetali, di carboidrati (amido), di minerali (ferro e calcio) e di alcune vitamine del gruppo B. I legumi sono ottimi per il loro valore proteico, calorico e per i minerali, in particolare il ferro.

Quinto gruppo: Oli e grassi da condimento

Questo gruppo comprende gli oli, il burro, le margarine, altri prodotti che contengono questi alimenti in elevate quantità e quei prodotti di origine animale come il lardo e lo strutto. Tutti contengono grassi e la distinzione si basa sulla qualità dei lipidi. Quelli di origine vegetale contengono acidi grassi insaturi e sono privi di colesterolo, mentre quelli di origine animale hanno acidi grassi saturi.

Le margarine sono dei grassi artificiali, ottenute industrialmente usando oli di scarso valore nutrizionale.

Sesto e settimo gruppo: Ortaggi e frutta

Questi alimenti sono classificati in due gruppi in base al tipo di vitamine che forniscono. Appartengono al sesto gruppo quelli che sono ricchi soprattutto di vitamina A e al settimo gruppo quelli ricchi di vitamina C. Scarsi i grassi e le proteine, ma presenti i carboidrati (soprattutto saccarosio e fruttosio), che variano da prodotto a prodotto. Per evitare che i sali minerali si disperdano con la cottura, è preferibile consumare frutta e ortaggi crudi.

Gli alimenti ricchi di vitamina C sono la frutta a carattere acidulo (agrumi) e ortaggi a gemma (cavolfiori e pomodori). Ortaggi e frutta particolarmente ricchi di vitamina A sono quelli dal caratteristico colore giallo-arancio o verde scuro (carote, albicocche, melone giallo, zucca gialla, peperoni gialli e verdi, spinaci, bietta, lattuga, ecc.).

Energia

L'energia si misura in calorie. Tutti noi abbiamo bisogno di una certa quantità di calorie al giorno per avere l'energia necessaria per vivere. L'energia è necessaria anche se non siamo molto attivi: persino quando stiamo comodamente seduti in poltrona abbiamo bisogno di energia per respirare. In generale, se la nostra dieta è troppo ricca di calorie, ingrassiamo; viceversa, se ne è carente, il nostro organismo attinge alla riserva di energia di cui dispone e dimagriamo.

È suggeribile introdurre almeno 30 calorie per kg di peso ogni giorno. Ad esempio, un paziente che pesi 60 kg dovrà assumere 1800 calorie al giorno (30 calorie x 60 kg di peso = 1800 calorie).

Proteine

Le proteine sono fondamentali per il nostro organismo. Ogni parte del corpo è costituita da

proteine e abbiamo bisogno di assumere proteine ogni giorno per mantenere sani i tessuti. Se siamo malati o sotto stress o abbiamo riportato un infortunio, l'organismo ha bisogno di quantità supplementari di proteine, oltre che di calorie, in modo da riparare eventuali 'danni'.

Vitamine

Le vitamine sono sostanze essenziali che aiutano il nostro organismo a funzionare normalmente, ma ne bastano quantità minime. Se mangiate anche solo piccole quantità degli alimenti principali che contengono vitamine, ciò potrebbe essere sufficiente.

Tuttavia, se non siete in grado di nutrirvi adeguatamente per un periodo di tempo abbastanza lungo, dovrete assumere compresse multivitaminiche per reintegrare la riserva alla quale il vostro organismo avrà nel frattempo attinto. Il medico curante o il farmacista di fiducia potranno darvi valide indicazioni al riguardo.

Non è stato ancora dimostrato scientificamente che assumere grandi quantità di vitamine faccia bene. Anzi, prenderne alcune in quantità esagerate, in particolare le vitamine A e D, potrebbe essere addirittura nocivo, però l'uso di un integratore vitaminico equilibrato può essere d'aiuto.

Come aumentare l'apporto di energia e proteine

Se avete un buon appetito non dovrete avere alcuna difficoltà ad assumere maggiori quantità di calorie e proteine per potenziare la dieta. Se, invece, l'appetito è scarso, vi sono due possibilità per accrescere l'apporto calorico e proteico, senza aver bisogno di introdurre maggiori quantità di cibo.

Innanzitutto, si possono assumere alimenti più ricchi in calorie e proteine e in secondo luogo utilizzare supplementi nutrizionali orali in forma liquida (v. capitolo seguente) o integratori. Questi ultimi sono disponibili in commercio sotto forma di polvere da aggiungere ai cibi abituali.

Integratori, supplementi nutrizionali orali e nutraceutici

Integratori nutrizionali da aggiungere a cibi e bevande. Esistono in commercio integratori nutrizionali non aromatizzati in polvere, che forniscono solo calorie o solo proteine. Essendo totalmente insapori, essi si prestano bene all'integrazione di bevande, minestre, salse, sughi, sformati, budini in base latte, dessert ecc.

Qualche volta, con l'aiuto del medico, dovrete procedere a diverse prove prima di capire esattamente quanto prodotto aggiungere ad ogni particolare piatto senza modificarne il sapore e la consistenza. Un modo pratico di procedere è quello di aggiungere 2-3 cucchiaini di integratore proteico in polvere a circa 100 ml di latte intero oppure 2-3 cucchiaini da tè ad una tazza di caffè o tè.

Gli integratori nutrizionali calorici sono di solito insapori e non dolci come lo zucchero, pur essendo a base di carboidrati. Qualche integratore calorico è venduto sotto forma di bibita aromatizzata alla frutta e può essere bevuto come tale o diluito con acqua o aggiunto a latte, succo di frutta ecc.

SUPPLEMENTI NUTRIZIONALI ORALI

Sono bevande già pronte, bilanciate dal punto di vista calorico, proteico, vitaminico e minerale, acquistabili in farmacia dietro prescrizione medica.

I supplementi nutrizionali orali possono distinguersi in prodotti con sapore fondamentalmente di latte (comunque aromatizzati in modo vario e anche all'aroma di frutta) oppure in prodotti più 'freschi' abitualmente al sapore di bibita alla frutta, di gusto più leggero, che non contengono grassi ma solo carboidrati (zuccheri) e proteine.

I supplementi nutrizionali orali dovrebbero essere bevuti lentamente, a piccoli sorsi, nell'arco di 30-60 minuti, al fine di evitare senso di gonfiore gastrico e addominale.

Bevande ipernutritive o sostitutive del pasto

Quando vi capita di non aver voglia di mangiare potete preparare una bevanda ipernutritiva a base di frutta, latte o yogurt e aggiungere un integratore calorico o proteico in polvere secondo le dosi suggerite dal vostro medico. Un cucchiaino di gelato può renderla più gradevole e ancora più nutriente. Il frullato può essere bevuto anche tra un pasto e l'altro per aiutarvi ad aumentare il peso.

Nutraceutici

La responsabilità di gran parte della perdita di peso nel paziente oncologico è attribuita oggi alla produzione di sostanze sia da parte delle cellule del sistema immunitario dell'ospite in risposta al tumore (citochine pro-infiammatorie) sia da parte delle cellule neoplastiche (PIF, Proteolysis Inducing Factor). La presenza di queste sostanze nel sangue accelera la perdita di peso e di muscolo, contribuendo così anche alla perdita di forza e di

attività fisica. Per contrastare tali effetti negativi è possibile utilizzare alcuni principi nutritivi, denominati nutraceutici, dotati di proprietà farmacologiche che se somministrati in quantità adeguate. Essi sono:

- aminoacidi a catena ramificata: la loro somministrazione per via orale ad un dosaggio di circa 10-20 g al giorno si è rivelata efficace nel migliorare l'appetito e nel contemporaneamente favorire lo sviluppo muscolare;

- acido eicosapentaenoico (EPA): grasso della serie omega-3 di cui è particolarmente ricco il pesce azzurro; l'assunzione di supplementi nutrizionali orali arricchiti in EPA, calorie e proteine, in aggiunta alla normale dieta, è in grado di ridurre la perdita di peso e di massa muscolare, a condizione che si assumano almeno 2 g di EPA al giorno (equivalenti a circa 2 briciole di supplemento);

- betabeta-idrossi-beta-metilbutirrato (HMB): è il metabolita attivo dell'aminoacido a catena ramificata leucina. Esso è contenuto in minima parte nella dieta, particolarmente in alcuni tipi di pesce, negli agrumi e nel latte materno. La leucina, contenuta negli alimenti o negli integratori, viene trasformata dall'organismo in HMB. All'HMB sono attribuiti, almeno in parte, gli effetti anabolici osservabili con la somministrazione della leucina. La somministrazione di HMB aumenta la forza muscolare e la resistenza all'esercizio fisico in soggetti sani, e migliora la massa magra in pazienti con malattia da HIV e con neoplasie. Numerosi studi clinici e sperimentali dimostrano che l'assunzione di HMB non è associata ad effetti collaterali indesiderati e non stimola la progressione della neoplasia. La dose giornaliera raccomandata è di 3 grammi (ad esempio 6 capsule da 300 mg in tre somministrazioni);

- carnitina: uno studio clinico ha dimostrato che l'assunzione di 6 g al giorno di L-carnitina per la durata di 30 giorni è in grado di migliorare in modo significativo il sintomo fatigue, l'appetito e la massa magra dei pazienti.

Poiché è opportuno che la somministrazione di tali sostanze sia effettuata nell'ambito di un percorso di follow-up metabolico-nutrizionale personalizzato che affianchi sin dall'inizio le cure oncologiche, è consigliabile che il paziente si rivolga agli specialisti del settore nutrizionale al più presto possibile dopo la diagnosi di malattia con lo scopo di ottenere migliori risultati clinici.

SOLUZIONI PRATICHE

Consumare alimenti arricchiti in calorie e proteine che potranno essere preparati come indicato di seguito.

Cereali per la colazione: aggiungere miele o 2-3 cucchiaini di integratore energetico al posto dello zucchero.

Zuppe, stufati e minestre: aggiungere legumi e pasta, e arricchire, quando possibile, con un cucchiaino di panna o con integratori calorico-proteici.

Purè di patate: preparare il purè di patate con latte intero, burro o panna e parmigiano. Si possono aggiungere anche integratori ad alto contenuto calorico e proteico.

Verdure: far fondere un pezzetto di burro sulle verdure calde oppure cospargerle di parmigiano grattugiato.

Panini, toast: preferire pane all'olio, arricchire con uno strato abbondante della farcitura desiderata (maionese, burro), aggiungere formaggio, tonno, affettati e uova. Sul pane tostato spalmare il burro quando il pane è ancora caldo.

Stuzzichini: tenere a portata di mano snack quali noccioline, cioccolato, dolcetti, caramelle, frutta fresca o secca, cracker, yogurt o formaggi stagionati, da mangiare negli intervalli tra un pasto e l'altro.

Preparazioni a base di latte (budini, creme, ecc.): aggiungere gelato, panna o crema. Arricchire con zucchero, miele, sciroppo o in alternativa integratori calorico-proteici.

Bevande e bibite: preferire spremute o centrifughe di frutta fresca, dolcificate o arricchite con integratori proteico calorici, da consumare preferibilmente durante i pasti al posto dell'acqua.

COME AFFRONTARE I PROBLEMI COMUNI

Oltre allo scarso appetito e al calo di peso, alcuni malati oncologici hanno anche altri problemi nutrizionali, alcuni dei quali possono derivare dalla malattia neoplastica, mentre altri possono essere l'effetto temporaneo del trattamento.

INFIAMMAZIONE DEL CAVO ORALE

- Bere molti liquidi nutrienti. Se i succhi di frutta fresca danno bruciore, bere sciroppo di ribes nero o di rosa canina, succo di mela o nettare di pesca/pera, che sono meno acidi. Aiutano a risolvere il problema anche alcune bevande già pronte aventi la

consistenza e il sapore dei succhi di frutta. Cibi e bevande freddi possono dare sollievo ad una bocca infiammata. Aggiungere ghiaccio tritato alle bevande e mangiare gelato o gelatine morbide al latte o alla frutta.

- Evitare cibi salati e speziati perché potrebbero dare bruciore, e i cibi ruvidi come crostini/toast o verdure crude perché potrebbero graffiare la mucosa già infiammata.

- Ammorbidire i cibi con salse e sughi non piccanti e non salati.

- Bere con una cannuccia.

- Pezzi di polpa di ananas fresco puliscono la bocca e sono rinfrescanti.

- Tenere la protesi dentaria a bagno per tutta la notte in una soluzione apposita e cercare di farne uso il meno possibile durante il giorno per evitare di irritare ulteriormente le gengive già infiammate.

- Se la lingua è 'bianca', i cibi potrebbero assumere un sapore poco gradevole, diminuendo quindi ulteriormente la vostra già scarsa voglia di mangiare. Pulire la lingua strofinandola con un batuffolo di cotone imbevuto di soluzione di bicarbonato di sodio (sciogliere un cucchiaino di bicarbonato in 50 cl di acqua tiepida). Il bicarbonato di sodio è in vendita in farmacia e in alcuni supermercati.

- Segnalare il problema al medico curante, che potrà prescrivere soluzioni lenitive o antisettiche. Rivolgersi al medico curante o all'infermiere/a per avere indicazioni in merito ad un prodotto adatto per fare gli sciacqui, in quanto questi possono essere altamente lenitivi, ma molti prodotti in commercio potrebbero essere troppo forti per il singolo caso. Usare uno spazzolino da denti morbido del tipo

DIFFICOLTÀ A MASTICARE O INGOIARE

Le diete morbide possono risultare monotone quando ci si deve nutrire solo con zuppe e gelati, ma con un po' di fantasia e buona volontà, anche una dieta morbida può essere appetitosa e nutriente.

La regola d'oro è mangiare i cibi che piacciono di più, apportando, però, qualche piccola modifica per ammorbidirli. Ad esempio, condire i piatti con salse e sughi appetitosi; tagliare carne e verdure a pezzetti e servirsene per preparare ottimi sformati o stufati; eliminare la crosta dal pane in modo che sia più facile masticarlo. Un frullatore può essere utile per frullare tutti i cibi cotti.

Sono in vendita in farmacia molti prodotti che potrebbero aiutarvi, sia in termini di praticità che di varietà. Il vostro medico curante potrà farvi la ricetta.

SECCHENZA DELLE FAUCI

- Bere spesso, anche solo piccoli sorsi alla volta, per mantenere la bocca umida. Le bevande gassate possono risultare più rinfrescanti.

- Anche succhiare cubetti di ghiaccio o ghiaccioli può dare sollievo. I ghiaccioli si possono preparare facilmente in casa versando del succo di frutta nei cubetti per il ghiaccio o in appositi stampini con bastoncino (simili a quelli dei ghiaccioli confezionati) in vendita nella maggior parte dei negozi di casalinghi.

- Mantenere i cibi morbidi e umidi abbondanti di salse e sughi non piccanti.

- Budini al latte
- Budino di crema
- Crepes
- Frittelle
- Frutta cotta o passata
- Gelatina fatta con il latte
- Parmigiano grattugiato
- Pasta
- Pesce bollito o al vapore con salsa
- Polenta

NAUSEA

- Polpettone farcito
- Ricotta
- Sformati di carne e verdure con besciamella
- Soufflé
- Stracotto di carne
- Uova strapazzate (ben cotte)
- Yogurt
- Zuppe fatte in casa

- Evitare di mangiare dolci e cioccolato in quanto si attaccano al palato. Succhiare caramelle dure stimola la salivazione e altrettanto fanno le gomme da masticare.

- Bere un aperitivo analcolico o due dita di vino bianco secco prima dei pasti. Idratare le labbra secche con un prodotto specifico.

- Se cucinare dà la nausea, mangiare cibi freddi o surgelati che devono solo essere scaldati (scongellarli sempre prima di cucinare e assicurarsi che siano ben cotti). In alternativa, chiedere a qualcuno di preparare i pasti!

- Evitare cibi oleosi, grassi e fritti.

- Provare a mangiare dei cibi secchi, per esempio un toast o dei cracker, prima ancora di scendere dal letto.

- Quando si ha la nausea, mangiare inizialmente solo cibi leggeri come minestre lente o budini di crema e piano piano aggiungere piccole porzioni dei piatti preferiti, passando gradualmente ad una dieta più sostanziosa e solida.

- Sorseggiare una bibita gassata è un rimedio popolare contro la nausea. Provare a bere lentamente con la cannuccia un bicchiere di acqua minerale, acqua tonica, gassosa o limonata.

- Farsi prescrivere dal medico curante delle compresse di antiemetici, i farmaci specifici contro la nausea.

STITICHEZZA

- Inserire nella dieta una maggiore quantità di fibre. La crusca è particolarmente efficace (si può aggiungere ai cereali e alle minestre). Altre fonti di fibre sono i cereali integrali o muesli da consumare a colazione, prodotti integrali (pane, farina, riso e pasta), frutta e verdura fresche mangiate con la buccia. Qualora si desideri assumere un integratore nutrizionale scegliete una formulazione arricchita in fibra

- Preferire i rimedi naturali come sciroppo di fichi, prugne e succo di prugne. Bere molti liquidi. Le bevande calde possono aiutare. Per alcuni il caffè ha effetto lassativo. Un'attività fisica moderata aiuterà a tenere l'intestino in ordine.

- Eventualmente utilizzare (se non vi sono ostruzioni intestinali) prodotti dietetici specifici, a base di psyllium (reperibili in farmacia), e supposte di

glicerina o microclismi. Se la stipsi dovesse persistere, consultare il medico curante che potrà prescrivere un lassativo.

DIARREA

- Finché persiste la diarrea è opportuno ridurre il consumo di frutta e verdura, riducendo in tal modo l'apporto di fibre. Evitare minestre di verdura e torte di verdura.

- Bere molto per reintegrare i liquidi persi, ma evitare al- cool e caffè. Limitare il consumo di latte e di bevande a base di latte.

- Bere succo di agrumi.

- Consumare pasti piccoli e frequenti a base di cibi leggeri

- latticini stagionati, pesce, pollo, uova (ben cotte), pane bianco, pasta o riso. Evitare i cibi molto saporiti o grassi e mangiare molto lentamente.

- Mangiare frutta cotta o in scatola piuttosto che frutta fresca o secca. Le banane e la polpa grattugiata di mela hanno proprietà astringenti.

- Assumere fermenti lattici. Se la diarrea persiste, consultare il medico, che potrà prescrivere farmaci appositi, oppure chiedere consiglio al farmacista.

FLATULENZA

- Mangiare e bere lentamente. Fare bocconi piccoli e masticare bene.

- Evitare i cibi che di solito producono aria, per esempio fagioli, cavoli, carciofi, uva, sottaceti e bevande gassate.

- Un ottimo rimedio naturale consiste nel bere due cucchiaini di sciroppo di menta sciolto in una tazzina di acqua calda. Se si vuole, aggiungere un cucchiaino di zucchero.

- Anche i confetti di carbone che si vendono in farmacia potrebbero essere efficaci per risolvere il problema.

- Un'attività fisica leggera, in particolare camminare, può dare sollievo.

- Se il dolore diventa severo o persistente, rivolgersi al medico curante.

PROBLEMI NUTRIZIONALI PARTICOLARI

Alcuni malati di cancro hanno problemi alimentari particolari, per esempio, coloro che hanno subito una colostomia, ileostomia o laringectomia devono seguire una dieta speciale appositamente elaborata per il singolo caso.

IL GUSTO È CAMBIATO?

Alcuni malati di cancro riferiscono di avere l'impressione che il gusto sia cambiato. Nella maggior parte dei casi si tratta di un fenomeno temporaneo, che può far sì che certi alimenti non siano più graditi, oppure che tutti i cibi abbiano lo stesso sapore oppure ancora abbiano un sapore metallico dopo la chemioterapia.

Alcuni sostengono di non riuscire più a distinguere alcun sapore. Se ci si rende conto che il gusto è effettivamente cambiato, ecco alcuni semplici accorgimenti per rendere i cibi più gradevoli.

- Dare la preferenza ai cibi che piacciono ed eliminare momentaneamente dalla dieta quelli che non sono graditi.

Dopo qualche settimana, riprovare a mangiarli, in quanto nel frattempo il gusto potrebbe essere tornato nella norma.

- Insaporire i piatti facendo uso di spezie e erbe quali rosmarino, basilico e menta.

- Marinare la carne nel vino con ginepro o altri aromi, oppure condirla con salse forti come quella agrodolce o al curry, oppure con un pizzico di peperoncino. Le carni fredde risultano più gradevoli se accompagnate con sottaceti o con la salsa chutney (salsa indiana a base di frutta e spezie).

- Alimenti dal sapore forte (frutta fresca, succhi di frutta e caramelle dure amare) sono rinfrescanti e lasciano in bocca un sapore gradevole. Se il tè o il caffè disgustano, preferire un tè rinfrescante al limone o una bibita gassata fredda come la limonata o l'aranciata. Per alcuni i cibi freddi sono più gradevoli al palato dei cibi caldi.

- Accompagnare i piatti a base di pesce, pollo e uova con apposite salse.

TROPPO STANCHI PER CUCINARE O MANGIARE

È questo il momento di essere pratici acquistando surgelati, prodotti in scatola, prodotti precotti e da asporto. Attenzione, però: i surgelati devono essere sempre scongelati bene e tutti i cibi devono essere cucinati in maniera appropriata per evitare il rischio

di intossicazioni alimentari. Leggere attentamente le istruzioni e attenersi scrupolosamente a queste.

Se si è in grado di prevedere con anticipo le volte in cui si potrà accusare stanchezza, per esempio dopo una sessione di radioterapia, allora organizzarsi per tempo in modo da avere comunque la situazione sotto controllo. Semplificare al massimo i processi di cottura utilizzando spesso pentole a pressione e forno a microonde.

Se si possiede un congelatore, si potrà cucinare quando nei giorni in cui ci si sente nel pieno delle forze e surgelare i piatti per i momenti in cui ci si sentirà più stanchi. Fare scorte di surgelati, scatolame, cibi precotti, ecc. Questa potrebbe anche essere l'occasione per i familiari e gli amici di rendersi utili alla persona malata, per esempio andando a fare la spesa oppure preparando qualche piatto per evitargli di cucinare.

Se veramente non si ha voglia di mangiare, sostituire il pasto con uno degli integratori. Se si pensa di avere bisogno di aiuto a casa per risolvere i problemi legati all'alimentazione, parlarne con il medico di famiglia o rivolgersi al medico nutrizionista che potrebbero avere una soluzione adatta per il vostro caso.

La consapevolezza della prevalenza e delle conseguenze negative della malnutrizione nel malato oncologico è ancora molto scarsa sia tra gli operatori sanitari sia tra i pazienti, ma un corretto e consapevole impiego delle conoscenze e delle tecniche relative ad un'adeguata nutrizione clinica in questi pazienti avrebbe una ricaduta positiva, con un favorevole impatto sugli esiti e sulla qualità di vita di questi pazienti e sulla spesa sanitaria.

Attualmente, in Italia, la gestione nutrizionale del paziente oncologico è molto variabile da regione a regione e non sempre la presa in carico e il supporto nutrizionale risultano appropriati.

Per questo si è reso opportuno da parte del Ministero della Salute un documento "LINEE DI INDIRIZZO Percorsi Nutrizionali nei Pazienti Oncologici Documento approvato in sede di Conferenza Stato Regioni, con Accordo (Rep. Atti n. 224/CSR) del 14/12/2017" di indirizzo nazionale che proponga precisi standard di appropriatezza degli interventi nutrizionali nei pazienti oncologici, con l'individuazione di "Percorsi di Nutrizione Clinica nella gestione del malato oncologico e del soggetto che ha superato la malattia" sia in ospedale che sul territorio, prevedendo "modelli organizzativi che integrino le attività a livello ospedaliero,

ambulatoriale e domiciliare. Obiettivi del suddetto documento:

Definire lo screening nutrizionale (validato per la valutazione dello stato nutrizionale) e i bisogni specifici in ambito nutrizione alla diagnosi, durante il percorso terapeutico, al follow up e per la prevenzione terziaria;

Presentare il Modello per la risposta organizzativa attraverso un percorso integrato che permetta lo svolgimento di un programma nutrizionale personalizzato e associato al trattamento oncologico sin dal primo accesso ai servizi (Ospedale e Day Surgery, Reti territoriali, Continuità assistenziale MMG e PLS, Assistenza domiciliare, Nutrizione artificiale), applicando anche approcci innovativi (quali i rapporti tra terapia oncologica e microbioma);

Descrivere la formazione ed informazione agli operatori sanitari.

Gli effetti attesi di queste raccomandazioni sono quelli di ridurre le complicanze mediche, conseguenti alla malnutrizione e di facilitare il recupero dello stato nutrizionale e della salute fisica, che costituiscono tappe essenziali nel processo di guarigione

BIBLIOGRAFIA

Attar A, Malka D, Sabate JM, et al. Malnutrition is high and underestimated during chemotherapy in gastrointestinal cancer: an AGEO prospective cross-sectional multicenter study. *Nutr Cancer* 2012; 64: 535-42.

Caccialanza R, et al. Nutritional Support in Cancer Patients: A Position Paper from the Italian Society of Medical Oncology (AIOM) and the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE). *J. Cancer*. 2016; 7:131-35.

Caccialanza R, De Lorenzo F, Gianotti L, et al. Nutritional support for cancer patients: still a neglected right? *Support Care Cancer*. 2017; 25:3001-3004.

Daniele A, Divella R, Abbate I, et al. Assessment of Nutritional and Inflammatory Status to Determine the Prevalence of Malnutrition in Patients Undergoing Surgery for Colorectal Carcinoma. *Anticancer Res*. 2017; 37:1281-87.

Donini LM, Leonardi F, Rondanelli M, et al. The Domains of Human Nutrition: The Importance of Nutrition Education in Academia and Medical Schools. *Front Nutr*. 2017; 4:2. doi: 10.3389/fnut.2017.00002.

F.A.V.O., AIOM, SINPE. Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriato e tempestivo supporto nutrizionale. www.favo.it/pubblicazioni/1500-carta-diritti-nutrizione.html.

F.A.V.O. Ottavo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici. www.favo.it/ottavo-rapporto.html.

Hebuterne X, Lemarie E, Michallet M, et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2014; 38: 196-204.

Laviano A, Meguid MM, Rossi-Fanelli F (2003) Cancer anorexia: clinical implications, pathogenesis, and therapeutic strategies. *Lancet Oncol*. 2003; 4:686-94.

Martin L, et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. *J Clin Oncol*. 2015; 33:90-99.

Ministero della Salute. Linee d'Indirizzo sui Percorsi Nutrizionali nei Pazienti Oncologici. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2682_allegato.pdf.

Muscaritoli M, Molfino A, Gioia G, et al. The "parallel pathway": a novel nutritional and metabolic approach to cancer patients. *Intern Emerg Med* 2011; 6:105-12.

Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMio study. *Oncotarget*. 2017; 8:79884-96.

Muscaritoli M, Rossi Fanelli F, Molfino A. Perspectives of health care professionals on cancer cachexia: results from three global surveys. *Ann Oncol*. 2016; 27:2230-2236.

Planas M, Alvarez-Hernandez J, Leon-Sanz M, et al. Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES study. *Support Care Cancer*. 2016; 24:429-35.

Ryan AM, Power DG, Daly L, et al. Cancer-associated malnutrition, cachexia and sarcopenia: the skeleton in the hospital closet 40 years later. *Proc Nutr Soc*. 2016; 75:199-211.

Salas S, Mercier S, Moheng B, et al. Nutritional status and quality of life of cancer patients needing exclusive chemotherapy: a longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Apr 27;15(1):85. doi: 10.1186/s12955-017-0660-6.

Scott J. Bultman, The Microbiome and its potential as a Cancer Preventive Intervention - *Semin. Oncol*. 2016; 43:97-106.

COVID-19: tamponi antigenici e test sierologici rapidi in medicina del lavoro

Giulia Mercante

Medico, Ancona

RIASSUNTO

Nel presente studio sono stati analizzati i dati ottenuti da un poliambulatorio di medicina del lavoro relativi ai risultati dei test rapidi per il COVID-19; in particolare in merito ai tamponi antigenici rapidi e ai test sierologici qualitativi rapidi. I risultati presi in esame riguardano il periodo dal 12 maggio 2020 al 04 dicembre 2020 per quel che riguarda i test sierologici qualitativi rapidi; il periodo dal 23 settembre 2020 al 04 dicembre 2020 per i tamponi antigenici rapidi. Lo studio ha come obiettivo quello di riportare la situazione che si può trovare in un ambulatorio di medicina di lavoro, dividendo i risultati per genere e etnia; verificando in un secondo momento se questi due parametri fossero o meno significativi.

Parole chiave: COVID - 19, SARS-CoV-2, test rapidi, tampone antigenico rapido, medicina del lavoro.

ABSTRACT

In this study we analyze data from an occupational medicine outpatient clinic of rapid test for COVID-19. The period considered is from 12 may to 4 December 2020 for the serological rapid test; from 23 September to 4 December for the antigenic rapid test. The aim of this study is to report the situation of an occupational medicine outpatient clinic. The results are rank according to the gender and the ethnicity. Later, we verified if these parameters were significative.

Keywords: COVID - 19, SARS-CoV-2, rapid test, rapid antigen detection test, occupational medicine.

INTRODUZIONE

Il nuovo corona visus fu scoperto a dicembre 2019 a Wuhan, Cina. Inizialmente fu chiamato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) 2019 novel coronavirus (2019-nCoV)⁽¹⁾, in seguito fu cambiato in Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2 (SARS-CoV-2)⁽²⁾; per comodità e brevità viene comunemente denominato COVID - 19. L'origine di tale virus sembra dovuta a un salto di specie dai pipistrelli, ma si sospetta che altri animali possano essere ospiti intermedi⁽³⁾. La trasmissione interumana è principalmente via droplets respiratorie, tramite oggetti e superfici contaminati e secondariamente per via oro-fecale⁽⁴⁾. L'obiettivo di questo studio è quello di riportare i dati relativi ai casi di positività ai test rapidi COVID-19 nell'ambito di un ambulatorio di medicina di lavoro, andando a differenziare i casi trovati per genere e per etnia (italiani o stranieri) per osservare, in un secondo momento, eventuali influenze di questi parametri.

MATERIALI E METODI

I dati elaborati sono stati ricavati da un poliambulatorio di medicina del lavoro situato ad Osimo: Salute 2000 s.r.l. Sono stati presi in considerazione i risultati dei test rapidi effettuati dal poliambulatorio nel periodo:

- dal 12 maggio 2020 al 04 dicembre 2020 limiti inclusi, per i test sierologici rapidi qualitativi, i quali vanno a identificare la presenza o meno delle IgG e delle IgM contro il COVID - 19 mediante prelievo di sangue con pungidito;
- Dal 23 settembre 2020 al 04 dicembre 2020 limiti inclusi, per i tamponi rapidi antigenici, i quali vanno a rilevare la presenza o meno degli antigeni di superficie del COVID-19 su campione nasofaringeo.

I limiti di questo studio sono: il limitato periodo preso in esame, il risultato inevitabilmente operatore

dipendente degli esami eseguiti, l'importante selezione del campione di pazienti preso in esame in quanto l'accesso al poliambulatorio è stato riservato a persone senza un evidente sintomatologia e con temperatura corporea inferiore ai 37,5 gradi andando in tale modo a escludere buona parte dei probabili positivi.

Si è scelto di differenziare i test rapidi per genere, per andare a vedere se il sesso influenzi i nostri risultati, e per l'etnia, differenziando i pazienti di origine italiana dagli altri per verificare se le diverse abitudini socio-comportamentali conseguenti a tale parametro siano influenti.

Lo studio ha trattato principalmente pazienti provenienti da aziende marchigiane, in piccola parte privati che si sono rivolti allo studio, comunque residenti o domiciliati nelle marche.

Per analizzare i dati è stata utilizzata la tecnica del chi quadro, i valori delle p ottenuti sono stati del 0,25 per la differenza dei risultati del tampone in base al genere; del 0,1 per la differenza dei risultati del tampone in base all'etnia, del 0,5 e 0,25 per la differenza dei risultati del sierologico per il genere rispettivamente per l'IgG e l'IgM, del 0,1 e 0,25 per la differenza dei risultati del sierologico per l'etnia rispettivamente per l'IgG e l'IgM. Visti i valori del p, i dati raccolti risultano condizionati dal caso. Poiché lo studio non ha lo scopo di un'analisi delle positività del territorio e della loro dipendenza dai due parametri presi in considerazione ma, voleva evidenziare la realtà di un poliambulatorio della medicina del lavoro sono stati riportati distinti per genere e etnia.

RISULTATI

Sono stati considerati un totale di 3242 test rapidi, 1746 test sierologici rapidi, 1496 tamponi antigenici rapidi.

I test sierologici rapidi positivi riscontrati sono stati 71 per le IgG e 17 per le IgM.

I positivi alle IgG erano il 4,6% delle donne (36 pazienti) e il 3,6% degli uomini (35 pazienti); di cui 4,4% degli italiani (67 pazienti) e 1,9% degli stranieri (4 pazienti), per un totale di 4,1% (71 pazienti) positivi alle IgG.

I positivi alle IgM erano il 0,6% delle donne (5 pazienti) e 1,3% degli uomini (12 pazienti); di cui 1,1% degli italiani (17 pazienti) e 0,0% degli stranieri (0 pazienti), per un totale di 1,0% (17 pazienti) positivi alle IgM. (TABELLA N.1)

TEST SIEROLOGICI QUALITATIVI RAPIDI								
UOMINI								
NEGATIVI			POSITIVO IGG			POSITIVO IGM		
ITALIANI	STRANIERI	TOTALE	ITALIANI	STRANIERI	TOTALE	ITALIANI	STRANIERI	TOTALE
793	119	912	34	1	35	12		12
DONNE								
NEGATIVE			POSITIVO IGG			POSITIVO IGM		
ITALIANE	STRANIERE	TOTALE	ITALIANE	STRANIERE	TOTALE	ITALIANE	STRANIERE	TOTALE
662	84	746	33	3	36	5		5

Tabella 1 Dati raccolti relativi ai test sierologici qualitativi rapidi.

I tamponi antigenici rapidi positivi sono stati 65 il 4,3% del totale, il 3,4% delle donne (23 pazienti) e il % degli uomini (42 pazienti); di cui 3,9% degli italiani (50 pazienti) e 6,7% degli stranieri (15 pazienti). (TABELLA N.2)

TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI											
DONNE						UOMINI					
NEGATIVI			POSITIVO			NEGATIVI			POSITIVO		
ITALIANE	STRANIERE	TOTALE	ITALIANE	STRANIERE	TOTALE	ITALIANI	STRANIERI	TOTALE	ITALIANI	STRANIERI	TOTALE
578	82	660	22	1	23	645	126	771	28	14	42

Tabella 2 Dati raccolti relativi ai tamponi antigenici rapidi.

DISCUSSIONE

Riguardo alla casista del poliambulatorio andando a considerare le percentuali dei positivi relativi alle singole categorie in merito ai test sierologici quantitativi rapidi si può osservare che:

- Confrontando il genere, la percentuale delle donne positive alle IgG è del 4,6%, maggiore di quella maschile che risulta del 3,6%; riguardo alle IgM invece la percentuale delle donne positive è minore di quella maschile

essendo rispettivamente del 0,6% e del 1,3% (GRAFICO N.1).

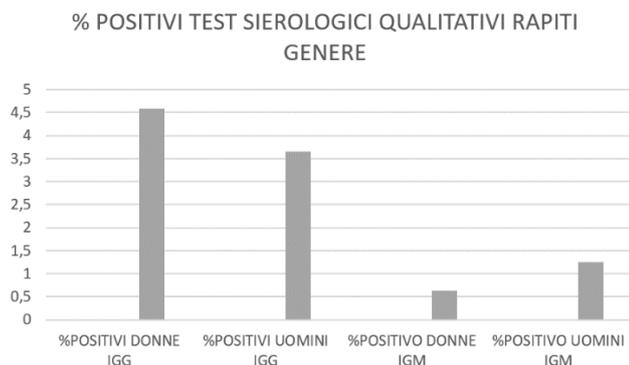


Grafico 1 Confronto delle percentuali di positività dei test sierologici qualitativi rapidi relativamente al genere.

- Confrontando l'etnia la percentuale degli italiani positivi alle immunoglobuline risulta maggiore di quella degli stranieri essendo rispettivamente del 4,4% e del 1,9% per le IgG; del 1,0% e del 0,0% per le IgM (GRAFICO N.2).

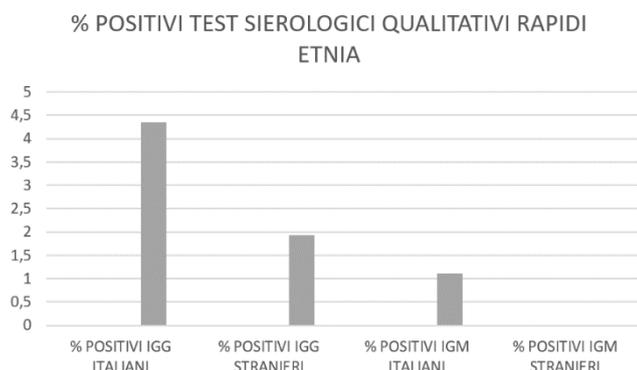


Grafico 2 Confronto delle percentuali di positività dei test sierologici qualitativi rapidi relativamente all'etnia.

Andando invece a considerare le percentuali dei positivi relativi alle singole categorie in merito ai tamponi antigenici rapidi si può osservare che:

- Confrontando il genere, la percentuale delle donne positive al tampone rapido è del 3,4% inferiore a quella maschile, la quale è del 5,2%.
- Confrontando l'etnia, la percentuale degli italiani positivi al tampone rapido è del 3,9% inferiore a quella degli stranieri, la quale è del 6,7% (GRAFICO N.3).

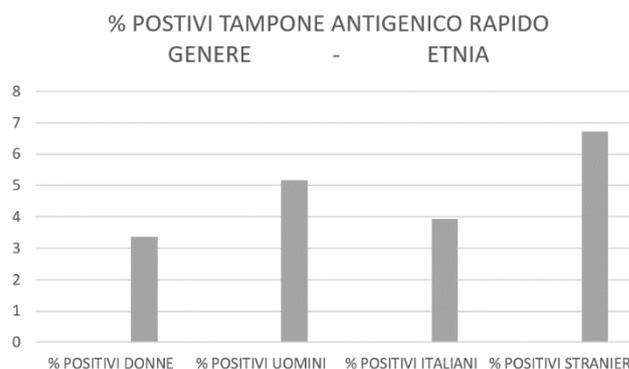


Grafico 3 Confronto delle percentuali di positività dei tamponi antigenici rapidi relativamente al genere a sinistra, all'etnia a destra.

CONCLUSIONI

Andando a riassumere i risultati ottenuti si può affermare che:

- riguardo il genere, le donne risultano avere una percentuale di positività alle IgG maggiore rispetto agli uomini, mentre riguardo la percentuale di positività alle IgM e al tampone antigenico quella degli uomini risulta più alta.
- riguardo l'etnia, gli italiani risultano avere una percentuale di positività alle IgG e alle IgM più alta rispetto agli stranieri, quest'ultimi però hanno più alta la percentuale di positività al tampone antigenico rispetto agli italiani.

I risultati dei test rapidi trattati nel presente studio per semplicità gestionale sono stati trattati indipendenti gli uni dagli altri, pur non essendoli nella storia naturale della malattia da COVID-19 (positività al tampone → positività IgM → positività IgG), perché l'obiettivo dello studio era unicamente quello di avere un quadro delle positività riscontrabili in uno studio di medicina del lavoro e indagare se i valori di quest'ultime fossero influenzati dal genere e dall'etnia. Pertanto, tali dati non vanno presi come indicatori di ciò che accade nel territorio, in quanto come specificato nei limiti dello studio, il campione preso in esame era già sostanzialmente selezionato dalle norme di accesso al poliambulatorio. Tali risultati riportano la realtà del poliambulatorio preso in esame, tuttavia visti i valori delle p da noi ottenuti

non vanno letti a sostegno o meno della differenza dei risultati dovuti al genere e all'etnia, per andare a studiare questi due parametri andrebbe ampliato l'intervallo di tempo preso in esame, andando così a considerare un numero di test maggiore per vedere se i risultati risultino ancora legati al caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Chang L., Yan Y., Wang L. Coronavirus disease 2019: coronaviruses and blood safety. *Transfus Med Rev.* 2020
2. The Lancet Infectious D. Challenges of coronavirus disease 2019. *Lancet Infect Dis.* 2020
3. Sun P., Qie S., Liu Z., Ren J., Xi J. 2020. Clinical characteristics of 5732 patients with 2019-nCoV infection. Available at: SSRN 3539664.
4. Zhou D., Zhang P., Bao C., Zhang Y., Zhu N. 2020. Emerging understanding of etiology and epidemiology of the novel coronavirus (COVID-19) infection in Wuhan, China.

Studio compilativo: il potere della comunicazione tra infermiere e persona affetta da demenza

M. Rodelli*, S. Cinaglia, E. Fagiani, R. Maraschio

I.N.R.C.A. Ancona, *Infermieristica UNIVPM

Riassunto: questo studio si basa sull'importanza della comunicazione nei pazienti affetti dalla patologia di demenza. Il seguente lavoro compilativo è stato portato avanti considerando vari testi che trattano tecniche di approccio per porre in essere una comunicazione efficace. Per dare maggior risonanza al lavoro e renderlo più interessante e corposo abbiamo cercato di interpretare le teorie dei vari autori, comparandole tra di loro evidenziando i punti di forza e le debolezze. Sono stati valutati i tipi di comunicazioni da quella verbale a quella non verbale. Saranno elencati tutti i comportamenti consoni e non per parlare con i pazienti dementi. Nell'articolo verrà specificato un excursus su cos'è la demenza e i vari trattamenti farmacologici e non. Parole chiave: comunicazione, infermiere, demenza.

ABSTRACT: this study is based on the importance of communication in patients with dementia pathology. The following compilation work has been carried out by considering various texts that deal with approach techniques for establishing effective communication. To give greater resonance to the work and make it more interesting and full-bodied, we tried to interpret the theories of the various authors, comparing them with each other, highlighting their strengths and weaknesses. The types of communication from verbal to non-verbal were evaluated. All behaviors that are appropriate and not suitable for talking to demented patients will be listed. The article will specify an excursus on what dementia is and the various pharmacological and non-pharmacological treatments.

Keywords: communication, nurse, dementia.

“Non si può parlare con una persona affetta da demenza”¹, questa è la frase che spesso si sentono dire gli operatori o i caregivers quando tentano un approccio con i pazienti affetti da demenza.

In questo articolo ci focalizzeremo sulla comunicazione tra l'infermiere e il paziente affetto da demenza.

Cos'è la demenza? La demenza è una patologia cronica, lunga e degenerativa, che colpisce principalmente le persone con un'età maggiore dei 65 anni; l'OMS stima che nel mondo ci sono circa 3milioni di persone affetta da questa patologia.

Esistono diverse forme di demenze, ma le più diffuse sono:

- Morbo d'Alzheimer;
- Demenza vascolare;
- Demenza con i corpi di Lewy;

- Demenza frontotemporale.

Le cause della demenza ancora non sono del tutto conosciute, poiché l'encefalo è una struttura molto complessa. L'unico dato certo sono i fattori scatenanti, ovvero: il malfunzionamento della comunicazione intercellulare o la morte delle cellule nervose cerebrali.

L'afasia, quindi l'incapacità di comunicare e comprendere il linguaggio è un sintomo che troviamo già dai primi stadi della malattia, ed essendo la comunicazione una *componente umana fondamentale*, è opportuno cercare delle strategie adatte per avere attivare una comunicazione efficace con le persone affette da questa patologia

Tre sono le strategie che più hanno attirato la nostra attenzione:

1. L'ELDERSPEAK;
2. IL CONVERSAZIONALISMO;
3. PROGRAMMA FOCUSED.

¹ Luca P. De Vreese (2009). *La comunicazione- I suggerimenti*. Dal notiziario Alzheimer Italia.

ELDERSPEAK: tecnica più obsoleta e anche una delle più contestate. Attuare la tecnica dell'elderspeak significa comparare l'anziano affetto da demenza ad un bambino, innescando così una sorta di processo di depersonalizzazione andando a destabilizzare il paziente che al posto di sentirsi stimolato si chiuderà a riccio in sé stesso. Ma in cosa consiste questa tecnica? Principalmente consta nel parlare con un tono di voce alto scandendo bene le parole includendo anche diminutivi come *"tesoro"*, *"cara"*.

CONVERSAZIONALISMO²: strategia che nasce negli anni '80 dal medico Giampaolo Lai. Tale tecnica parte dal presupposto che *"non è facile parlare con una persona affetta da demenza, ma non è impossibile"*, e che anche quando un paziente ha compromessa la capacità di utilizzare le parole a scopo comunicativo in realtà è ancora in grado di conversare. Il conservare l'uso della parola per più tempo possibile è un importante obiettivo terapeutico strettamente correlato al mantenimento della dignità e della felicità della persona assistita. Viene utilizzato sia come conversazione terapeutica, che come punto di partenza per formare il caregiver. Per arrivare allo scopo del conversazionalismo ci sono delle regole da rispettare per l'infermiere e per il caregiver, mentre il paziente deve essere libero di poter dire ciò che vuole, senza alcuna regola; in questo modo il paziente non viene mai giudicato.

È molto importante nel conversazionalismo, capire il grado di felicità a fine conversazione, questa viene misurata attraverso il discostamento e l'accostamento dei termini usati durante tutta la conversazione.

Per iniziare una conversazione conversazionale è necessario uno spazio adeguato, tranquillo e senza rumori di sottofondo; due o più persone, solitamente un conversante e l'interlocutore (paziente).

² Vigorelli P. (2010). *L'arte della conversazione con la persona affetta da demenza*. *Psicogeriatría*, 1 (suppl.), 90-93.

L'algoritmo conversazionale³ che adottiamo si può riassumere così:

1. il terapeuta non fa domande;
2. non completa le frasi che il paziente lascia in sospenso;
3. non interrompe le frasi del paziente;
4. restituisce al paziente il motivo narrativo, cioè il tema, del suo dire;
5. somministra frammenti della propria autobiografia (il terapeuta prendendo spunto dalle parole del paziente risponde proponendo frammenti dei ricordi della propria storia).

PROGRAMMA FOCUSED: programma che si basa sul modello di scambio conversazionale. Gli obiettivi del programma sono principalmente quello di educare gli infermieri a parlare con persone affette da demenza di Alzheimer. FOCUSED è un acronimo che sta per:

F: face to face, ovvero parlare vis a vis con il paziente; continuare a mantenere il contatto visivo;

O: orientation, orientare il paziente e dare il tempo di comprendere ciò che gli si dice;

C: continuity, continuare lo stesso discorso per più tempo possibile, e preparare il paziente nel caso si dovesse cambiare argomento;

U: unsticking, aiutare il paziente a sbloccarsi quando non riesce a dire una parola o la dice in modo errato;

S: structure, strutturare delle domande semplici di facile comprensione;

E: exchange, continuare il normale scambio di idee senza bloccarlo;

³ Pietro Vigorelli, *Comunicare con il demente: dalla comunicazione inefficace alla conversazione felice*. *Giornale di Gerontologia* (pag. 483-487).

D: direct, essere diretti, usare il suo nome, mantenere un discorso molto diretto.

L'uso di queste strategie per mantenere i pazienti più coinvolti durante la comunicazione, hanno l'ulteriore vantaggio di migliorare la compliance e il morale delle persone affette da demenza.

Dallo studio di queste tre strategie di comunicazione verbale si evince che, se associate ad un'efficace comunicazione non verbale, migliorerebbero i problemi di comunicazione con pazienti affetti da demenza.

Non dimenticandoci, però, una cosa fondamentale, ovvero l'UMANITA', le persone con demenza hanno bisogno di infermieri che non li giudichino con uno sguardo impietosito, ma bensì hanno bisogno di professionisti che credano in ciò che fanno con umanità.

CONCLUSIONI

La comunicazione è un aspetto fondamentale nell'arco della nostra vita, e diventa ancora più importante nelle situazioni di patologie come la

demenza. Il problema principale è che questa molto spesso nei pazienti dementi viene a mancare perché ci si va a concentrare sul processo di decadimento fisico e cognitivo, senza dare importanza alla comunicazione che se ben sfruttata può essere un'ottima terapia per il rallentamento del decadimento cognitivo.

Da qui la necessità di formare tutti gli operatori sanitari e non circa la comunicazione con pazienti affetti da queste patologie. Spesso non sappiamo come approcciarsi anche per via anche dell'"incapacità di gestire la loro aggressività.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Luca P. De Vreese (2009). *La comunicazione- I suggerimenti*. Dal notiziario Alzheimer Italia.
2. Vigorelli P. (2010). *L'arte della conversazione con la persona affetta da demenza*. *Psicogeriatría*, 1 (suppl.), 90-93.
3. Pietro Vigorelli, *Comunicare con il demente: dalla comunicazione inefficace alla conversazione felice*. *Giornale di Gerontologia* (pag. 483-487).

L'impatto della pandemia COVID-19 sul paziente psichiatrico: revisione della letteratura

Francesco Scuro*, Addolorata Ungaro*, Matteo Rignanese*

*CPSI presso Azienda Ospedali Riuniti di Ancona

Riassunto

Con l'espressione salute mentale, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ci riferiamo a uno stato di benessere emotivo e psicologico in cui l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emotive, l'esercizio della funzione all'interno della società, risponde alle esigenze quotidiane della vita quotidiana, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare in modo costruttivo ai cambiamenti ambientali, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni. Il termine fu coniato dal medico tedesco Johann Christian Reil nel 1808, dal greco psyché (ψυχή) = spirito, anima e iatreia (ιατρεια, ας) che significa cura (medico). La disciplina dovrebbe letteralmente occuparsi della "cura dell'anima". Con l'etimologia del termine ci si rende subito conto della complessità e vastità della materia questo significa che i problemi legati alla mente sono complessi proprio perché ogni essere umano è diverso dall'altro e di conseguenza i processi mentali di compensazione allo stress e ai fattori esterni stimolanti di varia natura sono differenti per ogni soggetto quindi tutto ciò che è ordinaria routine nei reparti cambia all'interno della psichiatria, la visione e l'approccio verso il paziente sono completamente differenti. L'emergenza provocata dalla pandemia Covid-19 ha avuto pesanti ripercussioni sulla vita di tutti ma ancora più grave per le persone con sofferenza mentale, oltre che per gli anziani e i disabili. Misure di prevenzione come l'isolamento e la quarantena possono portare all'ansia provocando un aumento delle malattie legate allo stress e allo stesso tempo possono causare l'esacerbazione di disturbi mentali preesistenti.

Parole chiave: psichiatria, COVID-19, SARS-COV-2, Coronavirus, pandemia, depressione, ansia, stress, malattia mentale.

Abstract

The expression mental health, according to the definition of the World Health Organization (WHO), we refer to a state of emotional and psychological well-being in which the individual is able to exploit his cognitive or emotional abilities, exercise function within society, respond to the daily needs of everyday life, establish satisfactory and mature relationships with others, constructively participate in environmental changes, adapt to external conditions and internal conflicts. The term was coined by the German physician Johann Christian Reil in 1808, from the Greek psyché (ψυχή) = spirit, soul and iatreia (ιατρεια, ας) which means cure (medical). Discipline should literally deal with "soul care". With the etymology of the term one immediately realizes the complexity and vastness of the matter this means that the problems related to the mind are complex precisely because every human being is different from the other and consequently the mental processes of compensation to stress and external stimulating factors of various nature are different for each subject therefore everything that is ordinary routine in the wards changes within psychiatry, the vision and the approach towards the patient are completely different. The emergency caused by the Covid-19 pandemic has had heavy effects on everyone's life but even more serious for people with mental suffering, as well as for the elderly and disabled. Prevention measures such as isolation and quarantine can lead to anxiety causing an increase in stress-related diseases and at the same time can cause the exacerbation of pre-existing mental disorders.

Key Words: Psychiatry, COVID-19, SARS-COV-2, Coronavirus, Pandemic, depression, anxiety, stress, mental illness.

PREMESSA

Con l'espressione salute mentale, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

I disturbi relativi alle malattie mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi

industrializzati sia per il numero dei soggetti colpiti, sia per l'elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali che comportano per le persone colpite e per i loro familiari. L'etimologia del termine "Psichiatria" deriva dal greco psyché (ψυχή), spirito, anima e da iatreia (ιατρεια, ας) che significa cura dell'anima. Con l'etimologia del termine ci si rende subito conto della complessità e vastità della materia. Questo sta a significare che i problemi legati alla mente sono complessi proprio perché ogni essere umano è differente dall'altro e di conseguenza i processi mentali di compensazione a stress e fattori stimolanti esterni di varia natura sono diversi per ogni soggetto; pertanto, tutto quello che nei reparti è ordinaria routine, all'interno della Psichiatria cambia

e la visione e l'approccio verso il paziente sono completamente differenti. Il nursing, pur avendo un unico fenomeno di interesse, cioè l'uomo ed i suoi bisogni, ha molteplici modi di descriverlo e di approcciarvisi. Hildegard Peplau, autrice della Teoria del Nursing Psicodinamico, un modello di interazione infermiere-paziente che evolve durante l'assistenza in un percorso di crescita e indipendenza, ha istituito un percorso assistenziale in cui l'infermiere e il suo assistito sono attori attivi di una dinamica relazione interpsicologica. L'assistenza viene vista come un'interazione tra due o più individui che hanno medesimi obiettivi, un processo interpersonale in cui paziente e infermiere ricevono e danno qualcosa all'altro reciprocamente e maturano insieme. Durante le 4 fasi individuate da Peplau, l'infermiere assume il ruolo di estraneo, risorsa (fornendo risposte a domande), insegnante, confidente, sostituto, leader (dando una sorta di direzione al paziente), surrogato (facendo da sostituto per un parente), consulente (permettendogli di esprimere i sentimenti) ed esperto tecnico (fornendo cure fisiche).

La strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria è lo strumento centrale per instaurare e mantenere un'apertura ed una motivazione positiva della persona assistita al fine di collaborare al percorso terapeutico e potenziare attivamente tutte le risorse.

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato, in data 11 marzo 2020, che il focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV2 può essere considerato una pandemia. L'infezione da virus SARS-CoV2 determina la malattia COVID-19 che può essere fatale, soprattutto nei pazienti anziani che presentano la coesistenza simultanea di patologie differenti. L'impatto sul sistema sanitario è stato clamoroso e questo ha determinato un cambiamento drastico sulla modalità in cui vengono forniti i servizi sanitari.

Gli ultimi decenni altre epidemie, come SARS, MERS e l'influenza H1N1, ci hanno evidenziato le possibili implicazioni psicopatologiche legate a eventi inaspettati e massivi, che mettono a rischio la salute e l'incolumità degli individui e minano la stabilità delle comunità. Studi hanno dimostrato che gli effetti della rapida diffusione di un'epidemia vanno ben oltre la morbilità e la mortalità dei contagiati, impattando in maniera forte vari ambiti della vita quotidiana di tutta la popolazione, con inevitabili ricadute sulla salute mentale.

L'emergenza determinata dalla pandemia Covid-19 ha prodotto pesanti effetti sulla vita di tutti ma ancora più gravi per le persone con sofferenza mentale, come anche per anziani e disabili. Misure di prevenzione come l'isolamento e la quarantena possono portare a ansia provocando un aumento delle malattie legate allo stress e allo stesso tempo possono causare l'esacerbazione di disturbi mentali preesistenti.

MATERIALI E METODI

I materiali adoperati nella stesura del compendio sono di molteplici carature e con interessamento globale riguardo al paziente psichiatrico. La revisione è stata condotta attraverso le banche dati CINAHL e Medline. E' stata costruita una stringa utilizzando termini liberi (free text) con i seguenti indicatori booleani: "AND", "OR", "NOT".

RISULTATI E DISCUSSIONE

È stato riconosciuto che la pandemia COVID-19 causa un'ampia varietà di problemi di salute comportamentale. Il 17 marzo 2020, un sondaggio nazionale ha rilevato che il 40% degli americani ha riferito interruzione delle abitudini di vita quotidiana a causa della pandemia COVID-19; il distanziamento sociale, l'interruzione di servizi e la disoccupazione colpiscono le popolazioni vulnerabili in modo sproporzionato, e le persone con malattie mentali sono più vulnerabili non solo all'infezione da COVID-19

ma anche alle sue conseguenze sulla salute comportamentale, perché saranno maggiormente influenzate dal distanziamento sociale e dall'interruzione dei servizi. Le raccomandazioni standard, come lavarsi le mani, indossare la mascherina, coprirsi la bocca e il naso quando si starnutisce o si tossisce, evitare il contatto ravvicinato, possono essere difficili da far applicare alle persone che soffrono di malattie mentali. In aggiunta a questo, è emersa la possibilità di un deterioramento dello stato mentale (incluso rabbia e ansia), a distanza di 4-6 mesi dal termine della quarantena. Gli individui che erano già affetti da un disturbo psichico hanno dovuto, nel medio-lungo periodo, confrontarsi con l'isolamento e la paura del contagio e pertanto la mancanza delle relazioni sociali, già fragili, hanno aumentato con il tempo la solitudine e lo stress. Studi sulla popolazione cinese durante la prima fase della pandemia hanno mostrato come i soggetti con disturbi psichici preesistenti hanno proprio sviluppato forme più gravi di ansia, depressione e PTSD rispetto alla popolazione generale. Le persone con disturbi mentali sono più influenzate dalle reazioni emotive dovute alla malattia Covid-19 e questo può portare a ricadute ma anche al peggioramento delle proprie condizioni. Ad esempio, la ricaduta in gravi disturbi mentali può causare scarsa igiene e l'incapacità di attuare la distanza sociale o altre tipologie di misure preventive.

CONCLUSIONI

Le misure di prevenzione adottate per ridurre la trasmissione della malattia Covid-19 hanno portato a drammatici cambiamenti sociali ed economici per la popolazione generale, oltre alle paure e alla preoccupazione legate alla malattia che, infatti, ha riportato effetti psicologici negativi tra cui sintomi di stress post-traumatico, confusione e rabbia. I fattori di stress includono: la durata più lunga della quarantena, la paura della malattia, la frustrazione, la noia e pertanto le persone con malattie mentali

necessitano di un maggior supporto. La pandemia COVID-19 rappresenta, pertanto, un problema per la salute mentale. Per quanto riguarda le nuove possibilità che consentono oggi l'implementazione di servizi di cosiddetta "telepsichiatria", l'Istituto Superiore di Sanità già a maggio 2020 ha pubblicato le indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Si tratta di una linea guida che recepisce alcuni protocolli tempestivamente concepiti a livello internazionale e consistente in quattro STEP per effettuare lo screening sulla popolazione a rischio e quantificare i sintomi depressivi e ansiosi a distanza, oltre che per erogare uno specifico intervento di sollievo, grazie a una vera e propria équipe telefonica (ETI-PsiCO). Infatti, per ogni Centro di Salute Mentale, il programma di intervento prevede che venga costituita una Equipe Territoriale per l'intervento sulla crisi psicologica/psichiatrica da COVID-19, con l'individuazione di almeno uno psichiatra, uno psicologo, un infermiere, un tecnico della riabilitazione psichiatrica e un assistente sociale. Le linee d'intervento sono rivolte alla popolazione generale e alla popolazione a rischio. Viene, quindi, promosso un cambiamento di cultura organizzativa integrando la telepsichiatria come forma di supporto da attuarsi a distanza.

BIBLIOGRAFIA

Ahmed M.Z., Ahmed O., Zhou A., Sang H., Liu S., Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J. Psychiatr.*

Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.*

Cao W., Fang Z., Hou G., Han M., Xu X., Dong J., Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry*

Druss BG. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry.* 2020

Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.*

Istituto Superiore di Sanità, a cura di Veltro, F., Calamandrei, G., Picardi, A., Di Giannantonio, M., Gigantesco, A. (2020). Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale

per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19, versione del 6 Maggio 2020.

SESSIONE LOGOPEDIA E DISFAGIA

La Comunicazione aumentativa alternativa (CAA) nelle diverse età di vita

D'Antuono Mariarosaria¹, Vecchione Angelo²

¹tutor didattico del CdL in Logopedia, Università Politecnica delle Marche, ²fisioterapista, Medicina Riabilitativa

IRCSS INRCA Ancona

RIASSUNTO: La comunicazione nasce nell'uomo come bisogno primario e fondamentale per esprimere i propri pensieri, sentimenti, bisogni, desideri, e per affermare sé stessi e la propria identità. Lo sviluppo di questa competenza inizia fin dai primi giorni di vita dell'individuo, che nel suo percorso di vita diventerà sempre più abile ad utilizzare questa funzione. Tuttavia, per alcuni soggetti in età evolutiva e/o in età adulta per disabilità comunicative acquisite, incontrano difficoltà che inficiano la loro comunicazione fino ad isolarle socialmente, negandogli di poter esprimere il loro mondo interiore. L'inizio precoce di interventi di CAA può contribuire a prevenire un ulteriore impoverimento comunicativo, simbolico, relazionale e cognitivo. Unico prerequisito per intraprendere un intervento comunicativo è respirare secondo Pat Mirenda dell'ISAAC (Società Internazionale della Comunicazione aumentativa alternativa); la comunicazione è un diritto della persona in tutte le sue età di vita. Obiettivi da raggiungere a breve termine nella CAA sono l'intenzionalità comunicativa e la motivazione della persona affinché la stessa partecipi al mondo che la circonda in ottica di inclusione della persona con disabilità comunicativa.

I partner comunicativi e il contesto rappresentano dei facilitatori e sono fondamentali per ottenere una CAA efficace.

In Italia, la CAA è conosciuta per lo più nell'applicazione in età evolutiva; lo scopo di questo articolo è mettere in luce la necessità di comunicare sempre e in ogni contesto e quindi l'importanza di trovare modalità comunicative efficaci anche in età geriatrica, in pazienti anziani ricoverati in ospedali specie in setting di terapie intensive con disabilità comunicative temporanee come avviene a causa della pandemia da COVID-19.

Parole chiave: Comunicazione, CAA, identità personale, diritto della persona, anziano e CAA.

ABSTRACT: Communication is born in humans as a primary and fundamental need to express their thoughts, feelings, needs, desires, and to affirm themselves and their identity. The development of this competence begins from the first days of the individual's life, who in his life path will become more and more able to use this function. However, for some subjects in developmental age and / or in adulthood due to acquired communication disabilities, they encounter difficulties that affect their communication to the point of socially isolating them, denying them to be able to express their inner world. The early start of CAA interventions can help prevent further communication, symbolic, relational and cognitive impoverishment. The only prerequisite for undertaking a communicative intervention is to breathe according to Pat Mirenda of ISAAC (International Society of Alternative Augmentative Communication); communication is a right of the person in all his life stages. Objectives to be achieved in the short term in CAA are communicative intentionality and the motivation of the person to participate in the world around them with a view to inclusion of the person with communication disabilities. Communication partners and context are facilitators and are key to achieving effective CAA. In Italy, CAA is mostly known in its application in developmental age; the purpose of this article is to highlight the need to communicate always and, in every context, and therefore the importance of finding effective communication methods even in the geriatric age, in elderly patients admitted to hospitals, especially in intensive care settings with temporary communication disabilities such as happens because of the COVID-19 pandemic.

Keywords: Communication, CAA, personal identity, personal right, elderly and CAA

LA COMUNICAZIONE

La comunicazione è un processo che nasce da un desiderio, un bisogno o da una condizione di necessità, ed è definita nel senso più ampio, come qualsiasi atto mediante il quale una persona dà e riceve informazioni sui bisogni di quella persona, i desideri, le percezioni, le conoscenze, o gli stati affettivi.

Questo processo prevede lo scambio di messaggi tra due o più individui, secondo un principio di circolarità (due individui costituiscono l'anello comunicativo minimo). La comunicazione è quindi un processo di socializzazione poiché normalmente comporta un'interazione fra soggetti comunicanti, in quanto la risposta suscitata dalla comunicazione nel soggetto che la riceve opera a sua volta uno stimolo nei

confronti del comunicante. Il termine comunicazione deriva dal latino cum= con, e munire= legare, ovvero sta a significare costruire, mettere in comune, far partecipe; con questa parola si intende il processo e le modalità di trasmissione di un'informazione da un individuo a un altro (o da un luogo a un altro), attraverso lo scambio di un messaggio elaborato secondo le regole di un determinato codice.

I messaggi che vengono trasmessi possono essere di natura diversa (verbale e non verbale) e possono essere veicolati da canali comunicativo diversi e di vario grado di sofisticazione. La comunicazione verbale prevede la trasmissione di un messaggio attraverso l'utilizzo di un codice linguistico; la comunicazione non verbale trasmette un messaggio

attraverso l'utilizzo di un codice diverso da quello linguistico.

Il fatto di comunicare con gli altri, di scambiare idee ed emozioni con le persone che ci circondano, rientra nell'esperienza primaria di ciascuno di noi. Infatti, l'uomo, per la sua natura stessa, avverte il bisogno di parlare, di esprimere i propri stati d'animo, di partecipare agli altri ciò che pensa o che sente.

Pertanto, la comunicazione acquisisce un senso molto ampio in quanto serve a esprimere i propri bisogni, a esprimere sè stessi, a sentirsi partecipi di uno spazio sociale che supporta e accompagna la costruzione della propria individualità; a socializzare come definisce il filosofo Seneca "L'uomo è un animale sociale".

È stata, pertanto stilata dal National Committee for the Communication Needs of Persons with Severe Disabilities, 1992 (traduzione a cura del Servizio di Comunicazione Aumentativa e Alternativa del Centro Benedetta D'Intino di Milano, Chapter ISAAC Italy) la Carta dei diritti della Comunicazione che viene di seguito riportata:

Ogni persona indipendentemente dal grado di disabilità ha il diritto fondamentale di influenzare, mediante la comunicazione, le condizioni della sua vita.

Oltre a questo diritto di base, devono essere garantiti i seguenti diritti specifici: 1. Il diritto di chiedere oggetti, azioni, persone e di esprimere preferenze e sentimenti. 2. Il diritto di scegliere tra alternative diverse. 3. Il diritto di rifiutare oggetti, situazioni, azioni non desiderate e di non accettare tutte le situazioni proposte. 4. Il diritto di chiedere e ottenere attenzione e di avere scambi con altre persone. 5. Il diritto di richiedere informazioni riguardo oggetti, persone, situazioni o fatti che interessano. 6. Il diritto di attivare tutti gli interventi che rendano possibile comunicare messaggi in qualsiasi modo e nella maniera più efficace indipendentemente dal grado di disabilità. 7. Il

diritto di avere riconosciuto comunque il proprio atto comunicativo e di ottenere una risposta anche nel caso in cui non sia possibile soddisfare la richiesta. 8. Il diritto di avere accesso in qualsiasi momento a ogni necessario ausilio di comunicazione aumentativa-alternativa, che faciliti e migliori la comunicazione e il diritto di averlo sempre aggiornato e in buone condizioni di funzionamento. 9. Il diritto a partecipare come partner comunicativo, con gli stessi diritti di ogni altra persona ai contesti, interazioni e opportunità della vita di ogni giorno. 10. Il diritto di essere informato riguardo a persone, cose e fatti relativi al proprio ambiente di vita. 11. Il diritto di ricevere informazioni per poter partecipare ai discorsi che avvengono nell'ambiente di vita, nel rispetto della dignità della persona disabile. 12. Il diritto di ricevere messaggi in modo comprensibile e appropriato dal punto di vista culturale e linguistico.

LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA (CAA)

La comunicazione aumentativa alternativa è il modo con cui le persone comunicano senza parola, è l'insieme di conoscenze, di tecniche, di strategie e di tecnologie attivabili per facilitare la comunicazione in soggetti che manifestano una carenza/assenza temporanea o permanente nella comunicazione.

Secondo l'ASHA la Comunicazione Aumentativa Alternativa rappresenta un'area della pratica clinica che cerca di compensare la disabilità temporanea o permanente, di individui con bisogni comunicativi complessi, limitazioni nelle attività e restrizioni alla partecipazione di persone con severi disordini nella produzione del linguaggio (language) e/o della parola (speech) e/o di comprensione, relativamente a modalità comunicative orali e scritte. L'utilizzo di questa strategia viene vista quindi, come facilitante lo sviluppo di un'ulteriore uscita verbale, sociale e di interazione, rompendo così la condizione di isolamento in cui le persone con disabilità comunicative vivono e ampliando il loro range di indipendenza.

La CAA nasce negli anni '50 in ambiente nord-americano per cercare una strada alternativa con un approccio RIMEDIATIVO o COMPENSATIVO su pazienti che non sviluppano il linguaggio verbale anche dopo terapia logopedica tradizionale, fino poi ad arrivare in Italia negli anni '90.

L'aggettivo "aumentativa" sta ad indicare che non sostituisce o propone nuove modalità comunicative ma analizzando le competenze del soggetto, indica strategie per incrementare le stesse.

La CAA comprende quindi tutto ciò che può aiutare a sostenere e incrementare il linguaggio verbale (come vocalizzazioni, gesti, mimica, scrittura, segni).

Il termine "Alternativa" sta, invece, ad indicare l'utilizzo di modalità alternative alla comunicazione tradizionale. Tale termine viene usato sempre meno in quanto questo utilizzo della CAA è quasi totalmente scomparso poiché attualmente gli interventi di CAA sono considerati supporti alle capacità di relazione, comunicazione e pensiero della persona e non sostitutivi di tali competenze.

La CAA è una modalità di intervento, non è una tecnica ma un insieme di più metodi; si rivolge all'interessato e alle persone che condividono con lui la problematica comunicativa ed è applicabile sia in ambito clinico-riabilitativo che nel contesto familiare ed educativo-scolastico.

La CAA è rivolta a bambini, ragazzi ed adulti che presentano bisogni comunicativi complessi, dovuti a carenze sia sul versante espressivo (difficoltà ad esprimersi e a farsi capire dagli altri) che recettivo (difficoltà a comprendere). L'intervento di CAA non è mirato solo alla comunicazione ma permette anche di ampliare le competenze globali della persona influenzando positivamente l'area emotiva, linguistica, cognitiva, attentiva e quella relazionale.

L'intervento di CAA nasce dall'esigenza di dare voce a quelle persone che vivono in un silenzio forzato e

che compiono uno sforzo notevole nel tentativo di farsi comprendere, di attirare l'attenzione su di sé o anche semplicemente di essere riconosciute nella loro difficoltà di comunicare, con conseguenze sul piano relazionale, cognitivo, linguistico e sociale (Rivarola, 2009). Un intervento di CAA ha quindi anche l'obiettivo di prevenire un ulteriore impoverimento comunicativo ed anche la comparsa di possibili disturbi del comportamento legati all'incapacità del bambino di esprimere in altro modo i propri bisogni. L'intervento di CAA è basato sul modello "full participation": la rimozione di barriere alle opportunità di comunicazione aumenta la partecipazione e l'indipendenza di una persona. "Senza partecipazione, non c'è nessuno a cui parlare, niente di cui parlare e nessun motivo per comunicare".

Non esistono prerequisiti fisici, mentali o di salute per accedere ad un intervento di CAA. Il prerequisito di base per un intervento di CAA è rappresentato da un intervento comune, sincrono e convergente da parte di genitori, insegnanti, educatori e operatori competenti in CAA in tutti i contesti di vita del bambino e/o adulto. "Ci siamo resi progressivamente conto di come la comunicazione abbia un unico prerequisito, che non ha nulla a che fare con l'età mentale, l'età cronologica, i prerequisiti cognitivi, le formule matematiche o qualunque altro modello che sia stato sviluppato nel tempo per stabilire chi possa essere candidato all'intervento e chi no. L'unico vero prerequisito necessario per comunicare è respirare" (Mirenda, 1993).

L'IMPORTANZA DEL PARTNER COMUNICATIVO

Il risultato dello "scambio comunicativo" dipende dalla competenza comunicativa di entrambi gli interlocutori. A tal proposito è fondamentale che i partner comunicativi siano adeguatamente individuati in quanto hanno bisogno di apprendere come interagire in modo efficace con la CAA, poiché il successo dell'interazione dipende fortemente dalle

competenze interattive e comunicative del partner con la persona con disabilità comunicativa.

Tre sono i tasselli fondamentali per un intervento di CAA:

1. offrire opportunità ripetute e pianificate di apprendimento attraverso l'ambiente;
2. la formazione di partner comunicativi
3. l'attenzione alla comunicazione spontanea e funzionale.

Il partner comunicativo non opportunamente formato può rappresentare una barriera alla comunicazione ad esempio quando:

- anticipano i bisogni senza una richiesta
- non attuano pause
- strutturano e dominano l'interazione, così che la persona si limita a rispondere e non ha possibilità d'iniziare
- provvedono poche opportunità di fare scelte
- parlano "sulla" persona
- se non familiari con il grado d'intenzionalità, non riconoscono la joint attention e il vocabolario del soggetto

APPLICAZIONI DELLA CAA NELLE DIVERSE ETÀ DI VITA

La CAA si usa in diversi ambiti ad esempio:

- per aumentare o sostituire il linguaggio vocale carente o assente (es. PCI, sindromi genetiche, disturbi spettro autistico, etc.)
- Per aumentare la comprensione (es. utilizzo da parte del partner)
- Come mezzo di comunicazione temporaneo (es. in caso di terapia intensiva)
- In attesa dello sviluppo del linguaggio vocale (es. ritardo dello sviluppo)

Le persone che hanno problemi temporanei o permanenti di comunicazione, associati ad un'ampia gamma di cause fisiche, sensoriali ed ambientali che riducono/limitano la loro capacità di partecipare in modo autonomo alla vita sociale, e i loro partner comunicativi, possono trarre beneficio dall'uso di sistemi di CAA.

Le applicazioni della CAA in età evolutiva avvengono in: Amiotrofia Muscolare Spinale, disturbi Generalizzati dello Sviluppo, Paralisi Cerebrali Infantili, Insufficienza Mentale, Disfasia grave, Developmental Apraxia of Speech, Sindrome di Landau Kleffner, Sindromi genetiche (Down...), Distrofia muscolare, Gravi disturbi sensoriali (sordociechi...).

In età adulta, invece, la CAA viene applicata in pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, Lesioni Midollari alte, Afasia grave, Ictus, Lesione cerebrale post-trauma, Sindrome di Guillain-Barrè (polinevrite che causa paralisi progressiva degli arti), Alzheimer.

Questa pratica riabilitativa importante, quale la CAA viene applicata anche in situazioni particolari in cui vi è una difficoltà comunicativa come: in Terapia intensiva (per interventi programmati/non programmati), Reparti Ospedalieri, Mucosite da chemioterapia (infiammazione delle mucose che rivestono gli organi interni), Stranieri che non interagiscono per problemi di lingua madre, persone che non riescono ad accedere al codice alfabetico per la lettoscrittura.

IL SISTEMA SIMBOLICO IN CAA

Nell'ambito dei mezzi a sostegno dello sviluppo della comunicazione simbolica, la CAA distingue tradizionalmente fra due tipi di sistemi: quelli unaided e quelli aided. I sistemi unaided sono identificati con quelle modalità di espressione linguistica che non fanno ricorso a mezzi esterni al corpo: sono unaided il linguaggio parlato, la lingua

dei segni, l'alfabeto segnato. Molti bambini inoltre usano una larga varietà di gesti deittici di tipo semplice convenzionale e di tipo rappresentativo. Questi sistemi richiedono un buon controllo motorio. I sistemi aided, al contrario, fanno ricorso a oggetti fisici esterni al corpo, agendo sui quali vengono composti messaggi in forma linguistica. Questi sistemi possono essere utilizzati anche da persone con disabilità motoria. Un sistema aided può essere composto di semplice penna e foglio; ma può anche essere un libro o una tabella di comunicazione, contenente fotografie, simboli, ecc., indicando i quali vengono composte proposizioni più o meno complesse. Un sistema aided può anche essere costituito da ausili elettronici (a bassa o alta tecnologia), con o senza uscita in voce (VOCA), che consentono di selezionare simboli o di scrivere utilizzando la selezione diretta tramite un dito della mano o mediante dispositivi particolari come un puntatore oculare, un joystick o ancora tramite una scansioni. Una persona con disabilità comunicativa può usare sistemi aided o unaided di CAA o entrambi. L'utilizzo o meno di sistemi aided o unaided è determinato dai bisogni e dalle abilità della persona e dal contesto comunicativo.

I sistemi di CAA nell'autismo devono supportare la cosiddetta comunicazione funzionale indipendente che si riferisce al loro dover essere spendibili nei diversi contesti di vita e con i diversi partner comunicativi.

Quindi, i principi della comunicazione aumentativa alternativa pongono al centro il principio della massima generalizzabilità dell'utilizzo dello strumento o della strategia comunicativa in diverse situazioni e contesti, in modo da favorire il più possibile le capacità comunicative del soggetto.

Gli obiettivi principali dell'implementazione di un sistema di Comunicazione Aumentativa Alternativa CAA sia nell'età evolutiva che adulta e geriatrica sono:

- Comunicare in autonomia;
- Usare un tipo di comunicazione accessibile (chiunque deve poter comprendere);
- Sviluppare la competenza comunicativa (linguistica, sociale, di giudizio...).

L'INTERVENTO DELLA CAA

L'obiettivo di un intervento di CAA è supportare le persone con gravi difficoltà comunicative a divenire competenti dal punto di vista comunicativo nel presente, pur avendo in mente i bisogni comunicativi futuri (Beukelman & Mirenda 1998). Il primo obiettivo è ottenere l'intenzionalità comunicativa e la motivazione della persona affinché sia parte attiva in una comunicazione e non un soggetto passivo che la subisce.

Le tappe dell'intervento sono identificate in alcuni momenti specifici quali:

lavorare soprattutto con/nel contesto di vita partire dalle abilità esistenti strutturare un ambiente facilitante specifico, creare delle routines, osservare la quotidianità e dare significato, cogliere minimi spazi di aggancio ,partire da situazioni altamente motivanti, costruire interazioni consentire maggiore controllo e prevedibilità ,utilizzare la CAA sia in comprensione che in produzione, opportunità di effettuare delle scelte non effettuare "verifiche prestazionali" continue, sviluppare il "si" ed il "no", costruire il proprio dizionario personale, condividere e aggiornare un vocabolario di immagini, sviluppare un sistema di comunicazione multimodale "su misura", strutturare un ambiente facilitante e individuare precocemente i partner comunicativi.

CONCLUSIONI

In conclusione, qualsiasi sia il sistema di CAA implementato nel percorso di sviluppo del soggetto, se questo sarà progettato considerando le caratteristiche specifiche della persona e i suoi reali bisogni comunicativi, l'abilità comunicativa sarà generalizzata ai vari contesti di vita potrà e dirsi un

intervento di successo che ripagherà impegno, risorse ed energie impiegate.

Svolgere l'assessment in maniera corretta necessita del coinvolgimento di professionisti preparati in questo campo, sia nella dimensione della CAA che su quella delle procedure comportamentali necessarie per implementarla correttamente.

È importante diffondere sempre più la CAA anche in contesti ospedalieri per disabilità comunicative temporanee e /o permanenti, fondamentale è, sensibilizzare la società ad "aprirsi" alla persona che "non parla" affinché quest'ultima acquisti dignità personale e abbia diritto alla comunicazione, in quanto l'unico prerequisito della comunicazione è, secondo Pat Mirenda.....respirare!

L'emergenza sanitaria da COVID-19 a cui siamo stati sottoposti ci ha messo di fronte a nuove problematiche come, ad esempio, essere privati dell'affetto dei familiari o dell'assistenza dei caregiver; specialmente nei reparti COVID+ sarebbe auspicabile l'adozione di modalità comunicative aumentative alternative al fine di permettere alla persona di poter comunicare in qualche modo i propri bisogni e di preservare la propria identità e dignità personale.

BIBLIOGRAFIA

- Manuale di Comunicazione Aumentativa e Alternativa. David R. Beukelman, Pat Mirenda. Ed Erickson
- Costruire libri e storie con la CAA. Gli IN-book per l'intervento precoce e l'inclusione. Maria Antonella Costantino. Ed. Erickson
- Comunicazione aumentativa e alternativa. Strumenti e strategie per l'autismo e i deficit di comunicazione. Joanne M. Cafiero- Ed. Erickson 2009
- Blackstone S. V. & Hunt Berg M. (2003) Social Networks: A Communication Inventory for Individuals with Complex Communication Needs and their Communication Partners, Monterey, CA USA, Augmentative Communication, Inc. - Prossima traduzione in lingua italiana a cura di ISAAC Italy
- Beukelman D. & Mirenda P. (1992), Augmentative and Alternative Communication: Management of Communication Disorders in Children and Adults, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing
- Mirenda P. (1998), "Intervention Techniques for Functional Communication Training: a Research Review", Paper presented at the 8th Biennial Conference of the International Society for Augmentative and Alternative Communication, Dublin, Ireland: ISAAC
- Mirenda P., Iacono T., William R. (1990), "Communication Options for Persons with Severe and Profound Disabilities: State of the Art and Future Directions", Journal of the Association for persons with severe handicaps 15, 3-21
- Seienkiewicz-Mercer R.& Kaplan A.B. (1989), I Raise my Eyes to Say Yes, Hartford CT: Whole Health Books
- Silverman Frankling H. (1980) Communication for the Speechless, Prentice-Hall, Inc.- Edizione Italiana a cura di O. Schindler
- www.isaacitaly.it
- www.sovrazonalecaa.org

SESSIONE PROTOCOLLI E MODELLI ORGANIZZATIVI

Fall in Age: un progetto ERASMUS +

Marco Benadduci

Fisioterapista presso INRCA di Ancona

Abstract

The Fall In Age project is funded by the European community through the Erasmus + program, a European project for education, training, youth and sport. It begins in 2019 with a duration of two years. The project consists in the creation of a course aimed at the prevention of falls and frailty, the partners who took part in it are: University of Lisbon (Technical Institute IST, Faculty of Motor Sciences FMH, Institute of Biomechanics of Valencia, National Institute of Rest and Care for the Elderly INRCA, European General Practice Research Network (EGPRN). The project aims to train health professionals in the prevention of falls and frailty using the most modern assessment and assistance technologies and focuses on to tele-rehabilitation and home automation.

Key words: Erasmus+, fall, frailty, prevention, course

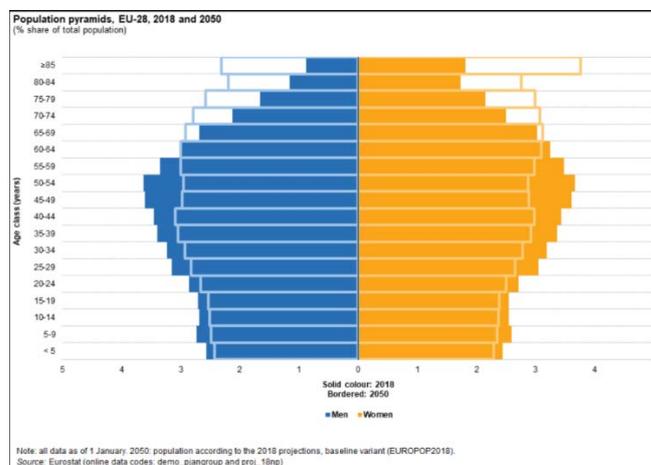
Riassunto

Il progetto Fall In Age è finanziato dalla comunità europea tramite il programma Erasmus+, progetto europeo per l'istruzione la formazione, la gioventù e lo sport. Prende inizio nel 2019 con una durata di due anni. Il progetto consiste nella creazione di un corso volto alla prevenzione delle cadute e della fragilità, i partner che vi hanno preso parte sono: Università di Lisbona (Istituto superiore tecnico IST, Facoltà di scienze motorie FMH, Istituto di biomeccanica di Valencia, Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani INRCA, European General Practice Research Network (EGPRN). Il progetto mira a formare professionisti sanitari nella prevenzione delle cadute e della fragilità utilizzando le più moderne tecnologie di valutazione e assistenza, dando un occhio anche alla telerabilitazione e alla domotica.

Parole chiave: Erasmus+, caduta, fragilità, prevenzione, corso

Il progetto Fall-in-Age mira allo sviluppo e all'implementazione di un corso online aperto dedicato a studenti, specialisti e professionisti nel settore della sanità e della geriatria. Il corso si concentra sull'applicazione delle tecnologie biomeccaniche per la valutazione e il trattamento della fragilità e la riduzione del numero di cadute negli anziani.

Il progetto nasce in risposta ai fenomeni sociali e sanitari a cui assistiamo in Europa, frutto di un aumento demografico dell'età. Secondo le proiezioni EUROSTAT 2017 per il 2050 vedremo un aumento consistente della popolazione over 65, in particolar modo nella fascia over 80, comportando quindi un aumento del numero di casi di fragilità e di cadute che richiedono una prognosi.



Gli obiettivi di questo progetto è lo sviluppo e l'implementazione di un corso ad accesso gratuito online per fornire a studenti, specialisti e operatori sanitari una formazione utile e significativa sullo screening per la prevenzione, l'individuazione dei fattori di rischio per le cadute e la fragilità, per la definizione di campi di intervento. All'interno del corso è stato dato rilievo all'utilizzo delle tecnologie biomediche, a come possono costituire un valido aiuto per gli operatori sanitari, per i care-giver nella valutazione/screening/monitoraggio, e nel trattamento del paziente a rischio.

L'aspetto della fragilità e delle cadute costituiscono condizioni multifattoriali. I pazienti fragili necessitano di servizi sanitari e sociali, coordinati e costanti, adeguati al principio di continuità assistenziale. Gli attuali modelli di assistenza sociosanitaria non sono pronti ad affrontare una questione sociale ed economica di tale entità, che invece è necessario e urgente affrontare. Il corso indica i vari campi di intervento per poter affrontare questa situazione, puntando molto sull'istruzione del paziente e sulla prevenzione dei fattori di rischio, dando sempre importanza a un approccio multidisciplinare al fine di ridurre il rischio e il tasso di caduta.

Secondo l'OMS, le strategie di prevenzione che devono essere adottate dai sistemi sanitari dovrebbero essere finalizzate all'identificazione dei fattori di rischio, poiché un anziano su tre cade almeno una volta all'anno rappresentando, quindi, una delle principali sindromi geriatriche e la seconda causa mondiale di morte accidentale o involontaria. La caduta può implicare una riduzione dell'autonomia degli anziani, diminuendo la loro qualità di vita e quella del loro contesto sociale, aumentandone la fragilità. Il corso si propone di offrire al partecipante tutti gli strumenti per poter effettuare correttamente una procedura di screening e di identificazione dei fattori di rischio, al fine di inserire l'anziano in un percorso che riduca il rischio di caduta selezionando gli interventi più utili e appropriati.

Nonostante i benefici e le potenzialità delle tecnologie biomediche per migliorare la valutazione

della fragilità e del rischio di caduta delle persone anziane, è innegabile che le loro applicazioni siano ancora limitate alla ricerca e agli ambiti accademici. Gli esperti non hanno ancora abbattuto le barriere tecniche e metodologiche, essendo queste per lo più poco conosciute alla maggior parte dei medici, infermieri, professionisti sanitari, studenti di medicina, scuola di specializzazione, ecc.

Il corso offre, oltre alle lezioni in presentazione power point accompagnate da file audio, materiale di approfondimento e attività pratiche con casi clinici in cui viene richiesta l'applicazione di ciò che si è appreso. Gli interventi proposti all'interno del corso sono stati scelti e proposti in chiave pratica per poter intervenire immediatamente e dare importanti indicazioni che il paziente può applicare presso il domicilio immediatamente.

Il corso avrà un impatto anche sugli utenti target indiretti, vale a dire i pazienti e gli amministratori. I pazienti beneficeranno di uno staff clinico più esperto e ben informato, che sarà così in grado di fornire un'assistenza migliore, migliorando l'indipendenza del paziente e la qualità della vita. Inoltre, la conoscenza e l'uso di adeguate tecnologie biomeccaniche ridurranno cure non appropriate e costi inutili per il sistema sanitari.

BIBLIOGRAFIA

- https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments
- <https://fallinage.ist.utl.pt/>

L'educazione terapeutica del paziente e del caregiver in "riabilitazione"

Marina Simoncelli, Lucia Paoloni, Benedetta Emanuelli, Laura Di Biagio

UOC di Medicina Riabilitativa, A.O. "Ospedali Riuniti Marche Nord" Pesaro-Fano

RIASSUNTO: L'attuale pandemia da coronavirus SARS-CoV-2, ha sollevato fra le diverse problematiche cliniche e di salute pubblica, anche quelle relative al trattamento riabilitativo che, comporta un contatto ravvicinato tra professionista sanitario e paziente, e che pertanto nonostante il doveroso corretto impiego dei dispositivi di sicurezza individuali (DPI), può comunque aumentare il rischio di diffusione del contagio. In questo contesto, pertanto, l'Educazione Terapeutica del paziente e/o del caregiver è venuta ancor più ad assumere un ruolo strategico nella continuità della presa in carico, in particolare nelle persone fragili con disabilità croniche multiple e complesse.

Il presente lavoro intende fare comprendere al lettore il significato dell'Educazione terapeutica, offrire una caratterizzazione del caregiver, e ribadire l'importanza dell'approccio educativo terapeutico in riabilitazione. Nello specifico, viene presa in considerazione l'esperienza condotta durante la prima fase pandemica dalla UO di Medicina Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" (AOORMN), ubicata in un territorio massivamente colpito dall'infezione, che si è fatta promotrice di interventi educativi riguardo problematiche riabilitative ad elevato impatto disabilitante, per offrire continuità e supporto ai pazienti ed ai caregiver.

Parole chiave: riabilitazione, educazione del caregiver, COD-19

ABSTRACT: The current SARS-CoV-2 coronavirus pandemic has raised among the various clinical and public health problems, including those relating to rehabilitation treatment which involves close contact between healthcare professional and patient, and which therefore despite the necessary correct use of personal safety devices (PPE), can however increase the risk of spreading the infection. In this context, therefore, the Therapeutic Education of the patient and / or caregiver has come to play an even more strategic role in the continuity of care, especially in frail people with multiple and complex chronic disabilities.

This work intends to make the reader understand the meaning of therapeutic education, offer a characterization of the caregiver, and reiterate the importance of the therapeutic educational approach in rehabilitation. Specifically, the experience conducted during the first pandemic phase by the Rehabilitation Medicine Unit of the Hospital "Ospedali Riuniti Marche Nord" (AOORMN), located in an area massively affected by the infection, which has promoted of educational interventions regarding rehabilitation problems with a high disabling impact, to offer continuity and support to patients and caregivers.

Keywords: rehabilitation, caregiver education, COVID-19

INTRODUZIONE

Con **educazione terapeutica** si intenda la trasmissione di "saperi minimi" da parte di operatori sanitari, ovvero di informazioni, consigli clinico-assistenziali di base, affinché il paziente e/o il caregiver possano, dopo adeguato addestramento, diventare parte attiva nella gestione della cura.

E visto questo importante ruolo affidato al caregiver, letteralmente "colui/colei che "fornisce cure", accudisce cioè qualcuno che ha subito una diminuzione o perdita di autonomia per vari motivi (demenza, disabilità ...), è necessario capire meglio "chi è" e "che cosa fa". Tenuto conto del contesto socioculturale e della normativa vigente in ambito nazionale ed europeo, possiamo per cogliere l'identità di questa figura, è necessario prioritariamente distinguere il caregiver "formale" da quello "familiare". Il primo, può essere identificato con qualunque persona che presta assistenza dietro

pagamento di un compenso, quindi ad esempio una specifica figura professionale, oppure anche la "badante". Invece, per caregiver "familiare" si intende chi assiste volontariamente una persona cara non autosufficiente. In entrambi i casi il caregiver, all'interno della difficile arte dell'aver cura, è chiamato a: fornire assistenza diretta (somministrare farmaci e terapie, controllare i parametri vitali e le funzioni, gestire la mobilità e la sicurezza, occuparsi dell'igiene personale e della vestizione del paziente ...); provvedere alle attività quotidiane (realizzare i pasti e assistere nel consumo del cibo...); e soprattutto risolvere i problemi non solo sanitari, ma anche organizzativi (tenere i rapporti con i medici e facilitare la comunicazione tra loro e il paziente, sbrigare le varie pratiche burocratiche ed amministrative, contattare gli enti che si occupano di assistenza o gli ospedali, accompagnare il malato per visite specialistiche, o acquistare protesi, ausili e farmaci...). Quanto detto sul ruolo e sui compiti del

caregiver lascia ben comprendere come questi rappresentino una componente indispensabile dei nostri sistemi assistenziali, nonché una risorsa preziosa per i pazienti (cui offrono un sostegno indispensabile), per gli operatori sanitari ed in particolare per il team riabilitativo.

Ai **professionisti della riabilitazione** spetta il compito, proprio attraverso il processo di educazione terapeutica, rivolto al paziente (quando possibile) e/o al caregiver, rispettivamente di: trasferire conoscenze e competenze clinico-assistenziali di base riguardo problematiche riabilitative (sindrome da ipomobilità, ridotta resistenza fisica, disturbi della deglutizione, difficoltà di comunicazione...); guidare verso l'acquisizione e lo sviluppo di abilità e comportamenti specifici per la gestione dei problemi legati alla non autonomia; nonché favorire il riconoscimento di alcune potenziali complicanze legate all'evento indice.

Tale modalità operativa risulta in linea con l'approccio olistico e biopsicosociale della **Riabilitazione**, che considera l'individuo e le sue condizioni di salute dipendenti da variabili non soltanto fisiche, ma anche personali ed ambientali, che interagendo fra loro concorrono ad influenzare lo stato di salute nel corso del tempo. E' dunque essenziale l'integrazione dei saperi, delle competenze e delle professionalità, di una visione sistemica ed inclusiva anche delle componenti non professionali, nonché dell'approccio attraverso reti integrate di servizi, per dare adeguata risposta alle problematiche delle persone in condizioni cronicità/disabilità.

MATERIALI E METODI

Per gli operatori della riabilitazione il percorso di educazione terapeutica del paziente e del caregiver dovrebbe iniziare nelle unità operative per acuti ospedaliere, ma nella fase acuta dell'evento morboso e/o della problematica funzionale possono frapporsi numerosi ostacoli. Le stesse condizioni di instabilità clinica del paziente possono impedire l'addestramento del paziente, oppure ancora le difficoltà di accesso dei visitatori esterni in ospedale, legate alle limitazioni dell'orario di visita, oppure a motivi di sicurezza (come in questo periodo di pandemia), possono impedire l'avvio del processo di sensibilizzazione ed apprendimento del caregiver.

Pertanto, di fatto generalmente la formazione e l'addestramento del paziente e/o del caregiver viene fatta all'interno delle diverse strutture e servizi riabilitativi ospedalieri e territoriali, che accolgono il

paziente nella fase post-acuta e cronica. In tali diversi momenti del percorso riabilitativo la modalità di Educazione Terapeutica può essere diretta, definita anche "standard", oppure indiretta, ovvero basata sulle nuove tecnologie.

Il **percorso educativo "standard"** si caratterizza per l'impiego di strumenti tradizionali, quali: iniziative formative (lezioni frontali interattive, visione di filmati...); o creazione e diffusione di opuscoli ad hoc per pazienti e caregiver. Il tutto accompagnato da momenti di addestramento. L'efficacia poi dell'educazione terapeutica può essere migliorata da una campagna di comunicazione provinciale o regionale, fatta magari di Spot per la televisione caratterizzati da un linguaggio "leggero" e con personaggi nei quali i destinatari dell'intervento si possono facilmente identificare.

Invece, la **modalità indiretta**, anche detta "a distanza" si basa su tecnologie innovative di educazione e di informazione. Tra queste figurano pagine social, messaggistica individualizzata, applicazioni per smartphone, attività abilitative on line con software dedicati, tutorials e piattaforme dipartimentali protette ma interattive, e vari strumenti gratuiti di Google o di altre piattaforme. Oggi i portali riescono ad assicurare una offerta davvero vasta di informazioni riguardo patologie/problematiche a maggior impatto per il sistema, come Demenza, M. di Parkinson, Ictus cerebrale, Malattie cardiovascolari, ma anche Disfagia, Afasia, Incontinenza urinaria ecc. I singoli link si caratterizzano per la ricchezza e concretezza delle informazioni fornite; il linguaggio chiaro e semplice; ed i moduli e le unità formative ben strutturati ed organizzati. Tali siti dispongono anche di corsi online che spaziano dalla cucina, alla cura della persona, alla gestione della casa, potendo soddisfare così le esigenze più disparate del paziente e del caregiver avvezzo al loro impiego.

E questo utilizzo nell'ambito dei servizi di assistenza sanitaria, da parte rispettivamente del professionista della salute e del paziente e/o del caregiver, di tecnologie innovative di informazione e comunicazione, significa ricorrere alla telemedicina. Questo approccio, che non deve essere considerato come sostitutivo, ma solo integrativo alla tradizionale interazione tra professionista sanitario e paziente/caregiver, presenta alcuni innegabili vantaggi. Tra questi meritano di essere ricordati rispettivamente: il significativo risparmio nei tempi (legato ai trasferimenti anche su distanze medie e lunghe e conseguenti attese legate al traffico o ai

mezzi di trasporto); la possibilità di eliminare i classici vincoli di orari e giorni, inevitabilmente previsti per le sedute di formazione (materiale video e didattico inserito su apposite piattaforme, così che il caregiver potrà accedervi quando possibile).

La UOC di Medicina Riabilitativa dell'Azienda Marche Nord, proprio nel corso della prima ondata pandemica da coronavirus SARS-CoV-2, che ha visto massivamente coinvolta la nostra provincia, con conseguente ridotta possibilità di accesso, per motivi di sicurezza, delle persone disabili al Centro ambulatoriale di Riabilitazione, ha deciso di dare avvio ad una forma Educazione Terapeutica, che si è avvalsa sia di elementi propri della **modalità diretta**, che di quella **indiretta**.

Il team riabilitativo per mantenere un canale comunicativo con le persone con disabilità ha infatti provveduto a redigere un'ampia serie di opuscoli informativo-educativi su problematiche riabilitative ad elevata incidenza ed impatto disabilitante, trasversali a diverse condizioni patologiche, tra cui ad esempio figurano i disturbi della deglutizione. I vari opuscoli hanno come l'obiettivo quello di consentire al paziente e/o al caregiver di: conoscere il problema, ovvero "sapere" (illustrando in cosa consiste, quali sono le cause, come si manifesta, come si valuta...); gestire i problemi delle funzioni e le difficoltà nello svolgimento delle attività, in altre parole "sapere fare" (proponendo gli accorgimenti utili e le strategie da adottare); e sapere agire/essere (offrendo concrete e validate soluzioni per la prevenzione e il controllo delle possibili complicanze ed eventi avversi). Riprendendo l'esempio dei disturbi della deglutizione nell'opuscolo dedicato viene spiegato come riconoscere potenziali complicanze, sia acute (penetrazione/aspirazione di cibo o liquidi nelle vie respiratorie con rischio di soffocamento), che subdole (frequenti infezioni bronco-polmonari, polmoniti "ab ingestis", malnutrizione e disidratazione) della disfagia. Allo stesso tempo viene indicato cosa fare nel caso di soffocamento (...non dare da bere, né sollevare le braccia al pz, liberare la bocca da residui di cibo con una garza avvolta attorno al dito e se disponibile a domicilio usare l'aspiratore, oppure se già addestrati effettuare la manovra di Heimlich, nonché chiamare il 118) o quando compare tosse e febbre (...allertare il medico di medicina generale). E da ultimo, vengono presentate le attività da mettere in campo e le azioni da compiere per prevenire questi eventi (...postura corretta del tronco, posizione corretta del capo, ricercare sempre collaborazione ed attenzione, con indicazione ad interrompere l'assunzione del pasto

nel caso di stanchezza, ed impiego di ausili appropriati).

Quindi, le diverse proposte cartacee di educazione terapeutica, redatte a seconda dei temi, dal fisiatra, dalla logopedista o fisioterapista, sono state rese da subito accessibili e scaricabili dagli utenti via web dal sito aziendale. Infine, è stato parallelamente attivato una specie di "ambulatorio virtuale", in cui le diverse figure professionali si sono rese disponibili ad offrire "gratuitamente" una consulenza telefonica, all'interno di fasce orarie predefinite (riportate nel sito web aziendale), sulle tematiche funzionali prese in esame negli opuscoli.

RISULTATI

Tale iniziativa è stata da subito apprezzata e valorizzata dalla Direzione Aziendale e dalla sua emanazione rappresentata dall'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), quest'ultimo ha infatti contribuito alla realizzazione degli opuscoli, occupandosi della scelta del formato, del carattere, delle immagini di copertina, della qualità fotografica e della distribuzione degli spazi, per poi provvedere a renderli rapidamente accessibili nel sito aziendale.

Inoltre, questa iniziativa è stata adeguatamente divulgata dall'URP, sia attraverso il risalto datogli per alcune settimane nella home page dell'Azienda Marche Nord, sia grazie alla divulgazione di comunicati stampa pubblicati nelle testate locali on-line e cartacee.

Dal canto loro, gli utenti hanno mostrato interesse per questa iniziativa formativa, tenuto conto dell'elevato numero di accessi al sito Web e del richiamo fatto ad essa sia nel corso dei contatti telefonici, che direttamente durante le visite ambulatoriali, riprese successivamente.

Altresì ai pazienti che non conoscevano tale risorsa on-line, è stata fornita direttamente dai riabilitatori dell'AOORMN la proposta educativa informativa in forma cartacea, o durante la visita o il trattamento riabilitativo all'interno delle unità operative per acuti ospedalieri oppure in ambulatorio.

Infine, la Direzione Aziendale precisamente l'Ufficio Qualità, nonché alcuni medici specialisti (Otorino, Senologo ed Ortopedico...) operanti anche loro in AOORMN, hanno richiesto al team riabilitativo di implementare o rivedere opuscoli simili su altre problematiche di loro interesse.

CONCLUSIONI

Quanto sinora affermato e descritto porta a concludere che l'Educazione Terapeutica risulta pienamente in linea con l'approccio olistico e il modello biopsicosociale della **Riabilitazione**.

In questa prospettiva diviene essenziale l'integrazione dei saperi, delle competenze e delle professionalità per garantire nel tempo continuità di cura a persone in condizioni cronicità/disabilità complessa (che non riusciranno mai a guarire, ma piuttosto a stabilizzarsi).

Il Riabilitatore è dunque chiamato a garantire in tutto il percorso una corretta informazione e coinvolgimento attivo del paziente e del caregiver nel progetto riabilitativo.

L'educazione Terapeutica può essere condotta sia con modalità diretta che indiretta, ovvero basarsi su strumenti tradizionali o su tecnologie innovative, a seconda del contesto e degli strumenti a disposizione. Non deve però in entrambe le modalità essere mai dimenticato che il processo educazione terapeutica deve essere sempre organizzato e pianificato con lo stesso rigore con cui Riabilitatore oggi intende affrontare le pratiche diagnostiche e terapeutiche.

BIBLIOGRAFIA

1. Becchi M.A., Il Caregiver del paziente complesso ed il suo addestramento - Manuale di Educazione Terapeutica ad uso degli operatori sanitari e socioassistenziali, Roma, Edizioni Panorama della Sanità, 2011.
2. Confad (Coordinamento Nazionale Famiglie con Disabilità), L'abbandono dei caregiver familiari durante la "fase 1" dell'emergenza, Superando.it, 12 Maggio 2020
3. <http://www.superando.it/2020/05/12/labbandono-dei-caregiver-familiari-durante-la-fase-1-dellemergenza/> .
4. Di Meo S., Biatta S., Fogato G., et al., L'educazione Terapeutica e il sostegno al caregiver della persona con compromissione dell'autonomia o con necessità assistenziali complesse, in: Gruppo di Lavoro "Primary Health Care" (a cura di), Manuale per operatori "educare alla Salute e all'Assistenza", Mondadori Bruno, 2018.
5. Rivoltella PC. Tecnologia più condivisione: così si può fare buon e-learning. Avvenire, 17 marzo 2020
6. <https://www.avvenire.it/opinioni/pagine/tecnologia-pi-condivisione-cos-si-pu-fare-buon-elearning> .
7. OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute-ICF*, Erickson, 2002.
8. UNECE, *Innovative and empowering strategies for care*, Policy brief on Ageing, 2015; n.15. https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_brief_s/ECE-WG.1-21-PB15.pdf
9. Vicarelli G., *Une approche innovante pour renforcer les compétences des patientes et des familles: le family learning socio-sanitaire*, in: Ferreol G., Laffort B., Pagès A. (a cura di), *L'intervention sociale en débats. Nouveaux métiers nouvelles compétences?* Proximités, 2014.

La gestione dell'incontinenza urinaria post-prostatectomia. indicazioni per il paziente

Lucia Paoloni, Marina Simoncelli

UOC di Medicina Riabilitativa, A.O. "Ospedali Riuniti Marche Nord" Pesaro-Fano (AORMN)

Riassunto

L'incontinenza urinaria post-prostatectomia è una complicanza documentata da diversi lavori scientifici, ma con percentuali molto variabili, ed è correlabile primariamente alla tipologia di intervento ed alla condizione clinica preesistente. In ambito aziendale l'AORMN ha sviluppato, nel 2017, il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDTA) del Carcinoma (K) della prostata con la partecipazione dei riabilitatori. Il percorso riabilitativo specifico si è arricchito di un supporto cartaceo: opuscolo informativo-educativo rivolto ai pazienti con incontinenza urinaria post-prostatectomia.

Il periodo pandemico COVID-19 che stiamo attraversando ha incentivato gli operatori a ricercare modalità diverse di interventi educativi-informativi rivolti all'utente. Pertanto, l'UOC di Medicina Riabilitativa ha revisionato l'opuscolo in atto, pubblicandolo sul sito internet aziendale, divenendo così una base dell'approccio denominato "educazione terapeutica". Infatti, l'ipotesi di lavoro è indirizzata all'avvio, in un imminente futuro, di un servizio riabilitativo (medico, fisioterapico e logopedico) con modalità telematica da implementare.

Nello specifico, l'opuscolo informativo-educativo rivolto ai pazienti con incontinenza urinaria post-prostatectomia, tratta le seguenti sessioni: aspetti conoscitivi della patologia (che cos'è l'incontinenza urinaria; quali sono le cause della incontinenza urinaria dopo prostatectomia o radioterapia); aspetti clinici (come si manifesta l'incontinenza; tipologie di incontinenza; quali sono i disturbi della sfera sessuale); cosa fare (consigli in generale; cosa fare in presenza di incontinenza urinaria; cosa fare in presenza di disturbi sessuali); e terapia riabilitativa (indicazioni generali; varie opportunità; alcuni esercizi esemplificativi).

Parole chiave: incontinenza urinaria, prostatectomia, riabilitazione

Summary

Post-prostatectomy urinary incontinence is a complication documented by various scientific papers, but with very variable percentages, and is primarily related to the type of surgery and pre-existing clinical condition.

Within the company, AORMN developed, in 2017, the Diagnostic Therapeutic Pathway (PDTA) of Carcinoma (K) of the prostate with the participation of rehabilitators. The specific rehabilitation program has been enriched with a paper support: an informative-educational brochure aimed at patients with post-prostatectomy urinary incontinence.

The COVID-19 pandemic period we are going through has encouraged operators to seek different ways of educational and informative interventions aimed at the user. Therefore, the UOC of Rehabilitation Medicine has revised the current brochure, publishing it on the company website, thus becoming a basis for the approach called "therapeutic education". In fact, the working hypothesis is aimed at starting, in the imminent future, a rehabilitation service (medical, physiotherapy and speech therapy) with telematic modalities to be implemented.

Specifically, the information-educational brochure aimed at patients with urinary incontinence after prostatectomy, deals with the following sessions: cognitive aspects of the disease (what is urinary incontinence; what are the causes of urinary incontinence after prostatectomy or radiotherapy); clinical aspects (how incontinence manifests itself; types of incontinence; what are the disorders of the sexual sphere); what to do (general advice; what to do in the presence of urinary incontinence; what to do in the presence of sexual disorders); and rehabilitation therapy (general indications; various opportunities; some exemplary exercises).

Keywords: urinary incontinence, prostatectomy, rehabilitation

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria post-prostatectomia è una complicanza che si manifesta con percentuali molto variabili come documentato in diversi studi scientifici.

Infatti, dopo la chirurgia cosiddetta tradizionale, a tre mesi dall'intervento, circa quattro pazienti su dieci soffrono di incontinenza urinaria e dopo un anno, il sintomo persiste in più di due casi su dieci. Gli interventi di prostatectomia o di radioterapia per tumore della prostata possono rendere lo sfintere

interno (trattasi di un muscolo collocato alla base della vescica a contatto con la prostata che funziona come una sorta di valvola che chiude la via urinaria), incapace di svolgere la sua funzione di tenuta dell'urina.

L'incontinenza urinaria dopo prostatectomia si può manifestare prioritariamente come "Incontinenza urinaria da sforzo". Questa tipologia di incontinenza si rivela con perdita di urina associata a condizioni di sforzo quali la tosse, lo starnuto, il sollevamento di oggetti da terra, ma anche in situazioni di cambio della postura, per esempio alzandosi dalla posizione seduta o sdraiata alla posizione in piedi o, ancora, camminando o accovacciandosi. L'incontinenza urinaria nell'uomo, oltre a poter essere di diverso tipo e gravità può presentarsi con una frequenza delle perdite variabile. Infatti, alcune persone hanno una incontinenza rara (meno di una volta alla settimana o al mese), altre perdono molte volte al giorno o anche continuamente.

La riabilitazione è il primo intervento consigliato quando la persistenza dell'incontinenza urinaria, dopo la rimozione del catetere, si prolunga oltre 1-2 mesi. Lavori scientifici hanno dimostrato che la riabilitazione velocizza il recupero della incontinenza urinaria.

La creazione di un opuscolo informativo-educativo sul tema dell'incontinenza urinaria post-prostatectomia è stata eseguita nel 2017, con l'introduzione del PDTA K prostatico aziendale AORMN. L'opuscolo è stato però pubblicato in Internet, nel sito aziendale Marche Nord, solamente nel recente periodo pandemico, a Marzo 2020, per agevolare l'accesso all'informazione e creare una base per l'educazione terapeutica del paziente considerando le difficoltà incontrate a causa dell'infezione da COVID 19.

MATERIALI E METODI

Gli operatori della riabilitazione coinvolti nel 2017 nel PDTA K della prostata sono stati due medici fisiatristi dell'UOC di Medicina Riabilitativa dell'AORMN, che si sono dedicati per anni alla riabilitazione perineale, e due fisioterapisti con esperienza specifica in tale riabilitazione.

La partecipazione degli operatori della riabilitazione ha permesso di contribuire alla stesura del PDTA identificando tempi e modi di accesso alle cure riabilitative, introducendo un programma informatico per la prenotazione diretta, da parte degli specialisti del PDTA, delle visite fisiatriche per pazienti del percorso, ed infine si è stabilita una rete di contatti tra gli specialisti per risolvere le esigenze clinico-organizzative inerenti il percorso.

Si è inoltre proceduto all'elaborazione di un opuscolo informativo-educativo condiviso con gli esperti del gruppo di lavoro del PDTA, tra cui gli urologi.

L'opuscolo riguarda sia l'incontinenza urinaria, che i disturbi della sfera sessuale nell'uomo; il suo scopo principale è di rompere il tabù, ovvero di parlare del problema con semplicità e chiarezza. Conoscere vuol dire mettersi nelle migliori condizioni per affrontare il disturbo in modo adeguato e tenerlo sotto controllo in modo efficace.

L'incontinenza urinaria dopo prostatectomia si può manifestare prioritariamente come "Incontinenza urinaria da sforzo" ovvero con perdita variabile di urina associata a condizioni di sforzo, ed è appunto questo il primo tema affrontato nell'opuscolo. Dopo circa 1-2 mesi dall'intervento in caso di persistenza del problema incontinenza è opportuno rivolgersi al medico Urologo di riferimento, che valutata l'entità e

le caratteristiche del problema, indicherà il percorso di cura riabilitativo (con attivazione di visita Fisiatrica) e/o farmacologico da compiere. Da ricordare che, la ripresa della continenza urinaria dopo la rimozione del catetere vescicale avviene gradualmente, in modo progressivo e tipicamente in tre fasi. Precisamente, prima fase: si è asciutti durante la notte, stando in posizione sdraiata sul letto. Seconda fase: si è asciutti anche durante le ore diurne, in particolare al mattino e con il passare dei giorni al pomeriggio e sera. Terza fase: si rimane asciutti anche durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica. Per la migliore identificazione del problema, viene fornito durante la visita, dallo specialista urologo o fisiatra, il "diario minzionale". Si tratta di uno strumento di valutazione molto utile per il medico e per il paziente stesso, che può registrare il comportamento della vescica durante la giornata. In pratica, il paziente deve annotare, per alcuni giorni, l'ora in cui va a fare pipì e la quantità di urina emessa, nonché gli episodi di perdita di urina. Il risultato è una tabella attendibile delle abitudini minzionali. In generale, si consiglia di provare a controllare quante volte si urina al giorno e quanto si urina ogni volta:

- se si urina spesso (intervalli tra le pipì meno di due ore) piccole quantità (meno di 150 cc per volta), cercare di rimandare di qualche minuto il momento in cui fare pipì ogni volta;
- se al contrario si urina troppo poco (meno di una volta ogni 3-4 ore) e negli intervalli si perde l'urina, cercare di urinare un po' più spesso, anche se non si ha lo stimolo. Tenere sempre presente che, alcune condizioni possono peggiorare l'incontinenza, pertanto il paziente deve evitare di:
- aumentare di peso (l'aumento della pressione nell'addome può peggiorare l'incontinenza dopo chirurgia della prostata);
- esagerare con i liquidi se non prescritto dal medico (un litro e mezzo di acqua

al giorno è generalmente sufficiente); ed anche:

- ridurre l'assunzione di birra, di alcolici, di caffè e di tè (che costituiscono degli irritanti vescicali).

Inoltre, è necessario parlare con il medico dei farmaci che si stanno assumendo:

- la revisione di alcune terapie assunte per altri motivi quali, per esempio, antiipertensivi, diuretici, antidepressivi ed altri, può influire sulla gestione della continenza.

Infine, se è presente uno sgocciolamento di urina dopo aver terminato la minzione, è indicato provare a "spremere" l'uretra passando un dito sulla regione davanti all'ano fino alla base dello scroto per terminare lo svuotamento del canale uretrale.

Quindi, la proposta cartacea educativa-informativa passa a descrivere come attraverso la **riabilitazione** sia possibile cercare di migliorare quei meccanismi che compensano la perdita della attività dello sfintere uretrale (cioè quel muscolo circolare che chiude il canale che porta l'urina dalla vescica verso l'esterno). Tali meccanismi di compenso sono i "muscoli pelvici", che stanno intorno allo sfintere e che chiudono dal basso, come un pavimento, il nostro addome. Il trattamento riabilitativo prevede l'insegnamento di esercizi specifici per questi muscoli pelvici (chinesiterapia). Il fisioterapista insegna dapprima a riconoscerli, poi a migliorarne la forza e la capacità di usarli. Questa capacità viene sfruttata in diverse posizioni e in diverse situazioni quali la tosse, camminando, piegandosi o subito dopo aver terminato la minzione. Il trattamento personalizzato consente ad ogni persona di imparare ciò che è più utile per la continenza. Gli esercizi appresi durante le sedute di riabilitazione, devono poi essere eseguiti quotidianamente anche a domicilio, con costanza anche per mesi, in quanto si tratta di migliorare alcuni movimenti, come quando si impara un nuovo sport. A parere del fisiatra, lo specialista di riferimento della riabilitazione, è possibile associare

l'elettrostimolazione, cioè l'applicazione di uno stimolo assolutamente non doloroso né fastidioso che fa contrarre i muscoli del pavimento pelvico attraverso una sonda a livello anale o, in alternativa, attraverso piccole placche (elettrodi) poste sulla cute del piano perineale (la regione tra la base del pene e l'ano). Talora può venire utilizzata la tecnica del biofeedback, cioè uno strumento che consente di visualizzare su uno schermo o con dei segnali luminosi quanto la persona contrae i muscoli del pavimento pelvico, attraverso una sonda anale o dei rilevatori sulla cute della regione interessata. Oltre agli esercizi di chinesiologia ed alla elettrostimolazione sopra descritti, può essere associata la rieducazione del comportamento vescicale (training vescicale). Il training vescicale consiste nell'abituare la vescica a trattenere sempre un poco di più, rimandando in tempi crescenti il momento di fare pipì man mano che la rieducazione procede. Si abitua così la vescica a trattenere volumi maggiori di urina anche grazie ad alcuni "trucchi", come la contrazione dei muscoli pelvici o situazioni che distraggano l'attenzione dallo stimolo.

Nell'opuscolo viene anche posto l'accento sugli **ausili assorbenti per l'incontinenza**, sottolineando che non sono una soluzione per il problema, che devono essere impiegati quando si è in attesa della soluzione o quando le terapie non sono efficaci o quando il paziente decide di non effettuare alcuna terapia, altrimenti il problema deve essere sempre affrontato con le terapie adeguate (come sopra descritto). In questi casi è importante la **scelta del pannolino "giusto"**. I fattori che possono influenzare la scelta del pannolino sono molti: il grado di attività della persona, la gravità e il tipo di incontinenza, la preferenza individuale. I pannolini si differenziano per forma, dimensione, modalità di utilizzo e materiale. Caratteristiche importanti possono essere

la facilità e comodità di utilizzo, il ridotto ingombro, la stabilità in sede, le caratteristiche assorbenti e di barriera, la capacità di proteggere la cute dal contatto con l'urina, l'azione sull'odore.

Il pannolino va adeguato alle perdite, scegliendo il pannolino più piccolo possibile, in grado di fornire sicurezza per il tipo di perdite del singolo individuo in quel periodo. Vanno invece evitati alcuni errori, quali tipicamente l'utilizzo di un pannolino tagliato a metà, che ne altera le caratteristiche di sicurezza; meglio invece usare un pannolino più piccolo. Esistono inoltre traverse assorbenti utili per una sicurezza aggiuntiva nel proteggere letto o la seduta in caso di incontinenza molto grave.

In coerenza poi con l'obiettivo di rimuovere i vari tabù, viene brevemente indagato e discusso nell'opuscolo il **disturbo sessuale**, spesso associato all'incontinenza urinaria. Mentre in passato l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale e di radioterapia era gravato da tassi significativi di disfunzione erettile, oggi, nell'ambito dell'approccio chirurgico utilizzando la cosiddetta tecnica "nerve-sparing" o "anatomica", in particolare quella robotica, è aumentata significativamente sia la percentuale assoluta dei pazienti che recuperano completamente la potenza sessuale sia la rapidità del recupero. I disturbi della sfera sessuale più frequenti sono:

- Calo del desiderio sessuale
- Ridotta frequenza dei rapporti sessuali
- Riduzione della qualità dell'orgasmo (rari i casi di completa assenza dell'orgasmo)
- Perdita involontaria delle urine durante i rapporti sessuali (climaturia)
- Insoddisfazione del partner.

Inoltre, rimuovere la prostata significa per il paziente la scomparsa della eiaculazione (fuoriuscita dello sperma al momento del raggiungimento dell'orgasmo) e quindi sterilità. Cosa fare in presenza di disturbi della sfera sessuale?

Nell'opuscolo sono indicati alcuni consigli utili da leggere attentamente.

Nell'ultima sessione dell'opuscolo, che riguarda la **riabilitazione**, vengono illustrati alcuni esercizi semplificati per il pavimento pelvico. Il pavimento pelvico è l'insieme dei muscoli che chiudono dal basso il bacino, sostenendo i visceri contenuti nell'addome, compresi la vescica e l'intestino. Questi muscoli collaborano nel mantenere la continenza per le urine e per le feci. La contrazione di questi muscoli chiude il canale che porta l'urina dalla vescica all'esterno attraverso il pene (uretra) e chiude l'ano. Viene poi comunicato al paziente che legge, che la rieducazione del pavimento pelvico può essere effettuata nel Centro di Riabilitazione ambulatoriale del Presidio Ospedaliero di Fano, e che nell'attesa, può iniziare a fare alcuni semplici esercizi. Innanzitutto, è bene saper riconoscere nel proprio corpo questi muscoli: in posizione semisdraiata appoggiare due dita sulla regione che va dai testicoli all'ano e provare a contrarre i muscoli del pavimento pelvico come per trattenere la pipì o come per far "rientrare" la base del pene. Se viene effettuato il movimento corretto si può sentire la contrazione dei muscoli sotto le dita e vedere un piccolo movimento verso l'interno della base del pene. Quando si è sicuri del movimento, provare a rifarlo senza il controllo delle dita e della vista, cioè provare a "sentire" il movimento di contrazione e a sentire la differenza tra la contrazione e il rilasciamento completo di questi muscoli. Dopo avere identificato i muscoli da contrarre, cercare di contrarli per qualche secondo facendo attenzione a non trattenere il fiato. Il ritmo del respiro deve continuare regolarmente. Non "spingere" verso il basso durante la contrazione del pavimento pelvico, immaginare di "alleggerirlo" e di "attirare" il pene e i testicoli verso l'interno, sempre però continuando a respirare. Fare attenzione che

tutti gli altri muscoli del corpo rimangano rilassati. Non cercare di "aiutare" la contrazione del pavimento pelvico stringendo i glutei, o facendo rientrare l'addome, o chiudendo le gambe. Dopo avere appreso il movimento corretto, ripeterlo nelle posizioni e con le modalità di seguito elencate:

1) In posizione supina. Contrarre i muscoli del pavimento pelvico per 1-2 secondi mentre si espira (cioè in quella fase del respiro in cui si lascia uscire l'aria), poi rilasciare bene e completamente per 4-5 secondi. Ripetere 5 volte (fig. 2). • Contrarre i muscoli del pavimento pelvico per 5 secondi (senza trattenere il fiato), poi rilasciare completamente per 10 secondi. Ripetere 5 volte.

2) In posizione seduta, su una sedia oppure sul water, leggermente inclinato in avanti, ripetere gli esercizi del punto precedente.

3) In piedi, con le anche leggermente piegate, e le mani appoggiate in avanti a un tavolo ripetere gli esercizi dei punti precedenti. Ripetere l'intera serie di esercizi 3 volte al giorno. Ricordare che il numero degli esercizi cambia in base alla condizione di allenamento dei muscoli: se dopo alcuni esercizi non si "sente" più la contrazione, interrompere e riprendere dopo qualche minuto di pausa; se invece si eseguono gli esercizi con facilità, è possibile aumentare gradualmente il numero.

Tale opuscolo è stato revisionato e pubblicato nel sito aziendale AORMN in internet nel Marzo 2020, in occasione della chiusura del Centro ambulatoriale riabilitativo del P.O. Santa Croce di Fano a causa della pandemia da Covid 19. Esso ha rappresentato, in tale fase, un reale strumento di collegamento tra gli specialisti riabilitatori e i pazienti affetti da incontinenza urinaria post-prostatectomia. Inoltre,

nei prossimi mesi, anche quando verrà avviato il progetto di riabilitazione telematica (con modalità, tempi e remunerazioni ancora da definire), continuerà a rappresentare un importante riferimento.

RISULTATI

L'esperienza riabilitativa in ambito perineale nell'AORMN risale ad oltre 10 anni e si è evoluta anche grazie all'introduzione del PDTA K prostata introdotto nel 2017.

Si sono infatti registrati dei **risultati significativi** nella pianificazione dell'intervento riabilitativo come ad esempio:

- riduzione del "tempo trascorso tra intervento urologico e presa in carico riabilitativa";
- aumento della casistica di pazienti sottoposti a riabilitazione perineale per incontinenza urinaria post-prostatectomia: si è triplicata dopo l'introduzione del PDTA a favore di una crescente collaborazione tra le diverse unità Operative;
- incremento della percentuale dei pazienti trattati in riabilitazione provenienti dal percorso PDTA, espressione di efficacia del PDTA e della sensibilizzazione dei vari specialisti alla problematica riabilitativa.

Si segnala inoltre una crescente attenzione degli urologi alla problematica sessuale con prescrizione di piano terapeutico con farmaci pro-erecivi.

Infine, l'introduzione di nuove tecnologie per l'intervento chirurgico robot assistito ha permesso di migliorare le tecniche "nerve-sparing" che verranno valutate nel tempo alla luce degli esiti dell'intervento post-prostatectomia robot-assistita.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'opuscolo informativo-educativo si è dimostrato un ottimo strumento di comunicazione e di educazione sanitaria in grado di superare i pregiudizi legati ad argomenti tabù.

Costituisce però a tutt'oggi uno strumento non adeguatamente valorizzato, perché non ancora abbastanza diffuso dai diversi specialisti (urologi, radioterapisti, oncologi) che hanno preso parte al lavoro di redazione ed attivazione del PDTA K prostata. Ogni specialista, individuata la problematica perineale, oltre a segnalare il caso clinico al medico fisiatra per un consulto specifico (come sta correttamente avvenendo), dovrebbe sempre consegnare l'opuscolo informativo-educativo nelle varie fasi del percorso clinico-assistenziale. Precisamente, sarebbe auspicabile che la proposta cartacea educativa-informativa venisse presentata e consegnata al paziente, o al primo controllo urologico (dopo la rimozione del catetere), oppure al controllo per trattamento radioterapico, o eventualmente alla valutazione oncologica, anziché prevalentemente solo alla valutazione fisiatrica, durante il trattamento fisioterapico, come sta di fatto avvenendo.

Durante la valutazione fisiatrica ed il trattamento fisioterapico i consigli esplicitati nell'opuscolo vengono affrontati criticamente rispetto alle condizioni cliniche del paziente. Questo intervento è parte integrante dell'educazione terapeutica al paziente con esiti di prostatectomia.

Per il futuro questo opuscolo diverrà la base dell'intervento riabilitativo alternativo con modalità informatica.

BIBLIOGRAFIA

1. Avulova S. et Al. The Effect of Nerve Sparing Status on Sexual and Urinary Function: 3-Year Results from the

- CEASAR Study. *J Urol*. 2018; May;199(5):1202-1209. doi:10.1016 /j.juro. 2017.12.037. Epub 2017 Dec 16.
2. Bonet X., Ogaya-Pinies G. et Al. Nerve-sparing in salvage robot-assisted prostatectomy: surgical technique, oncological and functional outcomes at a single high-volume institution. *BJU Int* 2018 Nov;122(5):837-844. doi: 10.1111/bju.14517. Epub 2018 Sep 14.
 3. Chughtai B, Lee R, Sandhu J, Te A, Kaplan S. Conservative Treatment for Postprostatectomy Incontinence *Rev Urol*. 2013; 15(2): 61-66.
 4. Ficarra V, Novara G, Rosen RC, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*. 2012; 62:405-417.
 5. Filocamo MT, Li Marzi V, Del Popolo G, et al. Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for postprostatectomy incontinence. *Eur Urol*. 2005; 48:734- 738.
 6. Geraerts I, Van Poppel H, Devoogdt N, Joniau S, Van Cleynenbreugel B, De Groef A, Van Kampen M. Influence of Preoperative and Postoperative Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) Compared with Postoperative PFMT on Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Trial *European Urology*, 2013; 64 (5): 766-772.
 7. Goode PS, Burgio KL, Johnson TM, 2nd, et al. Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic floor electrical stimulation for persistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2011; 305:151-159.
 8. Herschorn S, Bruschini H, Comiter C, et al. Committee of the International Consultation on Incontinence, authors. Surgical treatment of stress incontinence in men. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29:179-190.
 9. Ip V. Evaluation of a patient education tool to reduce the incidence of incontinence post-prostate surgery *Urol Nurs*. 2004 Oct;24(5):401-7.
 10. Kim JC, Cho KJ. Current trends in the management of post-prostatectomy incontinence. See comment in PubMed Commons below Korean. *J Urol*. 2012 Aug;53(8):511-8.
 11. Marchiori D, Bertaccini A, Manferrari F, Ferri C, Martorana G. Pelvic floor rehabilitation for continence recovery after radical prostatectomy: role of a personal training re-educational program. *Anticancer Res*. 2010; 30:553-556.
 12. Mariotti G, Sciarra A, Gentilucci A, et al. Early recovery of urinary continence after radical prostatectomy using early pelvic floor electrical stimulation and biofeedback associated treatment. *J Urol*. 2009; 181:1788-1793.
 13. Moore K, Lucas M. Management of male incontinence. *Indian J Urol* 2010; 26:236-44.
 14. National Institute for Health and Care Excellence. The management of lower urinary tract symptoms in men. Clinical guideline 97, May 2010. *Rev Urol*. 2013; 15(2): 61-66.
 15. Pavlovich C. P., Rocco B, Druskin S, Davis J.W. Urinary continence recovery after radical prostatectomy - anatomical/reconstructive and nerve-sparing techniques to improve outcomes. *BJU Int*. 2017 Aug;120(2):185-196. doi: 10.1111/bju.13852. Epub 2017 Apr 17.
 16. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med*. 2008; 358:1250-1261.
 17. Steineck G, Helgesen F, Adolfsson J, et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *N Engl J Med* 2002; 347:790.
 18. Tienforti D, Sacco E, Marangi F, D'Addressi A, Racioppi M, Gulino G, Pinto F, Totaro A, D'Agostino D, Bassi P. Efficacy of an assisted low-intensity programme of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *BJU Int*. 2012 Oct;110(7):1004-10.
 19. Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppel H, et al. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 355:98-102.
 20. Veeratterapillay R, Lavin V, Garthwaite M. Trends in Urology & Men's Health Management of incontinence after prostate surgery 2014 Nov-Dec;20-22.
 21. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004.
 22. Wille S, Sobottka A, Heidenreich A, Hofmann R. Pelvic floor exercises, electrical stimulation and biofeedback after radical prostatectomy: results of a prospective randomized trial. *J Urol*. 2003;170 (Pt 1):490-493.

La prevenzione delle cadute della persona “fragile” al domicilio: raccomandazioni e suggerimenti per il paziente e il caregiver

Benedetta Emanuelli*, Marina Simoncelli**

* Medico Fisiatra UOC Medicina Riabilitativa AO “Ospedali Riuniti Marche Nord” -AO “ORMN”

** Direttore UOC Medicina Riabilitativa AO “Ospedali Riuniti Marche Nord” -AO “ORMN”

Riassunto: L'elevata incidenza dell'evento caduta nella popolazione anziana e con problematiche motorie e/o cognitive, le sue conseguenze e il suo impatto disabilitante lo rende una priorità per la sanità pubblica. In letteratura, pertanto, si raccomanda di effettuare una valutazione multidimensionale delle persone a rischio così da identificare le singole problematiche dell'individuo e quindi mettere in atto una serie di interventi a carattere multifattoriale che prevedono, nell'ottica di un cambio di prospettiva, il coinvolgimento attivo del caregiver e/o del paziente stesso.

Parole chiave: anziano, prevenzione cadute, persona fragile, valutazione multidimensionale

Summary: The high incidence of the fall event in the elderly population and with motor and / or cognitive problems, its consequences and its disabling impact make it a priority for public health. In the literature, therefore, it is recommended to carry out a multidimensional assessment of people at risk so as to identify the individual problems of the individual and then to implement a series of multifactorial interventions that foresee, with a view to a change of perspective, the active involvement of the caregiver and / or the patient himself.

Keywords: elderly, falls prevention, frail person, multidimensional assessment

INTRODUZIONE

Le cadute degli anziani e più in generale delle persone con disabilità di ordine motorio e/o cognitivo tra le mura domestiche rappresentano una priorità per la sanità pubblica a causa della loro frequenza e gravità rappresentando la prima causa di incidente domestico (78% dei casi) ma anche la prima causa di ricovero (56% di accessi in PS) e decesso per tale ragione. Di seguito vengono analizzati i principali fattori di rischio sia personali che ambientali. Viene poi raccomandata l'identificazione di tali fattori attraverso una valutazione multidimensionale delle persone a rischio, condotta in primis da operatori sanitari e sociali, che preveda il passaggio delle informazioni e l'attivazione di un sistema di sorveglianza, di procedure e strategie di prevenzione da parte del caregiver, del familiare e del paziente stesso (quando possibile). Proprio a quest'ultimi è rivolto il presente lavoro che ha lo scopo di condividere conoscenze di base, problemi prioritari (di sicurezza) e contenuti educativi essenziali (raccomandazioni, suggerimenti, consigli pratici...) in tema di cadute, selezionati in base alla facile fruibilità e alle migliori evidenze.

INFORMAZIONI CLINICHE DI BASE

La caduta consiste in un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica; essa è correlata ad una perdita dell'equilibrio senza perdita di coscienza. Le cadute possono essere prevedibili, accidentali ed imprevedibili. Quelle prevedibili, che rappresentano il 78% dei casi, capitano a persone disorientate o con problemi nella deambulazione o che hanno reazioni ai farmaci ecc... Le cadute accidentali, pari al 14% dei casi, sono

dovute a fattori ambientali, come ad esempio lo scivolamento sul pavimento bagnato; anche queste possono essere prevedibili in quanto è possibile rimuovere la maggior parte dei fattori di rischio. Infine, quelle imprevedibili, ossia 18% delle cadute, accadono a persone in buone condizioni cliniche e funzionali, in cui può subentrare ad esempio un improvviso disturbo dell'equilibrio. A cadere sono per lo più gli anziani e la fascia di età più colpita è quella tra i 74 e gli 85 anni; in particolare circa il 28-35% delle persone con più di 65 anni cade ogni anno e tale percentuale sale al 32-42% negli ultrasessantenni. Tuttavia, le cadute riguardano anche altri soggetti fragili con disabilità motorie e/o cognitive (OMS - Cespi Centro Studi, 2015).

La maggior parte delle cadute avviene in casa (circa il 60% dei casi) in quanto sia anziani che disabili trascorrono molto tempo nelle loro abitazioni. Nello specifico gli ambienti a maggior rischio sono la cucina (25%), la camera da letto (22%), le scale interne ed esterne (20%) e il bagno (13%); luoghi dove la caduta avviene solitamente perché il soggetto scivola (su superfici bagnate o indossando scarpe inadatte o per le scale), o inciampa (su oggetti domestici o tappeti), o precipita (dal letto, dalla sedia o dalla scala) (Istituto Superiore di Sanità, Epicentro).

FATTORI DI RISCHIO

Le cadute possono essere causate da fattori personali anche detti intrinseci (come le alterazioni legate all'età, oppure allo stato di salute globale della persona) oppure ambientali denominati anche estrinseci (ossia tipicamente la presenza di ostacoli in casa, le calzature non idonee, l'impiego di ausili non adeguati o il loro errato impiego). Nel complesso, tuttavia, tale evento può essere considerato come la conseguenza di una interazione di numerosi fattori

connessi tra loro; avendo quindi in generale una genesi multifattoriale (Kim K.I. et al, 2017; Gillespie L.D. et al, 2020; Ministero della Salute, 2009).

Tra i **FATTORI PERSONALI** ricordiamo l'età (sono considerati a rischio gli anziani con età compresa tra i 65 e gli 80 anni ed a più alto rischio quelli con più di 80 anni); il **sexo femminile**; l'**alterazione della mobilità** per problemi di postura, equilibrio, deambulazione, ma anche riduzione della forza muscolare e dell'articolarià (ad esempio per patologie osteo-articolari); le **disabilità percettive** legate a problematiche di vista ed udito; l'**alterazione dello stato mentale** come confusione mentale, disorientamento, deficit mnesico ma anche depressione, ansia, insonnia ecc.; la presenza in **anamnesi di cadute precedenti e/o ricorrenti** che rappresenta un fattore statisticamente significativo di successive possibili cadute ed infine alcune **patologie croniche**, in particolare demenza, epilessia, malattie cerebrovascolari, MdP, malattie cardiovascolari, anemia, neoplasie, diabete... (Cigolle C.T., 2015).

Mentre tra i **FATTORI AMBIENTALI** ricordiamo i **farmaci** (tranquillanti, sedativi, benzodiazepine, antipertensivi e FANS), è stimato inoltre che l'uso contemporaneo di quattro o più farmaci può aumentare il rischio di caduta; l'**assunzione inappropriata di alcune categorie di farmaci** (antidepressivi, sedativi, ipnoinducenti, antipertensivi e diuretici); i **comportamenti a rischio** (vita sedentaria, eccesso di alcool e alimentazione povera e/o scorretta); l'**inadeguatezza del vestiario, delle calzature e degli ausili**; l'**isolamento sociale e difficoltà finanziarie**, risultano infatti ad alto rischio di caduta soggetti soli, vedovi, divorziati che hanno una situazione socio-economica svantaggiata. Altri fattori di rischio ambientale sono le **caratteristiche strutturali e logistiche dell'abitazione** (scarsa illuminazione degli ambienti, soprattutto notturna, presenza di scale, superfici scivolose o sdruciolevoli, tappeti e fili volanti, ripostigli posizionati in alto ed assenza di appigli e/o corrimano); secondo alcune fonti, la presenza di un'abitazione non sicura aumenta del 50% circa il rischio di cadute in casa. Infine, la **scarsa informazione e formazione del personale di assistenza, del caregiver e del paziente** circa il rischio di caduta.

LE CONSEGUENZE

Il problema delle cadute non è semplicemente legato all'elevata incidenza, ma anche alle sue conseguenze. Gli esiti possono essere: traumi, lesioni, contusioni e ferite superficiali, ma anche, nel 5-6% dei casi, fratture; in particolare gli anziani hanno maggiori probabilità di incorrere in tale evento in quanto molti di loro soffrono di osteoporosi e presentano un rallentamento dei riflessi protettivi. Le fratture più temibili sono quelle del femore che rappresentano un'importante causa di disabilità e talvolta anche di morte e predominano negli anziani con più di 75 anni. Altro tipo di fratture sono quelle del polso che invece sono più frequenti negli anziani "giovani" (65-75 anni), in quanto ancora sufficientemente reattivi da cercare di frenare la

caduta con le mani. Infine, un'altra complicazione della caduta è la sindrome ansiosa post-caduta, che porta l'individuo a ridurre il movimento, gli spostamenti e le attività quotidiane proprio per la paura di cadere. Ciò riduce l'autostima e la forza muscolare, favorendo una deambulazione anormale e, quindi, un ulteriore aumento del rischio di caduta (Boushon B et al, 2012).

VALUTAZIONE

Considerato l'impatto disabilitante di questi eventi è raccomandato effettuare una valutazione multidimensionale delle persone a rischio così da identificare le singole problematiche dell'individuo (NICE, 2013). In particolare, sono da valutare: le **persone anziane o con disabilità motorie e/o cognitive** che, durante le visite, devono essere interrogati sulle cadute (se, quando, in che modo e con che caratteristiche) e in caso positivo potranno essere attivate ulteriori valutazioni. Oppure le **persone che segnalano una caduta o che sono considerate a rischio di caduta** le quali dovrebbero essere sottoposte ad una valutazione dei deficit dell'equilibrio, dell'andatura, della mobilità e della forza muscolare; di rischio di osteoporosi; dei disturbi visivi ed uditivi; della presenza di deterioramento cognitivo; dei farmaci assunti... L'identificazione e la valutazione dei fattori di rischio spetta agli operatori sanitari e socio-sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi ed anche oss, educatori, assistenti sociali), nonché a tutto il personale che si prende cura delle persone ed anche al paziente stesso, per quanto di competenza (Associazione PIPA, 2013). Una figura importante in tal senso è poi il MMG che per il suo ruolo ed il rapporto di fiducia con l'assistito è l'interlocutore privilegiato per implementare i programmi di prevenzione delle cadute (Marrocco W., 2015).

RACCOMANDAZIONI E CONSIGLI PRATICI

Per la gestione del rischio di cadute è raccomandato poi un intervento multifattoriale individualizzato; una **combinazione di consigli, interventi educativi** mirati ad aumentare la fiducia e la consapevolezza dei rischi e l'eventuale **modifica di alcune caratteristiche ambientali** risultano essere, nell'insieme, interventi efficaci (Ministero della Salute, 2009); con finale diminuzione rischio di cadute del 25% (Marrocco W., 2015).

I principali interventi sui fattori personali sono:

- **Promozione dell'attività fisica, allenamento per la forza e l'equilibrio**, è infatti documentato nella letteratura scientifica che programmi di esercizio fisico individualizzato e svolto regolarmente aiutano a prevenire le cadute e, in caso di caduta, riducono la gravità delle conseguenze. L'invito generale, rivolto al caregiver e/o al paziente stesso, è quello di favorire il movimento globale graduale, magari con supervisione ed eventuale aiuto, tenendo conto delle

possibilità e dei limiti fisici. Per poter essere efficace, il programma di esercizio deve essere impegnativo, progressivo (iniziando con esercizi semplici e poco impegnativi) (D'Ercole C. et al, 2019) e regolare e deve essere portato avanti a lungo termine.

- **Altri comportamenti** a favore di uno stile di vita sano come l'astinenza dal fumo, il consumo moderato di alcool, il mantenimento del peso entro i limiti della normalità ed un'alimentazione sana (dieta bilanciata e ricca di calcio, adeguata assunzione di proteine, vitamine essenziali ed acqua) (OMS - Cespi Centro Studi, 2015).
- **Correzione della vista e dell'udito.**
- **Diagnosi e trattamento delle patologie croniche** di cui il paziente potrebbe essere affetto.

Mentre gli interventi sui fattori ambientali prevedono:

- **Revisione dei farmaci** da parte del medico con modifica o sospensione, quando possibile.
- **Promozione di un uso corretto di farmaci** sia nelle dosi che negli orari di somministrazione ed eventualmente, se necessario, anche azioni di controllo da parte del caregiver.
- **L'adeguatezza del vestiario e delle calzature**, infatti il soggetto deve indossare vestiti comodi che non impediscano i movimenti e le manovre assistenziali, inoltre deve utilizzare scarpe adeguate (chiuse dotate di suola antiscivolo, con supporti a livello della caviglia e tacco basso e largo). Le calzature devono essere funzionali e comode, di giusta misura, nè troppo strette nè troppo lunghe o larghe.
- **L'identificazione del bisogno dei "giusti" presidi e il loro corretto impiego:** l'identificazione del presidio adeguato a prevenire il rischio di caduta viene generalmente fatta dal fisioterapista e/o dal medico fisiatra e/o da altro medico specialista competente per tipologia di menomazione o disabilità. Nell'ambito dei presidi (ausili ed ortesi) atti a prevenire il rischio di caduta durante il cammino, i trasferimenti e i passaggi posturali ricordiamo: deambulatore, bastone, stampella, tripode, quadripode, carrozzina, letto ortopedico, tutore gamba-piede (es: molla di Codivilla), ecc. Secondo il nomenclatore tariffario la persona con disabilità certificata ha diritto a ricevere gratuitamente le ortesi e gli ausili sopra descritti previa prescrizione; in particolare la prescrizione è redatta da un medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato, competente per tipologia di menomazione o disabilità.
- **Modifiche di alcune caratteristiche strutturali e logistiche dell'abitazione in**

quanto la casa deve essere adattata alle condizioni della persona "fragile", eliminando, per quanto possibile, i rischi presenti. Tuttavia, eliminare non significa stravolgere l'ambiente di vita che la persona riconosce come suo, ma decidere insieme quali modifiche fare. Infatti, non bisogna imporre al soggetto soluzioni per lui/lei inaccettabili, considerato che in casa trascorre molto del suo tempo (Ministero della Sanità- Argento attivo, 2015).

Tra le modifiche ambientali ricordiamo:

- **Garantire una adeguata illuminazione** di tutti i percorsi e delle scale specialmente di notte. Pertanto, è importante sostituire tempestivamente le lampadine fulminate e controllare che tutto il percorso sia ben illuminato, eventualmente tenere sul comodino una pila, o meglio mettere punti luce da lasciare accesi durante la notte, magari con sensore crepuscolare. Occorre inoltre fare particolare attenzione alle scale con gradini irregolari o parzialmente rotti, alle scale a chiocciola... Infine non usare superfici riflettenti, che possano creare fenomeni di abbagliamento (Ministero della Sanità- Argento attivo, 2015).
- **Ridurre la scivolosità dei pavimenti** attraverso l'impiego di cere antiscivolo, la realizzazione, quando possibile di pavimento in materiale antiscivolo nelle zone più a rischio (ad esempio il bagno...) o in alternativa utilizzando semplicemente di tappeti antiscivolo. È poi da evitare nel bagno dispersione di acqua incassando, ad esempio, il piatto doccia nel pavimento e dotandolo di alette perimetrali; o inclinando il pavimento verso uno scarico oppure utilizzando rubinetti temporizzati da cui l'acqua esce solo per un breve tempo predefinito.
- **Rimozione ed abbattimento delle barriere architettoniche presenti in casa**
- **Togliere gli ostacoli ambientali**, che costituiscono un importante fattore di rischio di caduta; come ad esempio il "dislivello" sulla soglia della porta di casa o sulla soglia interposta tra l'abitazione ed il balcone; il corridoio, ed in particolare il percorso tra la camera da letto ed il bagno deve essere idoneo ed agevole anche per chi utilizza ausili; in camera sono da preferire armadi con ante scorrevoli piuttosto che a battente; in

bagno è opportuno sostituire la vasca con la doccia; nel soggiorno è consigliabile posizionare i mobili ad angolo così da creare uno spazio centrale dove è più facile muoversi anche con ausili; le piastrelle se scollate devono essere subito sistemate e per quanto concerne gli animali che vivono in casa è fondamentale tener viva l'attenzione sulla loro presenza e sul pericolo di inciampare. Al contrario in casa vanno evitati appendiabiti e mobili vari che possono creare ingombri; vanno eliminati tappeti, prolunghe, fili sospesi nei punti di passaggio.

- **Contenere la verticalizzazione degli arredi**, legata alla mancanza di spazio nelle abitazioni, che rende difficoltoso e rischioso, a chi fa fatica a muoversi raggiungere piani in alto o troppo in basso per prendere o riporre oggetti. Pertanto, alcune indicazioni possono essere: il lavello, il piano di lavoro e di cottura vanno collocati ad un'altezza da definire in base all'altezza della persona. Al posto dei pensili si possono utilizzare mensole poste ad altezza raggiungibile oppure nel caso in cui per mancanza di spazio è necessaria la presenza di pensili è possibile installare ripiani e scaffali regolabili in altezza attraverso un sistema elettrico; o comunque spostare nei mobili bassi tutti gli oggetti di uso comune. Va evitato che la persona con ridotte abilità salga su sedie e sgabelli; usi lo scaletto e svolga alcuni lavori come lavaggio dei vetri, cambio di stagione, pulizia dei lampadari.
- **Fornire dei dispositivi di sicurezza** ai soggetti più a rischio in modo tale che possano facilmente raggiungerli ed utilizzarli in qualunque momento. Ad esempio, maniglioni in bagno (nella vasca, nella doccia, vicino al water e/o bidet), seggiolini nella vasca o nella doccia, alzawater, corrimano sulle scale oppure anche dei sistemi di chiamata facili e comodi per chiedere aiuto al bisogno.
- **Informazione e formazione** da parte del personale di assistenza al caregiver ed al paziente stesso, che devono essere addestrati riguardo i fattori di rischio, la loro valutazione, le strategie e gli interventi preventivi. Gli strumenti utilizzati possono essere l'attivazione di corsi di formazione residenziale "sul campo" e la creazione e diffusione di opuscoli ad hoc. A tale proposito

è importante non limitarsi a consegnare materiale informativo, ma discuterne insieme cercando di personalizzare le informazioni fornite in relazione alle esigenze del paziente; ciò aiuta a motivare maggiormente il caregiver e/o il paziente ed a renderli più aderenti all'intervento (Profound.eu.com., 2016). Infatti, il coinvolgimento diretto degli stessi è una fase fondamentale del percorso di prevenzione delle cadute, in quanto li rende non solo protagonisti attivi ma anche proattivi rispetto alle cause di cadute (Fonzo V., 2015; NICE, 2013; WHO, 2018).

- **Stabilire collegamenti tra i servizi sanitari e sociali** anche rispetto a questo tema; il coinvolgimento del MMG è fondamentale per sostenere le azioni intraprese sulla prevenzione delle cadute.

LA GESTIONE DELL'EVENTO CADUTA

Di fronte alla persona che rimane al suolo, a seguito di una caduta improvvisa, il caregiver deve avere la capacità di affrontare questa situazione di emergenza-urgenza. E' quindi opportuno non mobilitare la persona assistita senza averla prima valutata per quanto di competenza, controllando i parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa ed eventualmente anche la saturazione di ossigeno tramite saturimetro) e lo stato di coscienza (orientato disorientato-stato di agitazione o sopore). Poi si deve indagare sulla presenza di ferite, ematomi e/o deformazioni dei vari segmenti corporei suggestive di frattura. Inoltre, se l'assistito è cosciente ed orientato, chiedere se ha dolore in qualche punto specifico, se riesce a muovere gli arti, come è caduto, facendo specificare quale segmento è stato interessato dalla caduta. Infine, se tutto risulta nella norma o comunque invariato rispetto alla situazione precedente la caduta, si deve provare a fare alzare la persona e poi chiamare il MMG informandolo dell'accaduto. Al contrario se vi sono segnali di allarme, quali alterazione dei parametri vitali, stato di ridotta vigilanza, agitazione, disorientamento, dolore, ferite, ematomi o emorragie, è necessario chiamare il 118.

CONCLUSIONI

L'approccio alle cadute richiede un cambio di prospettiva negli operatori sanitari e in chi si prende quotidianamente cura del paziente fragile attraverso interventi che si muovono su diversi livelli quali la comunicazione, l'educazione e la responsabilizzazione attiva. E' fondamentale il passaggio delle informazioni dal caregiver agli operatori sanitari e viceversa in quanto questa seconda azione vuol dire "educazione" ovvero offrire al caregiver opportunità formali ed informali per costruire conoscenze e familiarità verso il problema "cadute". Lo scopo è di "responsabilizzare" il

caregiver e il paziente stesso (quando possibile) nelle attività di cura e sostegno della salute rendendoli capaci di affiancare, interloquire efficacemente e collaborare con medici, infermieri, terapisti, oss... nonché di sviluppare vigilanza ed attenzione verso i bisogni e le situazioni di rischio. Le informazioni ed i consigli di cui abbiamo parlato hanno tuttavia un carattere generale ed indiretto; pertanto, non sono da intendersi, come universalmente idonei e/o corretti. Essi, infatti, necessariamente prescindono da un indispensabile esame specifico e concreto dei fattori di rischio ottenibile mediante una valutazione multidimensionale personalizzata, seguita da interventi multifattoriali mirati.

BIBLIOGRAFIA

- Associazione PIPA (Prevenzione Incidenti Persone Anziane), Progetto PIPA: prevenzione delle cadute a domicilio - Strumenti e indicazioni operative per il personale sanitario e sociale impegnato nelle cure a domicilio, Bellinzona, 2013
design.ch/pipa/documenti/brochure_prevenzione_delle_cadute_a_domicilio.pdf
- Boushon B., Nielsen G., Quigley P., Rutherford P., Taylor J., Shannon D., Rita S., How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls, Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012
- Cigolle C.T., Ha J., Min L.C., I dati epidemiologici sulle cadute, 1998-2010, Gli americani più anziani riferiscono di cadere, JAMA Intern Med. 2015; 175 (3): 443-445
doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7533
- D'Ercole C., Ceravolo M.G., Alviti F., Buone pratiche e linee guida riabilitative nel trattamento delle fratture da fragilità e per la prevenzione delle cadute, in: Valter Santilli 8° cura di), Linee Guida, buone pratiche ed evidenze scientifiche in *Riabilitazione*, III volume, Centro Stampa-Università degli Studi di Roma "La sapienza", novembre 2019
- El-Khoury F., Cassou B., Charles M.-A., Dargent-Molina P., The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, BMJ, 2013; 347
doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f6234>
- Fantini L. Progettare i luoghi senza barriere. Maggioli Editore 2011
- Fonzo V., *La prevenzione delle cadute nell'anziano*, Collana I Bucchi di Zadig / Temi, n. 8-2015
- Gillespie L.D., Robertson M.C., Gillespie W.J., et al., *Interventions for preventing*

falls in older people living in the community (Review), Cochrane, 8 October 2020

- Istituto Superiore di Sanità, *Le cadute negli anziani*, in: Epicentro il portale dell'epidemiologia per la sanità <https://www.epicentro.iss.it/incidenti-domestici/rischi-cadute-anziani>
- Kim K.I. et al., Korean Association of Internal Medicine, The Korean Geriatrics Society, *Evidence-based guidelines for fall prevention in Korea*, Korean J Intern Med, 2017 Jan; 32(1):199-210
- Marocco W., *Prevenzione primaria in pazienti anziani ad alto rischio di caduta*, 71° Congresso Nazionale Fimmg-Metis, Un medico per la persona, la famiglia, la società, Villasimius (Cagliari), 5-10 ottobre 2015
- Ministero della Salute, PNLG (Piano Nazionale Linee Guida), *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*, Maggio 2009
- Ministero della Sanità, *La sicurezza in casa (Cap.5)*, in: *Caregiver e anziani: manuale didattico*, Argento attivo vivere bene oltre i sessanta; 2015
www.argentoattivo.it
- NICE (National Institute for Health e Care Excellence), *Cadute negli anziani: valutazione del rischio e prevenzione*, 12 giugno 2013
www.nice.org.uk/guidance/cg161
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_975_allegato.pdf
- OMS - Cespi Centro Studi, *Rapporto Mondiale OMS sulla prevenzione delle cadute nell'anziano*, 2015
- Peel N.M., McClure R.J., Hendrikz J.K., *Health-protective behaviours and risk of fall-related hip fractures: a population-based case-control study*, Age Ageing, 2006;35(5):491-497
- Profound.eu.com, *Prevenzione delle cadute: sintesi delle evidenze*, 2016
http://profound.eu.com/wp-content/uploads/2016/12/Factsheets_ITA.pdf
- WHO, Falls, 16 gennaio 2018

Nell'ambito degli interventi sui fattori personali rientra la promozione dell'attività fisica, in particolare sono indicati:

- esercizi per incrementare l'equilibrio rivolti unicamente a soggetti anziani e fragili con elevato rischio di caduta
- attività di rinforzo muscolare globale in soggetti con severa osteoporosi
- solo programmi di attività fisica aerobica ad alta intensità
- una combinazione di allenamento per la forza, l'equilibrio e aerobico individualizzato, svolti regolarmente e a carattere progressivo

La valutazione multidimensionale dei fattori di rischio:

- è rivolta solo alle persone che nel corso di una prima visita o di un controllo segnalano una caduta
- prevede una stima combinata dei fattori relativi alle alterazioni legate all'età oppure allo stato di salute globale della persona ma non dei fattori ambientali
- è rivolta alle persone a rischio così da identificare le singole problematiche dell'individuo sia personali che ambientali
- prevede un'analisi incentrata sui deficit dell'equilibrio, dell'andatura, della mobilità e della forza muscolare; del rischio di osteoporosi; dei disturbi visivi ed uditivi;

della presenza di deterioramento cognitivo; dei farmaci assunti...

La gestione dell'evento caduta:

- spetta al Medico di Medicina Generale, pertanto, quando la persona cade è necessario che il caregiver chiami lo immediatamente
- è a carico del 118 che deve essere attivato a prescindere dalle condizioni cliniche del soggetto
- rappresenta una situazione di emergenza-urgenza pertanto non va sottovalutata e il caregiver deve essere addestrato a gestirlo
- prevede che il caregiver mobilizzi il soggetto, controlli, per quanto di competenza, i parametri vitali e lo stato di coscienza

Riabilitazione ai tempi del corona virus

Elisa Mercante

Medico, Bologna

Abstract

Il presente articolo si pone lo scopo di evidenziare come le restrizioni e la riorganizzazione delle Aziende Sanitarie in conseguenza della pandemia da SARS-CoV-2 si siano ripercosse negativamente sui pazienti con disabilità e bisogni riabilitativi e le loro famiglie sia in ambito ospedaliero che territoriale, con il rischio di aumentare la quota di disabilità cronica e comportare un ulteriore deterioramento funzionale nelle disabilità preesistenti.

Parole chiave: disabilità cronica, bisogni riabilitativi, pandemia SARS-CoV-2

Abstract

This article aims to bring up the consequences of SARS-CoV-2 pandemic as perceived by subjects with disabilities conditions and their families, both in hospital and in territorial environment: there is a sensible risk of increasing the rate of population with chronic disability and of creating further deterioration in pre-existing disabilities.

Keywords: chronic disability, rehabilitation needs, SARS-CoV-2 pandemic

INTRODUZIONE

La pandemia da SarsCov-2, come noto, ha portato alla luce l'equilibrio precario di un sistema sanitario in bilico tra la necessità di far fronte a un carico assistenziale in crescita per l'invecchiamento della popolazione e lo scopo di ricevere un adeguato rimborso per le prestazioni erogate. In questo quadro i reparti di degenza di Medicina Fisica e Riabilitativa costituiscono una spina nel fianco delle Aziende Sanitarie, in quanto ospitano malati con comorbilità multiple, che non hanno terminato il loro iter diagnostico-terapeutico, e che necessitano di una degenza prolungata al fine di permettere poi il trasferimento in altre strutture o al domicilio. Durate di degenza prolungate comportano, oltre agli esami già in programma, maggiori complicanze legate all'ospedalizzazione stessa, quali infezioni, che allungano ulteriormente la degenza, rallentano la riabilitazione, e aumentano i costi per singolo malato senza, a parità di crescita del costo, un aumento del rimborso. Con la pandemia da Covid-19 le Aziende Sanitarie si sono ritrovate, per necessità, a dover convertire numerosi reparti in Unità Operative dedicate all'assistenza dei malati per infezione da coronavirus, in continua e rapida crescita, sacrificando necessariamente alcune delle attività assistenziali quali ambulatori, interventi differibili, nonché reparti di degenza per non acuti. In tale situazione sono risultati, se non giustificabili, addirittura convenienti la chiusura o il forte ridimensionamento dei reparti riabilitativi, e con essi, così come per altre specialità, anche la sospensione delle attività di Day Hospital e ambulatoriali.

DEGENTI CON NECESSITÀ RIABILITATIVE, DAY HOSPITAL RIABILITATIVO E VISITE AMBULATORIALI

Con i reparti di degenza riabilitativi ridotti o chiusi i malati che necessitavano di riabilitazione sono stati quindi dirottati verso strutture riabilitative private, le quali spesso hanno richiesto alle Regioni un rimborso per posto letto superiore alla spesa che sarebbe stata necessaria per la stessa degenza nell'Azienda Ospedaliera. Non tutte le strutture però erano o sono ancora ad oggi attrezzate per farsi carico di malati complessi, come ictus gravi, gravi cerebrolesioni, pazienti oncologici, pazienti provenienti da reparti di terapia intensiva, che necessitano ancora di un carico assistenziale non riabilitativo importante, della presenza di figure specializzate (come anestesisti-rianimatori), e di personale specializzato nella gestione di alcuni tipi di device (come SNG, PEG e cannula tracheostomica). Il risultato, mancando un reparto di degenza che potesse farsi carico di questi malati complessi, ma anche di malati con minori necessità cliniche, per la lunga lista d'attesa delle strutture riabilitative, è stato quello di un aumento notevole della degenza in reparti per acuti, generalmente caratterizzati da elevato turn-over (3-4 giorni vs 2-3 settimane), e non abituati a dover organizzare il rientro al domicilio di un malato con disabilità. In molti di questi casi lo specialista Fisiatra veniva chiamato in causa solo al momento della dimissione, ritardando in questo modo la presa in carico fisioterapica anche al domicilio, oppure veniva inizialmente interpellato per stabilire il percorso e il progetto riabilitativo, e non più consultato, rimettendo al medico curante, già oberato, la

prescrizione di ausili o le ulteriori problematiche socio-assistenziali.

Essere un malato con bisogni riabilitativi intensivi ai tempi del coronavirus significava quindi, e significa ancora a distanza di numerosi mesi dall'inizio della pandemia, rimanere ricoverato in un reparto non riabilitativo: essere sottoposto alla fisioterapia per tempi giornalieri ridotti rispetto a quelli necessari, non essere posturato seduto più volte al giorno, non essere accompagnato in bagno quando necessario, essere posturato, alimentato, cambiato, da personale non addestrato: per gli addetti ai lavori basti pensare all'assistenza al pasto per un paziente disfagico, o alle cure igieniche in un paziente sottoposto a intervento di artroprotesi d'anca. La presa in carico riabilitativa tardiva, o in setting non adeguato, ha comportato quindi per questi pazienti una disabilità residua sicuramente diversa da quella che sarebbe esitata da un ricovero in degenza dedicata.

Altro elemento che ha modificato l'outcome è stata l'impossibilità di un'assistenza in corso di degenza: in un reparto di riabilitazione è consentita la presenza del familiare o del caregiver per tempi superiori rispetto alle altre Unità Operative, per assistere il malato e per essere addestrato alla sua gestione, in previsione di un rientro al domicilio, l'addestramento del caregiver (familiare o badante) riveste un ruolo fondamentale per la gestione del malato disabile, e in tempi di pandemia, in cui in molte unità operative le visite ai degenti sono state interdette (anche nelle stesse U.O. di Medicina Riabilitativa), il malato spesso rientrava al proprio domicilio senza un caregiver addestrato; i tempi di degenza venivano inoltre allungati dall'impossibilità di trovare un'assistenza: molte badanti erano infatti malate, o erano rientrate nel proprio paese di provenienza, o appena ritornate in Italia e poste quindi in quarantena cautelativa. I malati riabilitativi sono quindi degenti che non ricevono l'assistenza adeguata, che non migliorano quanto potrebbero, e che quindi, lontani dalle famiglie, hanno un rischio di sviluppo di deflessione del tono dell'umore, tale da necessitare trattamento farmacologico, maggiore di quello già esistente per la condizione di disabilità stessa; l'umore deflesso va poi ad inficiare la collaborazione al trattamento riabilitativo, innescando quindi un circolo vizioso.

Per quando riguarda invece i malati che accedevano presso il Day Hospital Riabilitativo per proseguire il loro percorso, sono stati costretti, nei casi in cui l'attività è stata interrotta, a dover rallentare o diminuire le possibilità del proprio recupero, sospendendo la fisioterapia, o ricorrere a un centro o

fisioterapista privato, modificando in tal modo il percorso intrapreso sino a quel momento.

Le visite ambulatoriali sono state in molti casi sostituite dalla cosiddetta Telemedicina, la stessa SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa) ha attivato un servizio di supporto di Medicina Teleriabilitativa allo scopo di fornire informazioni e consigli alle persone affette da disabilità, ai familiari e ai caregiver. Tuttavia, la telemedicina, pur essendo uno strumento molto importante, che può fornire anche una continuità di relazione terapeutica con il malato, non può essere considerata una prestazione di pari efficacia, ma di supporto.

RIABILITAZIONE E TERRITORIO

A livello territoriale le restrizioni imposte e il rischio di contagio per gli operatori hanno posto in seria difficoltà la rete assistenziale. L'invio della domanda per l'invalidità civile, necessario per la prescrizione degli ausili, veniva ritardato per chiusura dei patronati o per difficoltà dei familiari nella presentazione fisica della domanda o nel reperire informazioni su alternative telematiche di invio, le commissioni INPS sono state in molti casi sospese. L'attività di sopralluogo domiciliare per valutare eventuali modifiche degli ambienti e gli ausili necessari è stata ridimensionata per il rischio di contagio degli operatori, così come il trattamento riabilitativo domiciliare dei malati, lasciando in alcuni casi scoperti dal trattamento pazienti con patologie croniche a rischio di rapido deterioramento (es.: malattie neurodegenerative, condizioni severe infantili, ecc.). Non è stato inoltre possibile trattare quei pazienti con deficit lievi che però potevano essere recuperati e non trasformarsi in disabilità prolungata o permanente, con compromissione dell'autonomia e in alcuni casi ulteriore deterioramento in un quadro di pregressa parziale autonomia.

DEGENZA COVID-19 E RIABILITAZIONE

È importante sottolineare come la maggior parte di pazienti affetti da Covid-19 necessiti di una presa in carico riabilitativa ai fini di prevenire i danni da allettamento e di rinforzare la muscolatura respiratoria attraverso la fisioterapia respiratoria. Dagli studi effettuati anche in merito a infezioni da SARS e MERS è emerso come una presa in carico precoce esiti in un outcome più favorevole, per quanto riguarda la fisiochinesiterapia respiratoria sono stati stabiliti valori soglia di scambi respiratori, spirometrici (e di ossigenoterapia), sotto i quali

L'attività motoria potrebbe creare più danno che beneficio (il momento della presa in carico dipende quindi dallo stato del paziente). La maggior parte dei malati ricoverati per Covid-19, viene trattata nel reparto per acuti e prosegue poi il trattamento nei reparti per post acuti, con necessità nella maggior parte dei casi di prosecuzione anche in post-dimissione. Alcune UU.OO. Riabilitative forniscono gratuitamente opuscoli, consultabili anche online, con esercizi eseguibili al domicilio in base al deficit residuo specifico. Le patologie maggiormente rappresentate in questi pazienti sono: sindrome ipocinetica, sindrome da allettamento, critical illness polyneuropathy, disfagia post-intubazione, paralisi/paresi periferica dello SPE, e altre patologie scaturite dall'infezione stessa e dalle cure intensive. Se la presa in carico precoce di questi pazienti è fondamentale per un ritorno ad un livello di autonomia più vicino possibile a quello pre-morboso, è anche importante la prosecuzione del trattamento anche una volta negativizzati, quindi al domicilio o presso altre strutture. Frequentemente, anche in questi casi, il caso non sempre veniva o viene portato all'attenzione del Fisiatra, e le famiglie dei malati si trovano a dover gestire gradi di disabilità variabili, supportati al più dal proprio medico curante e, se economicamente possibile, da fisioterapisti privati.

POSITIVITÀ AL SARS-COV2 E RIABILITAZIONE

Esiste tuttavia una quota di pazienti SarsCov-2 positivi che non presenta una sintomatologia legata all'infezione da coronavirus, ma che, in corso di degenza per altri motivi, è risultata positiva al tampone di screening o per contatto. Quando questo avviene per un paziente ricoverato per ictus, o sottoposto a intervento ortopedico, o che necessita di riabilitazione in regime intensivo per altri motivi, il ricovero in reparto per Covid-19 va a compromettere tutto il percorso riabilitativo, con le modalità già descritte precedentemente, e risulta un ricovero quasi improprio: un paziente con necessità riabilitative ricoverato presso un'Unità Operativa a carattere internistico o di cure a media-elevata intensità. Sarebbe quindi necessario, per questa tipologia di malati, un percorso specifico, ovvero la presenza di reparti di Medicina Riabilitati per pazienti SARS-CoV-2 positivi, affinché la sola infezione da parte del virus non vada a sovrastare per importanza le reali necessità del malato. Creare una Riabilitazione Covid-19 permetterebbe inoltre di liberare posti letto per malati affetti da Covid-19. In un quadro però in cui già la riabilitazione è stata sacrificata, riuscire a creare questo tipo di percorsi risulta più raro che difficile: significherebbe infatti

creare un reparto già costoso, con necessità anche di spese per DPI, sanificazione, messa in sicurezza degli ambienti, per una degenza a basso turn-over. Le strutture riabilitative private potrebbero essere convertite, come in alcuni casi è accaduto, in strutture Covid-19 dedicate, con enorme costo da parte delle Regioni, e creazione di ulteriore imbuto per i pazienti riabilitativi non positivi.

CONCLUSIONE

Le Direzioni Sanitarie e le AUSL si sono ritrovate ad affrontare una situazione senza precedenti, è per tale motivo comprensibile come, all'inizio della pandemia, siano state operate delle scelte gestionali volte a tamponare la crescente necessità di posti letto per pazienti positivi. L'errore che si contesta è non aver provveduto, a nove mesi dall'inizio della pandemia stessa, a cercare di ripristinare una condizione in cui l'attività assistenziale fosse rivolta non solo al paziente acuto, ma anche al paziente post-acuto e cronico. I pazienti che riemergono dalla malattia acuta necessitano infatti di cure prolungate, per non vanificare quanto investito su di essi, e riportarli al recupero, se possibile, delle autonomie pre-ricovero. Se questo obiettivo viene affidato al territorio, non può essere fatto senza aumentare i mezzi del territorio stesso: fisiatristi, fisioterapisti, tecnici ortopedici, assistenti sociali, ecc. Se adesso le risorse non vengono impiegate per la prevenzione, infatti, in un secondo momento verrà a crearsi una quota di popolazione con disabilità cronica e necessità di assistenza che comporterà una spesa ancora maggiore rispetto a quella che avrebbe comportato mantenere attive ed efficienti le Unità Riabilitative. Bisognerebbe chiedersi: Covid-19, e dopo?

BIBLIOGRAFIA

- Boldrini P, Bernetti A, Fiore P, SIMFER Executive Committee, SIMFER Committee for International Affairs. *Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER)*. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2020 June;56(3):316-8 DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06256-5
- Hassaan AHMED, Kajal PATEL, Darren C. GREENWOOD, Stephen HALPIN, Penny LEWTHWAITE, Abayomi SALAWU, Lorna EYRE, Andrew BREEN, Rory O'CONNOR, Anthony JONES, Manoj SIVAN. *Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS) and middle east*

respiratory syndrome (MERS) coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: a systematic review and meta-analysis. J Rehabil Med 2020; 52: jrm00063

- Fichera F, Paolini I, Fichera F, Lombardo FP. La riabilitazione fisica nel paziente post COVID. Rivista SIMG n.3, Vol. 17, 2020.

- Remuzzi A et Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? Lancet 2020; 395: 1225-28
Published Online, March 12, 2020
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9)

Il progetto My Relief: formazione ergonomica, autogestione e strategie comportamentali per lavoratori maturi affetti da dolore lombare cronico

¹Elisa Casoni, ²Flavia Piccinini

¹UOC Medicina riabilitativa IRCCS-INRCA, ²UO CRESI IRCCS-INRCA

RIASSUNTO

Nell'ambito del programma europeo "Erasmus+", l'IRCCS-INRCA (Istituto di Ricerca Clinica a Carattere Scientifico - Istituto Nazionale Riposo e Cura per Anziani), in collaborazione con partner scientifici e tecnologici provenienti da 5 paesi europei, partecipa al progetto My Relief, volto ad ideare e sviluppare un pacchetto educativo online rivolto a lavoratori maturi (55 anni o più) che soffrono di dolore lombare persistente. L'idea di progettare un percorso formativo ad hoc per questo particolare gruppo target, nasce dall'esigenza di individuare delle modalità innovative per raggiungere questi soggetti che spesso, per età e condizione professionale, rischiano di restare esclusi dall'offerta formativa tradizionale. Sfruttando la metodologia e-learning, il progetto si propone di accrescere le conoscenze e le competenze dei lavoratori maturi circa la lombalgia persistente, le strategie di provata efficacia che possono aiutarli nella gestione del dolore lombare in tutte le sfere della vita personale (lavoro, famiglia, tempo libero, ecc.) e il benessere lavorativo.

Il progetto, attualmente in corso, nei primi mesi del 2021 prevede la realizzazione di uno studio pilota che coinvolgerà 100 partecipanti (20 per ognuno dei Paesi partecipanti) al fine di valutare usabilità, accettabilità e fattibilità del programma formativo online "My relief".

PAROLE CHIAVE: ergonomia, lavoratore anziano, dolore lombosacrale

SUMMARY

As part of the European "Erasmus +" program, the IRCCS-INRCA (Scientific Clinical Research Institute - National Institute for Rest and Care for the Elderly), in collaboration with scientific and technological partners from 5 European countries, participates in the My Relief, aimed at devising and developing an online educational package aimed at mature workers (55 years or older) suffering from persistent lower back pain. The idea of designing an ad hoc training course for this particular target group arises from the need to identify innovative ways to reach these individuals who often, due to their age and professional condition, risk being excluded from the traditional training offer. Using the e-learning methodology, the project aims to increase the knowledge and skills of mature workers about persistent low back pain, the strategies of proven efficacy that can help them in the management of low back pain in all spheres of personal life (work, family, free time, etc.) and work well-being.

The project, currently underway, in the first months of 2021 provides for the realization of a pilot study that will involve 100 participants (20 for each of the participating countries) in order to evaluate the usability, acceptability and feasibility of the online training program "My relief".

KEYWORDS: ergonomics, elderly worker, lumbosacral pain

INTRODUZIONE

La lombalgia (Low Back Pain) è uno dei disturbi maggiormente diffusi: si stima che l'80% della popolazione soffrirà almeno una volta nella propria vita di lombalgia (1). Il mal di schiena inoltre è una delle principali cause di limitazione delle attività e di assenza dal lavoro in tutto il mondo (2,3,4,5). Nella maggior parte dei casi la lombalgia ha una risoluzione spontanea favorevole; si risolve in circa 4 settimane dalla sua insorgenza(6). Tuttavia, un adulto su cinque sviluppa un mal di schiena persistente invalidante, che supera cioè le 12 settimane dall'esordio. Questa problematica risulta essere particolarmente rilevante per i lavoratori maturi (over 55 anni), in particolare se impegnati in occupazioni sedentarie o usuranti che possono contribuire a determinare una situazione di cronicizzazione della patologia (7).

L'onere socioeconomico del LBP è molto elevato. Nei paesi occidentali, i costi sociali per il mal di schiena sono stimati tra l'1% e il 2% del prodotto nazionale lordo. La maggior parte di questi costi (80% -90%) è

causata dalla perdita di produttività e dalla disabilità (2).

Inoltre, gli anni vissuti con disabilità causata da LBP sono aumentati del 54% tra il 1990 e il 2015 e continuano ad aumentare a causa della crescita e dell'invecchiamento della popolazione (2).

A causa dell'elevato impatto socioeconomico, il mal di schiena è uno dei disturbi di maggior interesse della letteratura scientifica e molti Paesi hanno sviluppato le proprie Linee Guida clinico-assistenziali: Inghilterra (7), Stati Uniti (8), Canada e Belgio (9) sono tra questi.

La gestione del dolore cronico, tuttavia, è un aspetto poco affrontato dai Sistemi Sanitari e le persone che soffrono di lombalgia sono spesso lasciate senza informazioni specifiche o presa in carico da parte dei sistemi di cura.

I trattamenti non-farmacologici per la gestione e la diminuzione del dolore, quali ad esempio l'esercizio fisico, la fisioterapia e le tecniche di rilassamento, possono fare molto per migliorare la condizione dei pazienti, ma, molto spesso, i soggetti non ne sono adeguatamente consapevoli e l'aderenza a questo tipo di trattamenti è ancora bassa.

L'obiettivo generale del progetto My Relief è quello di accrescere la consapevolezza dei lavoratori maturi, affetti da dolore lombare cronico, circa le modalità più idonee a monitorare, limitare e contrastare il dolore cronico e le sue ripercussioni in tutte le sfere della vita personale (lavorativa, familiare, del tempo libero, ecc.).

In particolare, grazie ad un pacchetto educativo multimediale (c.d. Massive Open Online Course o MOOC), s'intende educare ed informare il gruppo target sulla genesi del dolore lombare, sui fattori che lo influenzano e sulla sua gestione nella vita quotidiana.

Il progetto My Relief si è sviluppato nell'ambito del Programma europeo "Erasmus+" per l'educazione degli adulti ed è il frutto della collaborazione di 6 partner transnazionali: Lund University (Svezia), Ulster University (Irlanda del nord), IRCCS-INRCA (Italia), Kaunas University (Lituania), Tech4Care (Italia) e Virtual Campus (Portogallo).

TARGET E OBIETTIVI

My Relief sviluppa un corso e-learning, ovvero un pacchetto formativo digitale, rivolto all'educazione di lavoratori maturi con lombalgia cronica (definita in letteratura come dolore lombare presente per più di 12 settimane), per migliorare le loro conoscenze sul dolore cronico e sulle possibilità di auto-gestirlo.

Il gruppo target primario è costituito da individui con 55 anni o più occupati in lavori sedentari o fisicamente impegnativi, che hanno maggiori probabilità di soffrire di lombalgia a causa della scarsa attenzione ai fattori ergonomici nell'ambiente di lavoro (da parte dei datori di lavoro e dei dipendenti stessi), ma anche in conseguenza di altri fattori di rischio quali il basso livello di istruzione, lo status socio-economico, lo stress, l'ansia, la depressione, l'insoddisfazione lavorativa e l'esposizione a vibrazioni su tutto il corpo.

Tutto il materiale prodotto e messo a disposizione degli utenti nella piattaforma educativa rappresenta la sintesi delle informazioni raccolte durante focus-group con il gruppo target (analisi dei bisogni) e le evidenze tratte dalle linee guida e dalla letteratura scientifica sulla lombalgia cronica.

Il pacchetto formativo sviluppato dal progetto sarà accessibile gratuitamente da dispositivi mobili come telefono cellulare o tablet e sarà basato sulle migliori pratiche di e-learning, e-health e apprendimento multimediale. La partecipazione degli utenti alle attività di apprendimento ha lo scopo di promuovere la loro qualità di vita, il lavoro, l'occupabilità, lo sviluppo socioeducativo e professionale.

L'intento principale del progetto, quindi, è quello di ottenere dei benefici a lungo termine per i lavoratori

maturi che soffrono di lombalgia persistente, affinché siano in grado di:

- migliorare la consapevolezza e la capacità di monitorare, limitare e gestire la lombalgia,
- migliorare la salute e il benessere psico-fisico,
- migliorare la vita e la soddisfazione sul lavoro,
- migliorare le capacità trasversali positive in materia di ergonomia, autogestione e comportamento sanitario, portando a un miglioramento del pensiero critico e innovativo, delle abilità intra-personali per l'autodisciplina e delle abilità organizzative, che sono ampiamente applicabili in diversi contesti lavorativi e familiari.

Il pacchetto educativo contempla anche un'autovalutazione di tali competenze; tramite questionari e sondaggi; verrà chiesto agli utenti un feedback riguardo al miglioramento delle suddette capacità, per testare il reale impatto sulla vita lavorativa e domestica del target primario.

Altra misura dell'impatto del progetto sarà fornita dalle statistiche sull'uso della piattaforma digitale e dal numero di interazioni con l'app che sarà sviluppata (ad es. numero di download, ore di utilizzo, ecc.).

Inoltre, dando visibilità alle esigenze dei lavoratori con lombalgia ed alle loro difficoltà, My Relief aspira a stimolare un più ampio dibattito a livello regionale e nazionale nei Paesi partner sul miglioramento della loro qualità del lavoro e delle opportunità di apprendimento per questi lavoratori.

Il progetto My Relief, infatti, mira anche a promuovere la cultura della prevenzione tra i datori di lavoro, le organizzazioni datoriali, i sindacati e le unità cliniche per il dolore cronico ad esempio. Tutti gli stakeholder interessati potranno infatti adottare questo pacchetto di educazione per adulti e promuoverlo attraverso canali informativi interni ed esterni, diventando così i beneficiari indiretti (secondari) del progetto, grazie all'impatto positivo sulla salute e sul benessere degli utenti.

INTELLECTUAL OUTPUT

Per la gestione della lombalgia cronica, le linee guida internazionali suggeriscono con forte raccomandazione l'utilizzo di approcci cognitivo-comportamentali e di esercizio fisico, per ridurre la sintomatologia e la disabilità (10). Pur non specificando quale tipo di esercizio o attività fisica (come pilates, tai-chi o yoga) dia i benefici maggiori, la forte raccomandazione è quella di rimanere attivi (11). Esistono inoltre evidenze a supporto anche per l'approccio educativo riguardo ai meccanismi neurofisiologici del dolore (pain education) o a

tecniche di mindfulness per gestire lo stress. È infatti ormai descritta in letteratura la forte connessione tra dolore cronico e fattori psico-sociali come comportamenti di evitamento e kinesiofobia (12).

Le unità tematiche affrontate nel corso sono state sviluppate in base alla revisione delle linee guida internazionali e comprendono i seguenti argomenti:

- UNITA' 1 - Comprendere il dolore lombare cronico
- UNITA' 2 - Perché sono importanti attività fisica ed esercizio
- UNITA' 3 - Perché è importante la salute psicologica e mentale
- UNITA' 4 - Dieta, nutrizione e sonno
- UNITA' 5 - Gestire il mal di schiena nel luogo di lavoro
- UNITA' 6 - Comunicazione ed interazione con i servizi sanitari
- UNITA' 7 - Domande frequenti

Tutti i contenuti prodotti sono stati sviluppati dai partner utilizzando un linguaggio "patient-friendly", divulgativo e facilmente comprensibile, affinché i concetti salienti risultino immediatamente comprensibili e fruibili da tutti.

Nello specifico il pacchetto di educazione per adulti, che vuole essere innovativo, motivante ed interattivo è composto da 4 output specifici denominati "IO - Intellectual Output", tradotti in tutte le lingue dei Paesi coinvolti (inglese, italiano, lituano, portoghese, svedese).

IO1 - Video di formazione con lavoratori ed esperti

Si tratta di una serie di video di formazione multimediale che coinvolgono sia individui con le caratteristiche del target primario, sia esperti del settore.

I lavoratori con lombalgia vengono intervistati riguardo alle difficoltà ed alle eventuali soluzioni che hanno messo in atto per gestire la propria lombalgia. Nei video emergono i loro bisogni e le aspettative per migliorare la loro vita quotidiana.

Altri video invece sono realizzati con professionisti esperti in vari settori (ad es. fisioterapisti o medici) che approfondiscono temi inerenti il dolore cronico ed i fattori che lo influenzano, spiegando le migliori strategie di coping e le raccomandazioni utili per le attività di vita quotidiana.

I video con i lavoratori inoltre sono stati un'opportunità per coinvolgere i soggetti con lombalgia nello sviluppo del progetto (approccio bottom-up), fornendo la loro visione e le loro preferenze. I video saranno disponibili nelle 5 lingue dei Paesi partner.

IO2 - Handbook per il benessere fisico e mentale

Si tratta di un manuale di istruzione sanitaria che offre suggerimenti, consigli e raccomandazioni per migliorare lo stato di salute e per approfondire alcune tematiche introdotte nei video.

Il manuale è un completamento testuale dei contenuti messi a disposizione negli altri Intellectual Output; anch'esso tradotto in tutte le lingue dei Paesi partner e scritto in maniera divulgativa e di facile comprensione per utenti non esperti del settore.

IO3 - Applicazione per smartphone

Si tratta di un gioco interattivo per smartphone scaricabile da Google Play Store, che consente ai lavoratori di monitorare i propri sintomi ed auto-valutare il proprio apprendimento attraverso attività di risoluzione dei problemi o quiz secondo la metodologia del serious game. L'app, mantenendo un approccio equilibrato tra gioco e finalità educative, mira a rendere l'approccio formativo motivante e coinvolgente.

IO4 - Massive Online Open Course (MOOC)

Si tratta della piattaforma gratuita di e-learning che include una vasta gamma di contenuti di formazione multimediali, interattivi e testuali, accessibile ad un vasto pubblico anche tramite dispositivi mobili.

La piattaforma include i contenuti testuali e multimediali inclusi negli altri output e inoltre propone ulteriori materiali di approfondimento selezionati dal team di ricerca.

TEST PILOTA

Una volta completata la messa a punto dei contenuti, sarà effettuato un test-pilota della piattaforma che coinvolgerà almeno 100 utenti provenienti dai 5 paesi partner (20 lavoratori maturi con lombalgia in ogni Paese).

I partecipanti saranno invitati a testare il materiale didattico e a fornire feedback e commenti sulla qualità, la pertinenza e l'attrattiva del MOOC.

Nello specifico gli obiettivi dello studio pilota saranno:

- Testare con un numero congruo di soggetti la piattaforma My Relief;
- Valutare usabilità, accettabilità e fattibilità del programma di educazione digitale;
- Raccogliere le informazioni necessarie a procedere allo studio principale.

Nel corso del pilota, inoltre, verranno raccolti alcuni dati relativi alle condizioni di salute e allo stato di benessere dei partecipanti.

In particolare, gli indicatori usati per valutare al baseline la situazione clinica dei lavoratori coinvolti nello studio pilota saranno i seguenti:

1. La disabilità funzionale misurata con il Oswestry Disability Questionnaire (ODQ). Questo strumento si è dimostrato

particolarmente valido ed affidabile per la misurazione del dolore e della funzionalità fisica nei pazienti affetti da dolore lombare persistente (Roland et al, 2000) (13,14,15,16,17).

2. La qualità di vita misurata con il EQ-5D, un questionario per l'auto-somministrazione che valuta la qualità di vita della persona in relazione allo stato di salute. La validità ed affidabilità dello strumento sono ben supportate e lo strumento è tra quelli comunemente utilizzati nella ricerca sul dolore lombare (18,19).

Al follow up inoltre verrà proposta una versione adattata della PEI (Patient Enablement Instrument). La PEI è una scala a 6 items che misura la qualità dell'interazione medico-paziente e il miglioramento delle capacità di un paziente di comprendere e far fronte alle necessità imposte dalla malattia a seguito di un consulto con il proprio medico. Questa scala è considerata il "gold standard" per misurare le capacità di coping del paziente (20,21).

La valutazione dell'usabilità infine verrà realizzata alla fine del mese d'intervento utilizzando la System Usability Scale (SUS) (Bangor, Kortum and Miller, 2008) (22,23).

A conclusione dell'intervento, tutti i partecipanti saranno ricontattati dal gruppo di ricerca per delle brevi interviste telefoniche o focus group.

Tutte le informazioni raccolte saranno quindi utilizzate per la messa a punto del programma educativo finale dell'intervento e per verificare la fattibilità di uno studio principale di prossima realizzazione.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA:

1. The Rising Prevalence of Chronic Low Back Pain Janet K. Freburger, PT, PhD, George M. Holmes, PhD Robert P. Agans, PhD, Anne M. Jackman, MSW, Jane D. Darter, BA, Andrea S. Wallace, RN, doi: 10.1001/archinternmed.2008.543
2. Personal and Societal Impact of Low Back Pain The Groningen Spine Cohort. Dutmer, Alisa L. MSc; Schiphorst Preuper, Henrica R. MD, PhD; Soer, Remko PhD; Brouwer, Sandra PhD; Bültmann, Ute PhD; Dijkstra, Pieter U. PhD; Coppes, Maarten H. MD, PhD; Stegeman, Patrick MPA; Buskens, Erik MD, PhD; van Asselt, Antoinette D.I. PhD; Wolff, André P. MD, PhD; Reneman, Michiel F. PhD SPINE: December 15, 2019 - Volume 44 - Issue 24 - p E1443-E1451 doi: 10.1097/BRS.0000000000003174
3. Lidgren L. (2003). The bone and joint decade 2000-2010; Bulletin of the World Health Organization, 81 (9) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/72122/bulletin_2003_81%289%29_629.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Kent, P.M. & Keating J.L. (2005). The epidemiology of low back pain in primary care, Chiropractic & Osteopathy, 13:13; doi:10.1186/1746-1340-13-13;
5. Thelin, A., Holmberg S., Thelin N. (2008). Functioning in neck and low back pain from a 12-year perspective: a prospective population-based study, J Rehabil Med; 40: 555-561; doi:10.2340/16501977-0205
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2016 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59/ifp/chapter/Low-back-pain-and-sciatica-the-care-you-should-expectA>.
7. Wong, A.Y., Karppinen, J., Samartzis, D. (2017). Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions, Scoliosis Spinal Disord.; doi: 10.1186/s13013-017-0121-3. eCollection 2017
8. Qaseem, T.J. Wilt, R.M. McLean, M. Forciea, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians Ann Intern Med, 166 (7) (2017), pp. 514-530. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M16-2367>
9. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, Dewachter J, Dolphens M, Forget P, Frassel V, Hans G, Hoste D, Mahieu G, Michielsen J, Nielens H, Orban T, Parlevliet T, Simons E, Tobbackx Y, Van Schaeybroeck P, Va Zundert J, Vanderstraeten J, Vlaeyen J, Jonckheer P. Low back pain and radicular pain: assessment and management. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 287.D/2017/10.273/36. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_287_Low_back_pain_Report.pdf
10. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F et al (2018) Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. Eur Spine J 1-13. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2> <https://link.springer.com/article/10.1007/s00586-018-5673-2>
11. VA/DoD Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Treatment of Low Back Pain. J Gen Intern Med. 2019 DOI: 10.1007/s11606-019-05086-4
12. Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain. The Spine Journal Volume 20, Issue 7, July 2020, Pages 998-1024.
13. Roland, M. and Fairbank, J. (2000) The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. Spine, 25(24), pp.3115-3124
14. Bombardier, C. (2000) Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders. Spine, 25(24), pp.3100-3103
15. Fairbank, J.C. & Pynsent, P.B. (2000) The Oswestry Disability Index. Spine, 25(22), pp.2940-2953.
16. Roland, M. and Fairbank, J. (2000) The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. Spine, 25(24), pp.3115-3124. Roland, M. and Fairbank, J. (2000) The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. Spine, 25(24), pp.3115-3124.
17. Raymond W J G Ostelo et al. (2008) Interpreting change score for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change, Spine 1;33 (1): 90-4.
18. Remko Soer, Michiel F Reneman, Bert L G N Speijer, Maarten H Coppes, Patrick C A J Vroomen. Clinimetric properties of the EuroQoL-5D in patients with chronic low back pain. Spine J. 2012 Nov;12(11):1035-9. doi:10.1016/j.spinee.2012.10.030.
19. Prudence Wing Hang Cheung, Carlos King Ho Wong, Jason Pui Yin Cheung. Differential Psychometric Properties of EuroQoL 5-Dimension 5-Level and Short-Form 6-Dimension Utility Measures in Low Back Pain. Spine. 2019 Jun 1;44(11):E679-E686. doi: 10.1097/BRS.0000000000002939.
20. Pawlikowska, T.R.B., Nowak, P.R., Szumilo-Grzesik, W. and Walker, J.J. (2002) Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the Patient Enablement Instrument in Poland. Family practice, 19(2), pp.197-201.
21. Tolvanen, E., Koskela, T.H. and Kosunen, E. (2019) Comparison of the Patient Enablement Instrument (PEI) with two single-item measures among Finnish Health care centre patients. BMC Health Services Research, 19(1), p.376.

22. Brooke, J.: SUS-A quick and dirty usability scale. Usability evaluation in industry. 189, 194 (1996)
23. Bangor, A., Kortum, P.T., & Miller, J.T. (2008) An empirical evaluation of the System Usability Scale. International Journal of Human-Computer Interaction, 24(6), pp.574-594.
24. <http://myrelief.eu/it/about/>
25. <https://www.facebook.com/myreliefproject>

L'infermiere di medicina del lavoro

O. Mercante¹, L. Caldarelli²

¹Medico del Lavoro, ²Infermiera di Medicina del Lavoro - Poliambulatorio di Medicina del Lavoro Salute 2000 - Osimo

Riassunto: la Medicina del Lavoro è una branca specialistica nella quale la figura più nota è senza ombra di dubbio il Medico del Lavoro. Ma nell'ambito dell'equipe multiprofessionale della branca, ha un ruolo rilevante anche l'infermiere della medicina del lavoro, o definito in maniera anglosassone infermiere occupazionale (*occupational nurse*). In numerose realtà internazionali è una figura realmente riconosciuta e ben insediata nel sistema sanitario, come pure quello sociale. In Italia esiste in maniera ufficiosa, in quanto presente in innumerevoli realtà private in convezione con varie aziende lavorative, e si auspica soprattutto ad una vera identificazione nel contesto sanitario italiano. Oltre ai compiti a maggior valenza amministrativa, l'infermiere può eseguire i principali esami come prelievi del sangue, ECG, spirometria, tamponi, screening urinario e, sempre come screening, audiometria e screening oculistico.

Parole chiave: infermiere, medicina del lavoro, esami ematici, esami strumentali

Summary: Occupational Medicine is a specialist branch in which the best known figure is undoubtedly the Occupational Doctor. But within the multi-professional team of the branch, the occupational medicine nurse, or in Anglo-Saxon terms, occupational nurse, also plays an important role. In many international situations you are a truly recognized and well established figure in the health system, as well as in the social one. In Italy she exists in an unofficial way, as she is present in innumerable private realities in agreement with various working companies, and above all we hope for a true identification in the Italian healthcare context. In addition to the tasks of greater administrative value, the nurse can perform the main tests such as blood sampling, ECG, spirometry, swabs, urinary screening and, again as screening, audiometry and eye screening.

Keywords: nurses, occupational medicine, blood tests, instrumental tests

INTRODUZIONE

La **Medicina del Lavoro** nasce quale disciplina specialistica alla fine del Seicento con **Bernardino Ramazzini**, medico di Carpi (1633), laureatosi all'università di Parma nel 1665. Ramazzini deve considerarsi di fatto il padre della moderna medicina del lavoro e, per certi aspetti, il precursore della legislazione sociale di tutela. Nella sua opera *De morbis artificum*, attraverso l'osservazione delle attività lavorative, soprattutto artigianali, descrisse le relative malattie professionali a esse correlate e documentò la necessità di una specifica branca medica che si occupasse della loro prevenzione, accanto a provvedimenti di tutela giuridica e civile. A

Bernardino Ramazzini si deve la descrizione e la individuazione degli agenti etiologici del "Polmone dell'agricoltore", forma più comune fra le alveoliti allergiche estrinseche, prodotta dalle "polveri maligne" che si liberavano nella "battitura del grano e del frumento". L'essere umano passa la maggior parte delle ore di una giornata e la maggior parte dei giorni della settimana nell'ambiente di lavoro, e ciò genera ovviamente delle ripercussioni a lungo termine nella vita del lavoratore, in termini di salute fisica e psichica. La medicina del lavoro nasce a tal scopo: studiare il rapporto tra stato di salute dell'uomo, il lavoro svolto e le condizioni dell'ambiente di lavoro. Tutti coloro che lavorano in

questo settore hanno l'importante ruolo di tutelare, monitorare lo stato di salute dei lavoratori, che a causa di molteplici fattori (intrinseci ed estrinseci), può andare incontro a problematiche, che ovviamente si ripercuotono sia nel contesto di lavoro che in quello personale. Il concetto che ne è alla base è l'importanza e il valore della tutela della salute del lavoratore in quanto risorsa dell'individuo nonché per l'organizzazione stessa.

Questa concezione, unita a quelle di ricerca di *efficacy* ed *effectiveness* delle prestazioni lavorative stesse (poiché un lavoratore con uno stato di benessere ottimale è un lavoratore che può rendere al meglio nel proprio contesto operativo), sono state spunti di riflessione per l'**International Commission on Occupational Health**, la cui divisione di ricerca promuove costantemente studi sui metodi di valutazione dei servizi di prevenzione. In Italia la figura più nota di questo settore è senza ombra di dubbio il Medico del Lavoro. Ma esiste anche l'**infermiere della medicina del lavoro**, o definito in maniera anglosassone infermiere occupazionale (*occupational nurse*). In numerose realtà internazionali è una figura realmente riconosciuta e ben insediata nel sistema sanitario, come pure quello sociale. In Italia esiste in maniera ufficiosa, in quanto presente in innumerevoli realtà private in convezione con varie aziende lavorative, e si auspica soprattutto ad una vera identificazione nel contesto sanitario italiano. Nella nostra realtà nazionale l'infermiere della medicina del lavoro acquisisce un ruolo chiave nell'esecuzione dei vari accertamenti per l'idoneità lavorativa, che vanno dall'esecuzione di prelievi ematici fino alle valutazioni strumentali insieme al personale medico specializzato. Sempre insieme a quest'ultimo, la figura infermieristica ha il compito dell'educazione sanitaria del lavoratore in ogni aspetto, e soprattutto alla formazione in contesto di

prevenzione per gli incidenti sul lavoro. In quest'ambito parliamo di formazione congiunta con il medico per il corso di **primo soccorso** (di durata variabile a seconda dell'identificazione dell'azienda in base ai rischi lavorativi), come pure di formazione autonoma per il corso di **BLS** e **PBLS** (secondo quanto stabilito dalla L.120/01). In tutto ciò l'infermiere della medicina del lavoro in maniera sinergica con il resto dell'equipe del settore ha la responsabilità di gestire l'apparato burocratico sanitario che vi è dietro l'idoneità del lavoratore. I principali contesti normativi a cui questa figura fa riferimento in quest'ambito lavorativo sono il **D.Lgs. 81/08**, il **D.M. 388/03**.

In contesti sanitari diversi da quello italiano, l'**occupational nurse**, non s'occupa solo ed esclusivamente del settore in questione sotto l'aspetto clinico; ma è partecipe anche alla ricerca; particolari sono i seguenti casi:

- **"Workplace Violence, prevention efforts by the occupational health nurse"**, studio eseguito da un pool d'infermieri e medici della medicina del lavoro in California, e incentrato sulla prevenzione negli ambienti di lavoro di una tematica cruciale negli States, quale gli episodi di violenza nei luoghi pubblici, e fattispecie nei luoghi di lavoro, e come gestirli.
- **"Defining the Roles and Functions of Occupational Health Nurses in Japan, results of Job Analysis"**, studio descrittivo eseguito in Giappone in cui s'approfondisce la figura dell'**occupational nurse** nel quadro sanitario nipponico.
- **"Occupational Health Nursing Practice, Education, and Research in Korea, an International Update"**, anch'esso uno studio sulla prospettiva lavorativa dell'infermiere della medicina del lavoro nel contesto coreano.

Un documento di grande importanza che può essere di riferimento per conoscere adeguatamente questa figura è il testo ufficiale promosso dal **WHO Regional**

Office for Europe. Nel documento in inglese di ben 76 pagine è tra l'altro presente la *List of occupational health nursing associations affiliated to the Federation of Occupational Health Nurses in the European Union* con ben 11 associazioni nei vari paesi europei, Italia esclusa. Comunque, l'Università di Tor Vergata tra le sue attività prevede anche un *Master di primo livello in management per le funzioni di coordinamento in tecniche della prevenzione e sicurezza sul lavoro* che si rivolge in particolare ai laureati di 1° livello in Tecniche della Prevenzione, nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, in **Infermieristica** o titolo equipollente. È un corso di formazione avanzata per l'acquisizione di competenze specifiche nella funzione di esperto nell'ambito delle tematiche relative alla prevenzione, alla salute e sicurezza sul lavoro, con particolare attenzione all'acquisizione di competenze avanzate nella gestione delle tecniche e delle misure che possano favorire un miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori, secondo l'obiettivo OMS di una "salute non solo intesa come assenza di patologie ma completo benessere psicofisico".

D'altronde la figura dell'Infermiere di Medicina del Lavoro è una figura ricercata e possono essere reperite anche in rete offerte di lavoro (v. sitografia).

Competenze dell'Infermiere di Medicina del Lavoro

Per la peculiarità della posizione che occupa, l'infermiere, è divenuto l'anello di congiunzione tra il medico competente e il lavoratore e per tale motivo è uno dei professionisti chiamato a dare informazioni esaustive e puntuali, per la sfera di competenza, qualora ve ne sia necessità. Il lavoro del coordinatore infermieristico e dell'equipe si basa sull'organizzazione delle varie attività inerenti la sorveglianza sanitaria svolta dal medico competente e/o autorizzato. L'attività degli ambulatori è stata organizzata in base alle esigenze dei dipendenti. L'infermiere collabora con il medico durante le attività ambulatoriali, verifica la completezza degli esami propedeutici alla visita e, come da normativa, li raggruppa, assegna ad ogni documentazione un numero progressivo e completa gli allegati con la risposta della visita medica. Qualora sia necessario predisporre, inoltre, gli appuntamenti per le

consulenze specialistiche e/o esami integrativi eventualmente richiesti in sede di visita. Alla conclusione dell'iter di sorveglianza sanitaria trasmette al datore di lavoro copia del giudizio di idoneità formulato dal medico competente. Compito dell'infermiere è inoltre la registrazione di tutte le prestazioni nel programma informatizzato aziendale, la gestione e l'archiviazione delle cartelle sanitarie e di rischio che vengono riposte nei vari archivi, dopo la catalogazione in un file informatizzato che permette, all'occorrenza, l'immediata individuazione delle stesse.

L'infermiere di medicina del lavoro, che deve essere in possesso della laurea in infermieristica e dell'iscrizione all'albo, può svolgere tutte le attività sanitarie tipiche dell'infermiere con particolare riguardo a:

- Prelievi del sangue
- Screening urinario
- ECG
- Spirometria
- Tamponi

Relativamente ad altri esami strumentali, come **audiometria** e **screening oculistico**, esiste una riserva di legge rispettivamente per il tecnico audiometrista e l'ortottista, a meno che non si tratti di semplice screening, come ha precisato in un parere recente relativamente all'esecuzione del Visiotest (formalmente riservato all'ortottista) da parte dell'infermiere l'OPI di Torino che qui riportiamo nella sua interezza:

DOMANDA: L'infermiere può effettuare il Visiotest nell'ambito di un setting di medicina del lavoro?

PARERE: Non si evidenzia letteratura specifica a sostegno per formulare un parere al quesito che sottopone. Pertanto, condividiamo una disamina in ragione del tipo di esame, dello strumento utilizzato e della normativa vigente rispetto agli ambiti di responsabilità infermieristica. Riteniamo che in ragione: del tipo di esame: l'esame con ortoanalizzatore rappresenta uno screening della capacità visiva e permette l'effettuazione di alcuni test miranti a definire eventuali deficit della motilità oculare

· dell'obiettivo dell'esame: che non è quindi quello di formulare una diagnosi medica bensì di raccogliere dati secondo protocolli strutturati

· del tipo di strumento utilizzato: quale ad esempio quello indicato - Visiotest - che permette l'effettuazione di questo screening in pochi minuti e una prima selezione dei soggetti con assenza di palese patologia visiva (senza peraltro formulare diagnosi!). Strumento che

richiede per il suo utilizzo un addestramento, come indicato dalla casa produttrice di 3 ore, quindi di bassa complessità (e alcuna discrezionalità)

- dell'effettuazione di questo esame solo sotto prescrizione: quindi con una precedente valutazione medica che escluderà persone con caratteristiche specifiche (esempio portatori di lenti bifocali o altro ...)

- della normativa di riferimento per la professione infermieristica (D.M. 739/94; L.42/99)

l'infermiere possa svolgere tale attività (limitatamente all'esecuzione dell'esame e non - ad esempio - all'interpretazione dei dati o alla formulazione di una diagnosi) purché abbia ricevuto idonea formazione/addestramento in un'ottica di tutela dell'assistito e dell'operatore medesimo e qualora questo non rientri specificatamente nelle competenze di altri professionisti laureati.

Pertanto, si ritiene, per analogia, che il parere suddetto sia valido sia per lo screening oculistico che per lo screening audiometrico, qualora gli stessi siano eseguiti su incarico del Medico del Lavoro, siano sottoscritti dallo stesso, e vi sia stato per l'infermiere un adeguato addestramento a tali attività.

SITOGRAFIA

<https://www.nursetimes.org/occupational-nurse-quando-linfermiere-incontra-la-medicina-del-lavoro/67800>

https://drive.google.com/file/d/1pTn0yup_SSPW9vt4bBi84s06Jm04iHe9/view

<https://www.infermiereonline.org/2013/01/22/medicina-del-lavoro-per-le-professioni-sanitarie/>

<https://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/tipologie-di-contenuto-C-6/sorveglianza-sanitaria-malattie-professionali-C-60/chi-puo-effettuare-gli-esami-strumentali-nella-aziende-AR-15286/>

<http://www.medlavorvergata.it/corso/master-di-primi-livello-in-management-per-le-funzioni-di-coordinamento-in-tecniche-della-prevenzione-e-sicurezza-sul-lavoro.php>

<https://medicocompetente.it/forum/thread/443/ESAMI-AUDIOMETRICI-INFIERMIERI-PROFESSIONALI-E-TECNICI.htm>

<http://www.audiometria.it/aita/newsdetail.asp?id=177>

http://www.aots.sanita.fvg.it/aots/InfoCMS/RepositPubbl/table35/42/Allegati/sito_%20ssMDLOK.pdf

<https://opi.torino.it/index.php/l-ordine-per-gli-infermieri>

<http://www.audiometria.it/aita/newsDetail.asp?ID=102&IdMenu=0&page=5>

Le attività di prelievo del biologo: nuove prospettive

Elisabetta Polimanti

Biologo, Ambulatorio di Medicina del Lavoro - Osimo

RIASSUNTO

L'11 Novembre 2020 il Presidente dell'Ordine Nazionale dei Biologi, con la circolare Protocollo n. 74370/2020 ha espresso il parere che i Biologi possano effettuare prelievi per l'acquisizione di campioni biologici, sia venosi che microbiologici; inoltre possono eseguire anche tamponi nasofaringei per la ricerca del CoV-2. Ci sono vari tipi di test per diagnosticare il virus: tamponi molecolari, test sierologici (qualitativi e quantitativi), tamponi antigenici rapidi. Ma con l'arrivo dei vaccini torneremo ad essere invisibili?

Parola chiave: ONB, COVID-19, SARS-CoV-2, tamponi molecolari, RT-PCR, tamponi antigenici rapidi, test sierologici

ABSTRACT

On 11 November 2020 the President of the National Order of Biologists, decreed in the circular with Protocol n.74370/2020 that biologists can perform draws for the acquisition of biological samples, both venous and microbiological; they can also perform nasopharyngeal swabs for CoV-2 disease. There are a lot of tests to diagnose the virus: molecular swabs, serological tests (qualitative and quantitative), rapid antigenic swabs. But with the vaccine, will we go back to being invisible?

Keyword: ONB, COVID-19, SARS-CoV-2, molecular swabs, RT-PCR, rapid antigenic swabs, serological tests.

INTRODUZIONE

Il biologo è considerato una figura sanitaria che raccoglie dati e campioni, effettua analisi microbiologiche su tessuti, materiali e liquidi biologici, analisi genetiche e batteriologiche, effettua analisi chimico-biologiche e controlli qualità, analizza i dati raccolti, redige referti e report.

La figura professionale del Biologo è stata istituita con la Legge 396 del 24 Maggio 1967 che ne definisce i vari ambiti di attività:

- analisi biologiche (urine, essudati, escrementi, sangue), sierologiche, immunologiche, istologiche, di gravidanza, metaboliche e genetiche;
- identificazione di agenti patogeni (infettanti ed infestanti) dell'uomo;
- problemi di genetica dell'uomo;
- settore di igiene degli alimenti;
- settore della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro (D.Lgs. n.81/2008);
- diagnosi e/o prevenzione di malattia a scopo di ricerca per la sperimentazione di nuovi farmaci e vaccini [...].

L'EMERGENZA COVID-19 E I BIOLOGI

La malattia da COVID-19 è un'infezione causata dal Coronavirus SARS-CoV-2 e ha diversi modi di

manifestarsi, passiamo da soggetti asintomatici a quelli sintomatici, quest'ultimi hanno febbre, affaticamento, alterazione del gusto e olfatto, tosse secca, dispnea, a volte possono evidenziarsi situazioni cliniche gravi^(1,2).

L'infezione virale si diffonde per contatto stretto con persone infette tramite secrezioni della bocca e del naso (saliva, droplet respiratorie) o in modo indiretto attraverso oggetti e/o superfici contaminati⁽³⁾.

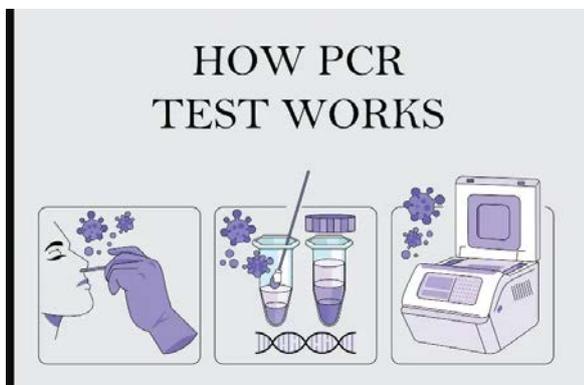
Purtroppo, in questa emergenza sanitaria la nostra figura professionale non ha avuto molta considerazione, nonostante il decreto legge n.14 del 09 Marzo 2020 dove il Ministro Speranza chiede un potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale relativo all'emergenza COVID-19, con nuove assunzioni di figure professionali e quindi anche di Biologi.

L'11 Novembre 2020 il Presidente dell'Ordine Nazionale dei Biologi, il Senatore Dott. Vincenzo D'Anna, con la circolare Protocollo n. 74370/2020 (allegato A) ha espresso il parere che i Biologi possano effettuare prelievi per l'acquisizione di campioni biologici, sia venosi che microbiologici; inoltre, previo adeguato addestramento, possono anche eseguire tamponi nasofaringei per la ricerca del CoV-2.

L'opportunità a noi data, ci rende utili nella diagnostica del virus, nell'uso di vari test per rilevare l'esordio della malattia e monitorarne il suo decorso. Si tratta di test rapidi e non:

- **Test molecolare**, detto anche **tampone molecolare**, è l'esame diagnostico di riferimento internazionale per la rilevazione di SARS-CoV-2. Si basa sull'identificazione di tracce specifiche del genoma del coronavirus nei tamponi nasofaringei; il campione viene processato con una tecnica di biologia molecolare nota come RT-PCR (*reverse transcriptase - polymerase chain reaction*). Questa tecnica converte le molecole di RNA di SARS-CoV-2 nelle loro sequenze di DNA complementare a singolo filamento (cDNA) mediante trascrittasi inversa e successivamente, sui cDNA ottenuti, si effettua la *Real Time PCR* che, amplifica e quantifica contemporaneamente il DNA presente⁽⁴⁾.

In altre parole, è in grado di rilevare il patogeno anche a bassa carica virale in soggetti sintomatici, pre-sintomatici o asintomatici.



- **Test sierologici**, permettono di valutare se le persone sono entrate in contatto con il virus. Si tratta di esami che permettono di rilevare nel sangue gli anticorpi diretti contro il Coronavirus.

Gli anticorpi (o immunoglobuline) prodotti contro l'agente infettivo che si rilevano, sono le IgM (indicative di un'infezione recente) e le IgG (infezione passata). Le prime si rilevano già dopo 3 giorni dall'insorgenza della malattia con picchi da 2 a 3 settimane e a volte anche fino a un mese⁽⁵⁾, le seconde si riscontrano dopo 4 giorni dall'insorgenza della malattia con picchi superiori a 2 settimane⁽⁶⁾.

I test sierologici si suddividono in **qualitativi (rapidi)** e **quantitativi**.

La differenza sta nel fatto che i **test qualitativi** confermano la presenza o l'assenza di anticorpi, mentre quelli **quantitativi** identificano le classi di Ig prodotte dall'organismo contro il virus e ne misurano con precisione la concentrazione.

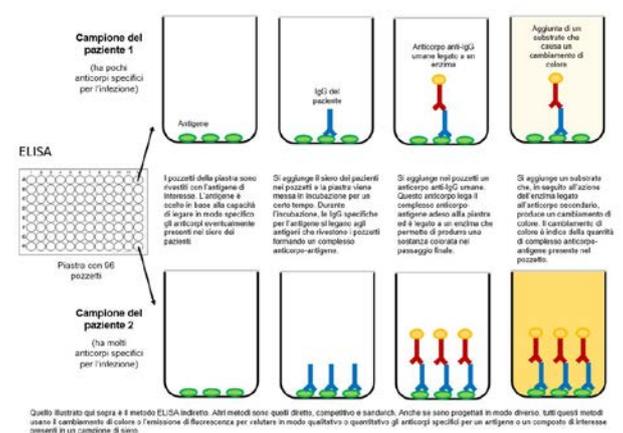
- **Test sierologici COVID-19 qualitativi (rapidi)**

Gli esami sierologici qualitativi sono test rapidi che vengono eseguiti su sangue capillare prelevato con lancetta pungidito dal polpastrello di un dito della mano. Il riscontro si ottiene con un kit portatile nel giro di pochi minuti.



- **Test sierologici COVID-19 quantitativi**

I test sierologici quantitativi dosano in maniera sensibile e specifica le quantità di anticorpi prodotti. Il campione viene acquisito attraverso un normale prelievo venoso, per essere valutato in laboratorio con sistemi di rilevazione con chemiluminescenza (*CLIA*) oppure metodi immunoenzimatici (*ELISA*). Per avere il risultato occorrono un paio di ore circa.



- **Tampone antigenico rapido**, si tratta di un tampone nasofaringeo, il quale usa gli anticorpi anti-SARS-COV-2 fissati su un supporto che catturano le proteine del virus legandovisi e quando li identificano danno il via a una reazione chimica che fornisce il responso. In caso di esito positivo a questo test verrà poi effettuato un tampone molecolare per confermare la positività

al virus. L'utilizzo di questi dispositivi permette di testare un alto numero di persone, con una diagnostica precoce e veloce, sarebbe opportuno ripetere il test frequentemente. Spesso viene usato come screening per luoghi di lavoro, scuole ecc....



CONCLUSIONI

Il biologo era ed è una professione poco considerata. Prima dell'emergenza Covid-19 si potrebbe dire ignorata da molti, nonostante sia fondamentale per le attività di laboratorio di qualsiasi struttura sanitaria pubblica e privata.

Per noi biologi questo parere è sicuramente un'enorme opportunità per mettere in pratica le nostre capacità tecniche professionali e di laboratorio, per far conoscere altresì come con precisione e scrupolosità operiamo e attuiamo le conoscenze acquisite sul campo lavorativo. Contribuiamo a formulare strategie con l'utilizzo efficace dei test diagnostici nella gestione dell'emergenza COVID-19, rielaboriamo i risultati e analizziamo i dati epidemiologici. Sicuramente questa emergenza ha fatto sì che il biologo abbia avuto una sorta di validità professionale riconosciuta e nel contempo ha rafforzato e stimolato in noi il desiderio e l'impegno massimo per renderci utili alla causa.

In considerazione di tutto sorge spontaneo domandarsi, *“con l'arrivo dei vaccini torneremo ad essere invisibili? Quanto dura questo nuovo sbocco professionale?”*

Concludo con un frammento dell'intervista al Dott. Alessandro Miceli, biologo ed embriologo clinico, commissario straordinario dell'Ordine Nazionale dei Biologi di Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta:

“mi spiace però che nessuno citi un'altra categoria di lavoratori della sanità altrettanto coinvolta e sottoposta a carichi di lavoro particolarmente intensi, gli operatori di laboratorio e, tra questi, noi biologi. Verosimilmente questo perché non siamo particolarmente esposti, non operiamo direttamente “sul fronte” come i medici e gli infermieri, ma agiamo nelle immediate retrovie, chiusi negli spazi, talvolta anche ristretti, dei laboratori di analisi e diagnostica. I biologi sono sempre stati e restano un anello fondamentale della catena di assistenza sanitaria”.

BIBLIOGRAFIA

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020.
2. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, *et al.* Author Correction: A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature 2020.
3. Xiaoxia L, Yuhan X, Gary Wing-King W. COVID-19: lessons to date from China. Lancet 2020.
4. Sorrentino MC, Di Martino G, Di Carlo D, Diagnostic laboratory and COVID-19: is it possible to establish a strategy for the diagnosis of the SARS-CoV-2 infection through the combined use of molecular and serological tests? Minerva medica 2020.
5. Xiao AT, Gao C, Zhang S. Profile of specific antibodies to SARS-CoV-2, the first report. J Infection 2020.
6. Long QX, Deng HJ, hen J, Hu J, Liu BZ, Liao P, *et al.* Antibody responses to SARS-CoV-2 in COVID-19 patients: the perspective application of serological tests in clinical practice. medRxiv 2020.

1 di 1

**Ordine Nazionale dei Biologi**

Via Icilio 7 - 00153 Roma
Tel. 06 57090200 - Fax: 06 57090234
www.onb.it - protocollo@peconb.it

Roma, 11 novembre 2020

Prot. n. 74370/2020

Oggetto: Esecuzione tamponi rinofaringei per prelievi microbiologici.

Pervengono numerose richieste da parte di Colleghi in merito alla esecuzione da parte del Biologo ad eseguire tamponi rinofaringei per ricerche microbiologiche compresa la ricerca del virus SARS-CoV-2.

Seppure in prima istanza si era ritenuto di tenere una posizione di doverosa cautela nel più generale contesto pandemico, si è valutata la questione e nel rispetto delle indicazioni in materia di prelievi da parte del Ministero della salute, e specificato dal DM 68/2015, recante l'Ordinamento delle Scuole di Specializzazione, si conferma che i Biologi possono effettuare prelievi per acquisizione di campioni biologici, sia venosi che microbiologici, come disposto dal Ministero della salute e specificato dal citato DM 68/2015, recante l'Ordinamento delle Scuole di Specializzazione.

Alla luce di quanto sopra si ritiene opportuno precisare quanto segue.

I biologi, previo adeguato addestramento, come per i prelievi venosi, e con esclusione di prelievi che comportino manovre invasive, possono eseguire anche tamponi rinofaringei per la ricerca del CoV-2, previa adozione di tutte le misure di protezione necessarie al caso e nel rispetto dell'iter specifico delineato dalle autorità competenti.

Si precisa, che per adeguato addestramento deve ovviamente intendersi un affiancamento a personale competente al fine di acquisire l'abilità manuale e tecnica necessaria ad eseguire il prelievo microbiologico.

Distinti saluti.



Il Presidente

Sen. Dr. Vincenzo D'Anja

Prevenzione delle Medical Adhesive Related Skin Injuries (MARS) nei pazienti portatori di Peripherally Inserted Central Catheter (PICC), una revisione sistematica della letteratura

Cocci M.¹, Scaffi M.², Stella F.², Di Silvio V.¹, Di Felice V.², Belluccini A.¹, Messi D.

¹Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Ancona, ²ASUR Marche, Area Vasta 2, Jesi

Riassunto. Le MARS sono lesioni cutanee che si manifestano dopo 30 minuti dalla rimozione di un dispositivo adesivo come, per esempio, le medicazioni degli accessi vascolari centrali, fra cui i PICC. Compaiono prevalentemente in soggetti a rischio e possono essere prevenute attraverso una corretta gestione del presidio, al fine di migliorare la presa in carico dell'assistito e ridurre l'insorgenza di complicanze che comportano un incremento dei tempi e dei costi di degenza.

Obiettivo dello studio è indagare quale medicazione dell'*exit site* previene la comparsa di MARS nei pazienti adulti portatori di PICC.

Parole chiave: PICC, Exit site, MARS, Accessi vascolari centrali, medicazione.

Abstract. MARS are skin injuries that occur 30 minutes after the removal of an adhesive device such as, for example, dressings of central vascular accesses, including PICCs. They appear especially in vulnerable people and could be prevented by a correct management of the catheter, in order to improve patient care and reduce the onset of complications that lead to an increase in hospitalization times and costs.

The aim of the study is to investigate what type of *exit site* dressing can prevent the appearance of MARS in adult patients with PICC.

Key Words: PICC, Exit site, MARS, Central Vascular Access, Dressing

Introduzione

Le *Medical Adhesive Related Skin Injuries* (MARS) sono lesioni cutanee che si manifestano come erosione, eritema, macerazione, lesioni meccaniche, follicoliti o dermatiti in soggetti a rischio (soprattutto pazienti anziani, oncologici o ematologici, o con anamnesi di allergie cutanee) che persiste dopo 30 minuti dalla rimozione di un dispositivo adesivo (McNichol et al., 2013).

Le MARS possono essere provocate da dispositivi medici di vario tipo, come, ad esempio, gli elettrodi per il monitoraggio elettrocardiografico, i cerotti applicati sulle ferite chirurgiche, le stomie e le medicazioni degli accessi vascolari.

Si stima che l'incidenza delle MARS possa variare dal 3.4% al 25% dei pazienti; soprattutto pazienti ematologiche con età superiore ai 50 anni o pazienti ambo i sessi con

anamnesi di allergie cutanee. Le lesioni meccaniche sono quelle che presentano la prevalenza maggiore fra i soggetti a rischio, con una percentuale pari al 17.42% di tutte le manifestazioni cutanee possibili (Zhao et al., 2018a).

Prevenire l'insorgenza delle MARS contribuisce a migliorare la presa in carico della persona assistita, poiché concorre a garantirne la sicurezza e a ridurre l'incidenza di complicanze correlate ai processi assistenziali come lesioni e/o infezioni che, oltre a provocare dolore e discomfort per il paziente, possono determinare un incremento dei tempi e dei costi della degenza (McNichol et al., 2013).

Obiettivo di questa revisione sistematica della letteratura è indagare quale medicazione può essere applicata sull'*exit site* per prevenire la comparsa di MARS in pazienti adulti portatori di *Peripherally Inserted Central Catheter* (PICC).



Figure 1: esempi di MARS correlate a medicazione del PICC (da Zhao et al., 2018b)

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione sistematica della letteratura consultando le principali banche dati, Cochrane, Cinahl e Medline (attraverso il suo motore di ricerca PubMed).

È stato, quindi, formulato il seguente PIOM per costruire il quesito di ricerca.

	METODOLOGIA PIOM
P	Adulti (18+) portatori di PICC
I	Medicazione dell' <i>exit site</i>
O	Prevenzione delle MARS
M	Revisione sistematica della letteratura

Quesito di ricerca: Quale tipo di medicazione dell'*exit site* previene il fenomeno delle MARS nei pazienti adulti portatori di PICC?

Per la consultazione delle banche dati sono state utilizzate due differenti strategie di ricerca:

a. ricerca libera utilizzando i seguenti concetti: "Medical Adhesive Related Skin Injury", "Central Vascular Access", "PICC", "Exit site dressing"

b. ricerca con Thesaurus MeSH.

Sono state, inoltre, elaborate alcune stringhe di ricerca:

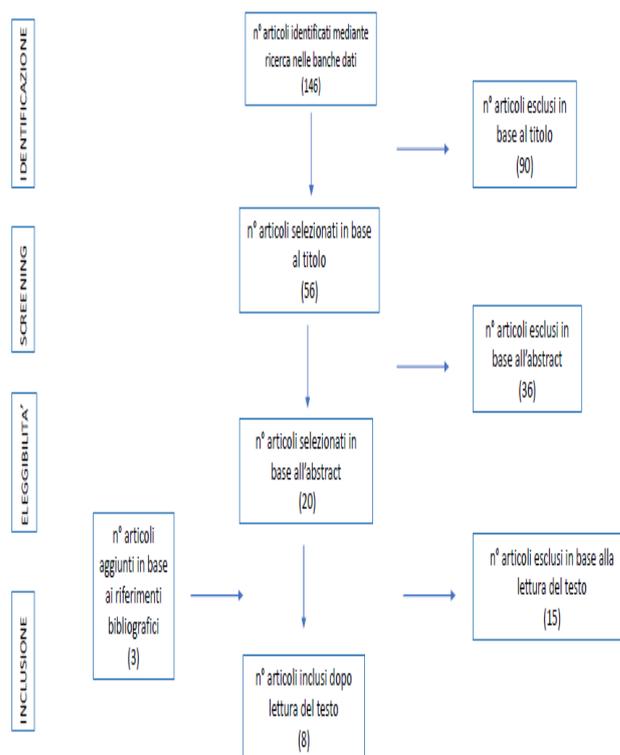
- ("PICC" [MeSH] OR "CENTRAL VASCULAR ACCESS" [MeSH]) AND (ADULTS NOT CHILDREN) AND "PREVENTION" [MeSH] AND "MARSIS" [MeSH].
- ("PICC" [MeSH] OR "CENTRAL VASCULAR ACCESS" [MeSH]) AND (ADULTS NOT CHILDREN) AND "MEDICATION" [MeSH] AND "PREVENTION" [MeSH] AND "MARSIS" [MeSH].

Sono stati selezionati tutti gli articoli originali, completi, in lingua inglese, pubblicati negli ultimi 10 anni che indagano il tipo di medicazione da applicare sull'*exit site* del PICC per prevenire l'insorgenza di MARSIS in pazienti adulti a rischio.

Sono stati esclusi gli articoli di cui è disponibile solo l'abstract, gli articoli non completi o ancora in fase di pubblicazione.

Gli studi esaminati sono stati valutati sulla base dell'appropriatezza e buona descrizione del disegno di studio (precisione dell'obiettivo e rigorosità metodologica), del campione (chiarezza nell'allocazione ai gruppi per i *trial* e assenza di *bias* rilevanti) e dell'accuratezza dell'analisi statistica (per gli studi sperimentali e osservazionali).

Sono stati considerati 146 articoli, di cui 23 eleggibili dopo lettura dell'abstract e 8 inclusi dopo lettura integrale del testo. Fra questi, 2 Linee Guida (Linee Guida INS 2016 e AIOM 2018), 1 RCT ([Chan et al., 2017](#)), 2 Studi trasversali multicentrici ([Zhao et al., 2018a](#); [b](#)), 1 Studio prospettico descrittivo ([Hadfield et al., 2019](#)) e 2 Case studies ([Collier et al., 2019](#) e [Hitchcock et al., 2017](#)).



Risultati

Sono stati presi in considerazione 1256 pazienti totali di età superiore a 18 anni, degenti presso le unità di Medicina, Chirurgia Generale, Oncologia ed Ematologia, a rischio di sviluppare uno o più episodi di MARSIS. 278 pazienti (pari al 22,13% del totale) hanno manifestato lesioni cutanee di vario genere a livello dell'*exit site* del PICC dopo il primo cambio della medicazione.

Per quanto riguarda le indicazioni per eseguire la medicazione di un PICC, tutti gli studi presi in esame raccomandano l'utilizzo di sistema di fissaggio di tipo *sutureless* (come ad esempio lo *statlock*) che garantiscono un ottimale ancoraggio del presidio e la prevenzione di dislocazioni accidentali dello stesso. Va evitata l'applicazione dei punti di sutura che, non solo non garantiscono un'adeguata stabilità del presidio, ma determinano anche un incremento del rischio di sanguinamento e di quello infettivo.

Nella scelta del tipo di medicazione, preferire quella trasparente semipermeabile in poliuretano che consente la continua visualizzazione ed ispezione dell'*exit site*, se possibile, associata all'utilizzo di *biopatch* a continuo rilascio di clorexidina, il quale favorisce la prevenzione delle infezioni. La sostituzione della medicazione va eseguita ogni 7 giorni o quando è sporca e/o staccata. Una maggiore frequenza nella sostituzione può, infatti, determinare un più elevato rischio infettivo e maggiore traumatismo sulla cute che espongono il paziente alla possibilità di sviluppare una MARSIS, come sottolineato nelle Linee Guida.

Quattro articoli (le due Linee Guida; [Collier et al., 2019](#); [Hitchcock et al., 2017](#)) suggeriscono, inoltre, l'applicazione di un adesivo siliconato o di un film

barriera protettivo per evitare il contatto diretto fra la medicazione trasparente semipermeabile in poliuretano e la cute, così da garantire una rimozione atraumatica della medicazione stessa al momento del rinnovo con conseguente riduzione del dolore e dell'ansia nella persona assistita (Collier et al., 2019; Hadfield et al., 2019).

Eseguire la medicazione dell'*exit site* del PICC seguendo queste raccomandazioni di buona pratica permette la risoluzione di MARSIs preesistenti e la prevenzione della comparsa di episodi di nuova insorgenza.

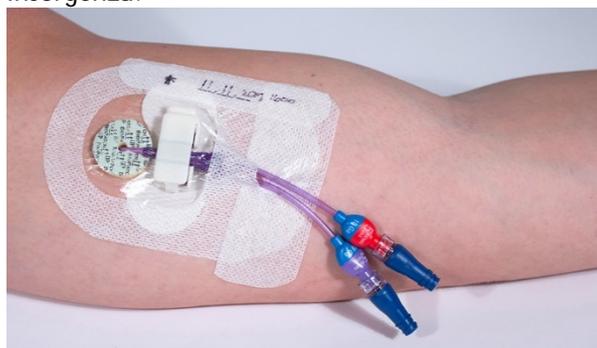


Figure 2: medicazione suggerita (da Collier et al., 2019)

Discussione e conclusioni

La gestione dell'*exit site* del PICC è fondamentale per garantire la sicurezza del dispositivo in termini di corretto ancoraggio e prevenzione di infezioni e lesioni della cute.

Si raccomanda un'ispezione giornaliera della cute del paziente attraverso la medicazione semipermeabile trasparente in poliuretano da lasciare in situ rispettando rigorosamente i tempi di permanenza (massimo 7 giorni), la sua corretta applicazione per garantire il massimo dell'adesività e una successiva rimozione atraumatica per prevenire l'insorgenza di dolore e la sensazione di discomfort.

Eseguire la medicazione rispettando tali accortezze è necessario per prevenire l'insorgenza di nuovi episodi di MARSIs ma anche per permettere la risoluzione di lesioni cutanee già presenti.

È indispensabile affidare la gestione di questi dispositivi a personale infermieristico formato e altamente specializzato che svolga anche un ruolo chiave nell'educazione al paziente e al *caregiver*. A tale scopo, è necessario favorire la formazione e l'aggiornamento continuo degli infermieri in materia di gestione degli accessi vascolari centrali, fra cui il PICC, il cui utilizzo può essere riscontrato in numerosi contesti assistenziali.

Bibliografia

1. Chan, R. J., Northfield, S., Larsen, E., Mihala, G., Ullman, A., Hancock, P., Marsh, N., Gavin, N., Wyld, D., Allworth, A., Russell, E., Choudhury, M. A., Flynn, J., & Rickard, C. M. (2017). Central venous Access device SeCurement And Dressing Effectiveness for peripherally inserted central catheters in adult acute hospital patients (CASCADE): a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 18(1), 458. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2207-x>
2. Collier M. (2019). Minimising pain and medical adhesive related skin injuries in vulnerable patients. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(15), S26-S32. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.15.S26>
3. Gorski L. A. (2017). The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice. *Home healthcare now*, 35(1), 10-18. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000481>
4. Hadfield, G., De Freitas, A., Bradbury, S. (2019). Clinical evaluation of a silicone adhesive remover for prevention of MARSIs at dressing chang. *JCN*, 3(33), 36-41.
5. Hitchcock, J., & Savine, L. (2017). Medical adhesive-related skin injuries associated with vascular access. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 26(8), S4-S12. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.8.S4>
6. Linee di indirizzo per la gestione degli accessi vascolari a medio e lungo termine nel paziente oncologico; a cura di Associazione Italiana di Oncologia Medica (2018)
7. McNichol, L., Lund, C., Rosen, T., & Gray, M. (2013). Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. *Orthopedic nursing*, 32(5), 267-281. <https://doi.org/10.1097>
8. Zhao, H., He, Y., Wei, Q., & Ying, Y. (2018 a). Medical Adhesive-Related Skin Injury Prevalence at the Peripherally Inserted Central Catheter Insertion Site: A Cross-sectional, Multiple-Center Study. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 45(1), 22-25. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000394>
9. Zhao, H., He, Y., Huang, H., Ling, Y., Zhou, X., Wei, Q., Lei, Y., & Ying, Y. (2018 b). Prevalence of medical adhesive-related skin injury at peripherally inserted central catheter insertion site in oncology patients. *The journal of vascular access*, 19(1), 23-27. <https://doi.org/10.5301/jva.5000805>

SESSIONE RIABILITAZIONE E SOCIETA'

La teleriabilitazione del paziente parkinsoniano: l'esperienza dell'INRCA di ANCONA

¹Angelo Vecchione, ²Mariarosaria D'Antuono

¹fisioterapista, Medicina Riabilitativa IRCSS INRCA Ancona, ²tutor didattico del CdL in Logopedia, Università Politecnica delle Marche

RIASSUNTO: Lo sviluppo di strumenti per la tele-riabilitazione, come per la telemedicina, consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della riabilitazione, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e di pazienti.

Le principali motivazioni e benefici attesi dal nuovo modello organizzativo di tele-riabilitazione sono eguaglianza, imparzialità, continuità della presa in carico, diritto di scelta, partecipazione, efficacia, qualità e soprattutto contenimento della diffusione del contagio di COVID-19.

Nel seguente articolo si riporta l'esperienza dell'IRCSS INRCA di Ancona che illustra il progetto di tele-riabilitazione che vede protagonisti i pazienti affetti da M. di Parkinson, purtroppo la seconda malattia neurodegenerativa più diffusa nella popolazione anziana dopo la m. di Alzheimer, in collaborazione con l'Associazione Parkinson Marche.

A tal proposito, il nuovo progetto ha permesso lo svolgimento del tirocinio in convenzione con il CdL in Logopedia dell'Università Politecnica delle Marche, il cui tirocinio in presenza è stato temporaneamente sospeso a seguito del DPCM 13 ottobre 2020 per la pandemia da Coronavirus.

Parole chiave: Parkinson, tele-riabilitazione, Covid-19, modello organizzativo, tirocinio UNIVPM.

ABSTRACT: The development of tools for telerehabilitation, as for telemedicine, allows both to find new answers to traditional rehabilitation problems, and to create new opportunities for improving the health service through greater collaboration between the various healthcare professionals involved and patients.

The main reasons and benefits expected from the new telerehabilitation organizational model are equality, impartiality, continuity of taking charge, right of choice, participation, efficacy, quality and above all containment of the spread of the COVID-19 contagion.

The following article reports the experience of the IRCSS INRCA of Ancona which illustrates the telerehabilitation project that sees patients suffering from M. di Parkinson's as protagonists, unfortunately the second most widespread neurodegenerative disease in the elderly population after M. Alzheimer's disease, in collaboration with the Parkinson Marche Association. In this regard, the new project allowed the internship to be carried out in agreement with the Degree Course in Speech Therapy of the Polytechnic University of Marche, whose internship in the presence was temporarily suspended following the Dpcm 13 October 2020 due to the Coronavirus pandemic.

Keywords: Parkinson's, telerehabilitation, Covid-19, organizational model, UNIVPM internship.

INTRODUZIONE

L'Istituto INRCA è l'unico IRCCS a livello nazionale che si occupa di ricerca ed assistenza del paziente anziano. Presso la UOC di Neurologia e la UOC di Medicina Riabilitativa dell'INRCA di Ancona afferiscono i pazienti con questa malattia; l'assistenza specialistica coinvolge un team

multidisciplinare (neurologo, fisiatra, nutrizionista, psicologa, fisioterapista, logopedista, dietista..).

La Malattia di Parkinson (MP) è una patologia neurodegenerativa caratterizzata da sintomi motori tipici quali tremori a riposo, rigidità e bradicinesia; nelle fasi più avanzate si presenta l'instabilità posturale. Possono inoltre essere presenti sintomi non motori che possono insorgere anche prima, come la

disfunzione autonoma, disturbi gastrointestinali e disturbi neuropsichici.

Talvolta, tra i primi sintomi di malattia, c'è un'alterazione della qualità e del tono di voce; nelle fasi più avanzate si associano spesso disturbi della deglutizione. La MP è la seconda patologia neurodegenerativa più frequente, dopo la malattia di Alzheimer, ed è nettamente prevalente dopo i 60 anni (circa 1-2% della popolazione) fino ad arrivare al circa 3-5% dopo gli 85 anni.

Queste difficoltà, unitamente al decorso cronico e progressivo della malattia, determinano una compromissione delle attività di vita quotidiana e delle relazioni interpersonali con notevoli ripercussioni sulla famiglia, sulla società, sul sistema sanitario e assistenziale. La terapia farmacologica rappresenta il trattamento principale ma ha soltanto effetto palliativo ed è efficace unicamente solo su alcuni sintomi. Pertanto, la riabilitazione fisioterapica e logopedica si propone come parte essenziale ed integrante del trattamento medico-chirurgico.

Gli approcci terapeutici più recenti hanno evidenziato l'importanza della prospettiva multidisciplinare e l'utilità della riabilitazione, sia nella sua forma "classica" come fisioterapia e logopedia che in una o più delle sue forme cosiddette "terapie complementari" (a indicare che integrano ma non sostituiscono approcci più convenzionali). Quest'ultime sono costituite sia da metodiche create espressamente in considerazione dei bisogni dei pazienti parkinsoniani, sia dall'uso a fini riabilitativi di pratiche che, nate senza alcuna intenzionalità terapeutica specifica, si sono dimostrate in seguito dei validi aiuti per chi soffre di Parkinson (Associazione Parkinson Marche). Le terapie complementari, essendo quasi sempre pratiche di gruppo, hanno anche il grande vantaggio di favorire la socializzazione. Questo è utile anche dal punto di vista psicologico: perché spesso il parkinsoniano tende ad isolarsi, per nascondere il suo stato;

incontrarsi con chi condivide la sua condizione lo aiuta ad affrontarla meglio.

In letteratura esistono prove scientifiche sempre più solide che confermano l'ipotesi dell'efficacia dell'intervento riabilitativo continuativo nel migliorare le capacità funzionali dei pazienti nelle ADL, la loro autonomia e la qualità della vita.

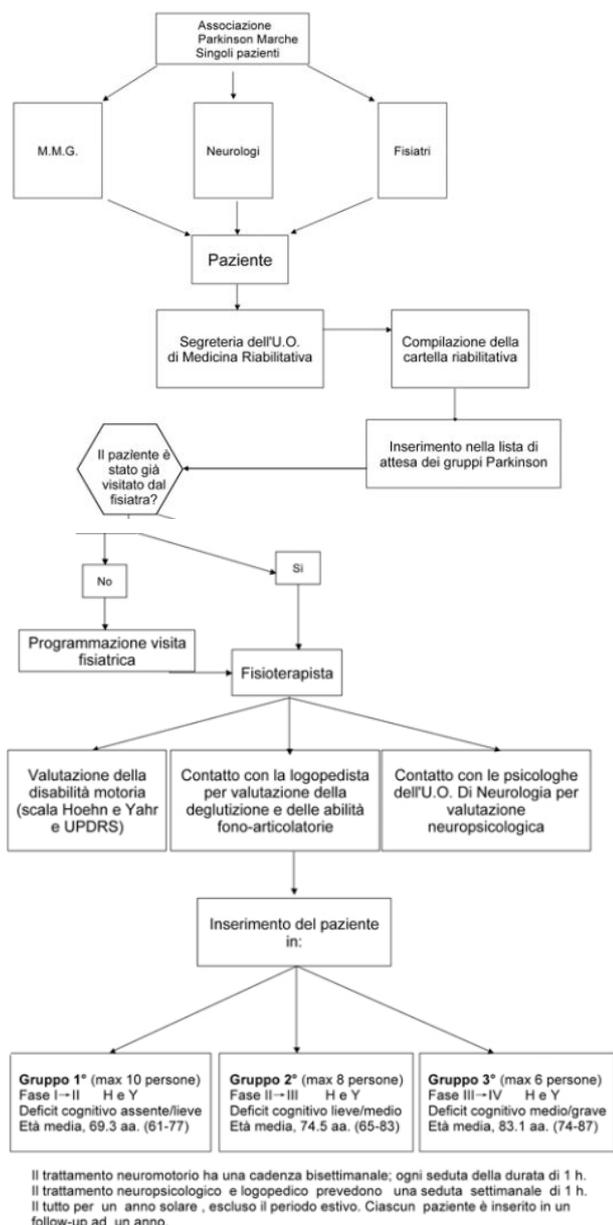
Iter diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente con Malattia di Parkinson (MP)

L'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente con Malattia di Parkinson non può che essere multidisciplinare; alla valutazione neurologica seguiranno le valutazioni da parte del medico nutrizionista, della dietista, del medico fisiatra, del fisioterapista e della logopedista, al fine di avere un approccio quanto più personalizzato e mirato alle reali esigenze del paziente.

Presso l'Ambulatorio della Medicina Riabilitativa dell'Inrca di Ancona sono offerti servizi di fisioterapia e di logopedia di gruppo.

Il trattamento di gruppo si prefigge, infatti di agire non solo sull'aspetto motorio, ma anche su quello relazionale. Nel gruppo il soggetto è stimolato alla motivazione, alla socializzazione, alla competizione, all'affrontare più o meno le stesse problematiche con l'arricchimento del sostegno e del confronto. Socializzare la malattia riduce l'ansia e la depressione individuale. L'osservazione poi di una azione compiuta da un altro è un importante strumento di apprendimento (apprendimento tra pari). Il trattamento di gruppo, inoltre, consente un vantaggio anche sul piano economico in quanto riduce le liste di attesa e i costi sia per il singolo individuo che per la collettività e per il sistema sanitario nazionale. I gruppi sono formati il più possibile omogenei sia per le abilità motorie che per quelle di competenza logopedica. Laddove non è percepita l'efficacia del trattamento di gruppo, sono proposti cicli di trattamento individuale fisioterapico e logopedico.

PERCORSO DEL PAZIENTE



LA TELE-RIABILITAZIONE

La tele-riabilitazione rappresenta un esempio di come gli strumenti informatici possano fornire un supporto di lavoro utile nonostante le distanze: facilita la comunicazione, consente il mantenimento o l'instaurazione della relazione terapeutica a distanza e favorisce l'avvio o la continuazione di percorsi riabilitativi o di potenziamento.

La tele-riabilitazione è un tipo di trattamento che consente di fornire servizi di riabilitazione a distanza con il supporto delle nuove tecnologie (video, siti web, programmi informatici...).

La riabilitazione a distanza rappresenta un'opportunità da molteplici punti di vista, in quanto:

- Permette di effettuare un trattamento intensivo anche in contesti in cui non è possibile accedere alla terapia ambulatoriale;
- Consente di associare i benefici ottenuti durante il percorso riabilitativo con l'esercizio continuativo a casa;
- Garantisce una supervisione ed un monitoraggio costanti da parte di un clinico esperto;
- Consente un continuo adattamento dell'intervento in relazione ai risultati e progressi;
- Fornisce la possibilità di incrementare l'intensità del trattamento;
- Aiuta i pazienti a generalizzare gli obiettivi anche ai contesti non terapeutici;
- Garantisce la continuità del percorso;
- Offre maggiore flessibilità;
- Consente di ottimizzare i tempi;
- Promuove la capacità di autocorrezione;
- Incrementa il senso di auto efficacia;
- Promuove la motivazione al lavoro terapeutico.

L'ESPERIENZA IN TELE-RIABILITAZIONE DELL'INRCA

Con la dichiarazione dell'OMS, dell'emergenza pandemica da Sars-Cov-2 avvenuta lo scorso marzo 2020, è conseguito il blocco totale delle attività ambulatoriali specialistiche non differibili con l'emanazione del DPCM 4 marzo 2020. La particolare situazione causata dalla diffusione del COVID-19 e la conseguente necessità di distanziamento sociale, hanno imposto numerosi cambiamenti nelle abitudini e stili di vita di ognuno, ma soprattutto una revisione dei modelli organizzativi per garantire la continuità terapeutica in seguito alla sospensione sopra descritta. In seguito alle indicazioni della Regione Marche con nota n. 523/2020 in cui sono stati ridefiniti gli spazi per garantire le norme corrette di distanziamento sociale per il ripristino delle attività ospedaliere (2,5 m² ad personam), non è stato

possibile continuare i trattamenti fisioterapici e logopedici di gruppo per i pazienti con m. di Parkinson, i quali afferiscono al servizio di Medicina Riabilitativa ormai da circa vent'anni. Successivamente, l'ulteriore nota del 16 aprile n. 402010 della Regione Marche ha definito l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali a carico del SSN effettuabili in videoconsulenza per evitare il rischio di contagio, evitando, quindi, di far accedere il paziente all'ambulatorio. La videoconsulenza avviene attraverso le modalità concordate tra il professionista/azienda e il paziente; eventuali comunicazioni sono inviate alla mail dell'assistito rispettando quanto previsto dalla normativa sulla privacy. Considerata, quest'ultima nota, all'INRCA è stata stilata una nuova procedura aziendale (20/10/2020) per gestire la tele-riabilitazione ambulatoriale.

La presa in carico del paziente prevede un approccio multidisciplinare (medico specialista-fisioterapista-logopedista- psicologa); il trattamento avviene per un primo incontro in presenza per lo svolgimento delle pratiche burocratiche (impegnativa, acquisizione dati del paziente, compilazione cartella, consenso al trattamento); poi le sedute riabilitative avvengono a distanza su piattaforma Teams.

Una problematica riscontrata durante la stesura di questa procedura è stata la redazione del modello del consenso informato al trattamento, in quanto i trattamenti riabilitativi in tele-riabilitazione avvengono in assenza del professionista sanitario e pertanto la modalità di svolgimento di esercizi a distanza implica un livello di sicurezza sostanzialmente inferiore rispetto alla modalità in presenza in quanto:

- L'assenza fisica del terapeuta incrementa il rischio di esito sfavorevole o addirittura, può aumentare il rischio di lesioni;

- La mancata supervisione degli ambienti domestici, da parte del terapeuta, in cui saranno svolti gli esercizi, comporta un rischio di caduta del paziente, in misura maggiore rispetto a quello stimato negli ambienti ospedalieri adibiti alla riabilitazione in presenza;
- Anche un caregiver, opportunamente formato ed addestrato, potrebbe eseguire manovre scorrette mettendo a serio rischio la sicurezza dell'assistito;
- Eventuali interruzioni/rallentamenti di connessione, non dipendenti dalla piattaforma Teams aziendale, potrebbero essere causa di una non buona riuscita della seduta di tele-riabilitazione.

Inoltre, è stato redatto un opuscolo in cui sono contenuti tutti gli esercizi proposti durante le sedute in tele-riabilitazione e anche le note informative specifiche, elencate sopra.

Attualmente sono stati formati 8 gruppi da 4 pazienti; la scelta di formare piccoli gruppi è dettata dall'esigenza di seguire da remoto il paziente con difficoltà e per permettere una buona visualizzazione dello schermo digitale; l'assistito viene invitato a partecipare al team riabilitativo su piattaforma Teams, tramite il link che riceve sul proprio contatto mail secondo le normative vigenti sulla privacy; alcuni incontri sono stati organizzati in orario pomeridiano per favorire la presenza di un caregiver per coloro che necessitano maggiore supervisione e assistenza nell'uso dello strumento tecnologico; l'azienda ha fornito dei monitor più grandi per garantire l'ampiezza della visualizzazione dei partecipanti alla riunione su piattaforma Teams, le professioniste sanitarie che lavorano in tele-riabilitazione sono state munite di cuffia audio con microfono incorporato per garantire la qualità del sistema audio e la corretta gestione vocale delle operatrici contrastandone gli effetti negativi da

eventuale surmenage e malmenage vocale; è stata garantita l'attivazione di più gruppi di pazienti grazie alla collaborazione della Logopedista del POR di Fermo, in quanto attualmente al POR di Ancona è presente una sola unità di Logopedista in quanto la seconda unità assente per maternità.

Teleriabilitazione e tirocinio del CdL in Logopedia UNIVPM

Grazie alla teleriabilitazione attivata dall'INRCA è stata offerta la possibilità agli studenti del CdL In Logopedia dell'Università Politecnica delle Marche di proseguire il tirocinio formativo da remoto.

L'evoluzione della situazione di emergenza relativa alla diffusione del COVID-19, ha portato al succedersi di vari provvedimenti normativi restrittivi in tutte le attività del Paese. Per quanto riguarda le attività didattiche formative, il governo italiano ha emanato dei provvedimenti normativi (DL 8 aprile 2020 n°22, DPCM 10 aprile 2020) che hanno esteso la necessità di implementare la modalità di svolgimento a distanza, già previste per la didattica frontale e per gli esami di profitto e di laurea, alle attività pratiche del tirocinio delle professioni sanitarie e medica.

I corsi di Laurea Professionalizzanti quali Logopedia, Fisioterapia Infermieristica etc., hanno dovuto affrontare, durante l'emergenza, questo ulteriore svantaggio legato allo svolgimento del tirocinio formativo. Infatti, particolare attenzione è rivolta proprio all'acquisizione e allo sviluppo di competenze e abilità pratiche da ottenere attraverso l'inserimento dello studente in contesti lavorativi specifici (Aziende Ospedaliere, Centri riabilitativi ambulatoriali, centri privati accreditati con il SSN). In questa formazione lo studente viene a contatto diretto con l'ambiente lavorativo, diversi professionisti sanitari e soprattutto con i pazienti e viene seguito direttamente da una guida di tirocinio che lavora in sede. In base all'anno di corso frequentato dallo studente gli obiettivi da

raggiungere con il tirocinio clinico sono diversi. Ciò non è stato possibile garantire a causa di un elevato rischio di contagio da COVID-19.

Vista la centralità del ruolo del tirocinio e di tutte le attività Didattiche Elettive e le restrizioni dettate dallo stato di emergenza è stato necessario e fondamentale attivare anche per il tirocinio formativo una didattica a distanza che venisse incontro quanto possibile alle necessità formative degli studenti e al raggiungimento di obiettivi curriculari specifici.

Dal mese di novembre 2020, gli studenti del CdL in Logopedia, a turnazione, hanno iniziato ad assistere alle sedute di trattamento in teleriabilitazione accedendo ai team creati dalle logopediste dei POR di Ancona e Fermo, partecipando con videocamera e microfono disattivati in modo da non disturbare i trattamenti e permettere alla piattaforma di funzionare con una migliore performance, la possibilità di interazione con le guide di tirocinio avviene in momenti di breafing e debriefing, in modalità asincrona dal trattamento riabilitativo.

Ciò ha rappresentato una preziosa opportunità, favorendo la continuità del tirocinio formativo, garantendo l'acquisizione dei CFU specifici per ogni anno di corso e una formazione professionale di qualità, approfondendo così una patologia, purtroppo, molto diffusa nell'età geriatrica come la riabilitazione del paziente parkinsoniano.

Inoltre, la stretta collaborazione tra INRCA e UNIVPM rappresenta per tutti un'occasione di crescita professionale e un'assunzione di responsabilità verso coloro i quali saranno i futuri professionisti al servizio di cura della persona anziana.

BIBLIOGRAFIA

- www.inrca.it
- www.parkinsonmache.it
- www.regionemarche.it

- www.univpm.it
- Ministero della Salute, "Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali"
- F. Menabue e C. Lamberti "la Telemedicina: strumento di innovazione tecnologica e culturale"
- A. Cantagallo "Teleriabilitazione e ausili: la tecnologia in aiuto alla persona con disturbi neuropsicologici"
- L. Sannicelli, C. Nozzoli "La procedura comunicativa Calgary- Cambridge"
- Materiale sul consulto fisioterapico a distanza messo a disposizione da AIFI
- Covid-19: guide for rapid implementation of remote consultations, sito ufficiale della Chartered Society of Physiotherapy (www.cps.org.uk)
- Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19, documento presente nel sito ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità

Televisite e lavoratori fragili

Oriano Mercante¹, Elisa Mercante², Giulia Mercante³

¹Medico del Lavoro - Osimo - ²Medico Chirurgo - Bologna - ³Medico Chirurgo - Osimo

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 sociosanitarie 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.

In particolar modo la pandemia di COVID-19, con le relative limitazioni di movimento e la limitazione delle prestazioni effettuabili (es. spirometria) ha messo in evidenza, così come avvenuto per il telelavoro, la necessità di nuove metodologie di visita, in particolar modo quando si tratta di lavoratori fragili. Infatti, al lavoratore fragile, per cui è spesso prescritto ove possibile il telelavoro e in caso di impossibilità addirittura la permanenza a domicilio con certificazione INPS, è altamente inopportuno che si rechi in un ambulatorio di Medicina del Lavoro per la visita periodica o straordinaria per essere dichiarato lavoratore fragile ed usufruire dei benefici di legge.

Parole chiave: telemedicina, televisita, servizi digitali, pandemia COVID-19, lavoratore fragile.

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.

In particular, the COVID-19 pandemic, with the relative limitations of movement and the limitation of the performances that can be performed (eg spirometry), has highlighted, as happened for teleworking, the need for new visit methods, especially when it comes to fragile workers. In fact, the frail worker, for whom teleworking is often prescribed where possible and in case of impossibility even staying at home with INPS certification, it is highly inappropriate to go to an Occupational Medicine clinic for periodic or extraordinary visits to be declared fragile worker and take advantage of the legal benefits.

Keywords: telemedicine, tele-visit, digital services, COVID-19 pandemic, vulnerable worker.

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 sociosanitarie 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.

In particolar modo la pandemia di COVID-19, con le relative limitazioni di movimento e la limitazione delle prestazioni effettuabili (es. spirometria) ha messo in evidenza, così come avvenuto per il

telelavoro, la necessità di nuove metodologie di visita, in particolar modo quando si tratta di lavoratori fragili.

Infatti, al lavoratore fragile, per cui è spesso prescritto ove possibile il telelavoro e in caso di impossibilità addirittura la permanenza a domicilio con certificazione INPS, è altamente inopportuno che si rechi in un ambulatorio di Medicina del Lavoro per la visita periodica o straordinaria per essere dichiarato lavoratore fragile ed usufruire dei benefici di legge. La circolare 0028877-04/09/2020-DGPREDGPRE-P disciplina il concetto di lavoratore fragile.

Lavoratori e lavoratrici fragili - Concetto di fragilità
In merito alle "situazioni di particolare fragilità" rilevate dal *Protocollo condiviso* del 24 aprile 2020 le "Indicazioni operative" del Ministero della salute del 29 aprile 2020 sottolineavano l'opportunità che il medico competente fosse coinvolto nella identificazione dei soggetti con particolari situazioni di fragilità raccomandando di porre particolare attenzione ai soggetti fragili anche in relazione all'età. All'epoca, in merito a tali situazioni di

fragilità i dati epidemiologici rilevavano una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione (>55 anni di età), nonché in presenza di co-morbilità tali da caratterizzare una condizione di maggiore rischio. Come riportato nel *Documento Tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-Co V-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione*~ approvato dal Comitato Tecnico Scientifico di cui all'OCDCPC n. 630 del 2020, e pubblicato dall'INAIL in data 23 aprile 2020.

I dati epidemiologici recenti hanno chiaramente mostrato una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione in presenza di alcune tipologie di malattie cronico degenerative (ad es. patologie cardiovascolari, respiratorie e dismetaboliche) che, in caso di comorbilità con l'infezione da SARS-Co V -2, possono influenzare negativamente la gravità e l'esito della patologia. Nello specifico, i dati più consolidati prodotti dal sistema di sorveglianza epidemiologica gestito dall'Istituto Superiore di Sanità nonché quelli derivanti dall'analisi secondaria sulle cartelle sanitarie dei pazienti deceduti, hanno messo in evidenza i seguenti aspetti:

- il rischio di contagio da SARS-Co V -2 non è significativamente differente nelle differenti fasce di età lavorativa;
- il 96, 1% dei soggetti deceduti presenta una o più comorbilità e precisamente: il 13,9% presentava una patologia, il 20,4% due patologie, il 61,8% presentava tre o più patologie;
- le patologie più frequenti erano rappresentate da n1alattie cronico-degenerative a carico degli apparati cardiovascolare, respiratorio, renale e da malattie dismetaboliche;
- l'andamento crescente dell'incidenza della mortalità all'aumentare dell'età è correlabile alla prevalenza maggiore di tali patologie nelle fasce più elevate dell'età lavorativa;
- in aggiunta alle patologie sopra indicate, sono state riscontrate comorbilità di rilievo, quali quelle a carico del sistema immunitario e quelle oncologiche, non necessariamente correlabili all'aumentare dell'età.

Tali evidenze sono coerenti con la letteratura scientifica prevalente e con i pronunciamenti di alcune tra le più importanti Agenzie regolatorie internazionali.

Il concetto di fragilità va dunque individuato in quelle condizioni dello stato di salute del lavoratore/lavoratrice rispetto alle patologie preesistenti che potrebbero detenerlo, in caso di infezione, un esito più grave o infausto e può evolversi sulla base di nuove conoscenze scientifiche sia di tipo epidemiologico sia di tipo clinico.

Con specifico riferimento all'età, va chiarito che tale parametro, da solo, anche sulla base delle evidenze scientifiche, non costituisce elemento sufficiente per definire uno stato di fragilità nelle fasce di età

lavorative. Peraltro, se quale parametro venisse individuata la sola età, non sarebbe necessaria una valutazione medica per accertare la condizione di fragilità: non è, infatti, rilevabile alcun automatismo fra le caratteristiche anagrafiche e di salute del lavoratore e la eventuale condizione di fragilità; in tale contesto, la "maggiore fragilità" nelle fasce di età più elevate della popolazione va intesa congiuntamente alla presenza di comorbilità che possono integrare una condizione di maggior rischio.

I servizi di Telemedicina

I servizi di Telemedicina possono essere classificati nelle seguenti macrocategorie:

- **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 socioassistenziale 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 soc con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale.

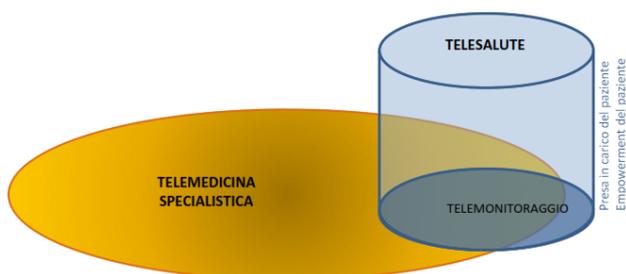
Classificazione dei servizi di Telemedicina

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, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
TELE SALUTE		sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
TELE ASSISTENZA		socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e 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 del curare nella direzione del prendersi cura (medicina di iniziativa).

TELEMEDICINA SPECIALISTICA			FINALITA'				RELAZIONE*				
PAZIENTI	AMBITO		Monitoraggio	Prevenzione	Diagnosi	Cura	Riabilitazione	B2C	B2B2C	B2B	
TELEMEDICINA DEI MEDICI SPECIALISTI	tutti	sanitario	TelePatologia (Laboratorio Biomedico e Anatomia Patologica)								
			TeleRadiologia								
			TeleCardiologia								
			TelePneumologia								
			TeleDermatologia								
			TeleOftalmologia								
			TelePsichiatria/TelePsicologia								
			TeleNeurologia								
			TeleChirurgia								
			TeleEmergenza								
TELEMEDICINA del TERRITORIO			TeleRiabilitazione								
			TelePediatria								
			**								
			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:

a) 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;

b) 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:

a) essere abilitati e iscritti all'Albo Professionale ed essere specialisti nella disciplina medica per la quale si intendono erogare servizi di Telemedicina specialistica;

b) 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 Skype (versione gratuita) con collegamento audio e video (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 o

contestualmente attraverso la funzione di invio file di Skype. Precedentemente, in tutti i casi in cui non c'era l'intermediazione di altro sanitario è stato richiesto un consenso scritto per l'esecuzione della tele visita e comunque un referto medico, anche del medico di famiglia, con i principali parametri clinici e notizie anamnestiche. Tuttavia, date le mutate necessità in seguito a pandemia da COVID-19, si richiede al lavoratore la sola rilevazione, anche in autonomia data la presenza di sfigmanometri automatici a basso costo sul mercato, dei parametri vitali pressione, pulsazioni e temperature e l'invio di eventuale documentazione medica.

FUNZIONI, ORGANI ED APPARATI ESAMINABILI

- funzioni simboliche superiori;
- pressione arteriosa (spesso disponibile sfigmanometro elettronico in ogni abitazione);
- frequenza cardiaca;
- temperatura corporea;
- esame cute;
- esame mucosa orale e congiuntivale;
- alterazioni grossolane e mobilità dell'apparato muscoloscheletrico;
- punti dolenti (con l'aiuto di altra persona);
- deficit neurologici grossolani;
- saturimetria (se disponibile saturimetro);
- auscultazione cardiaca e toracica (se disponibile apposito device collegabile allo smartphone).

RISULTATI

Dopo il periodo di implementazione della tele visita, dal giugno 2019 le tele visite sono andate a regime nel 2020 con la pandemia COVID-19.



Esempio di tele visita registrata

Un incremento notevolissimo di tele visite c'è stato nei mesi di marzo e aprile 2020, quando erano

sconsigliati gli spostamenti anche per le visite e molti colleghi avevano sospeso la loro attività probabilmente per fraintendimento delle circolari ministeriali o anche per loro timore personale di essere contagiati.

È con il *Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro del 14 marzo 2020* che viene ribadita l'importanza della prosecuzione dell'attività di sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro, in particolare per le visite preventive e straordinaria, quest'ultime in particolar modo per i lavoratori fragili. Permaneva tuttavia un discreto timore nella effettuazione delle visite in presenza, sia da parte dei medici che dei lavoratori, e in molti casi si è preferito sostituirle con tele visite. Qui di seguito tabella e grafico delle tele visite effettuate dal giugno 2019 al 23 dicembre 2020, suddivise per mesi e per sesso.

	2019	M	F	2020	M	F
gennaio				1	1	
febbraio						
marzo				112	49	63
aprile				88	37	51
maggio				39	19	20
giugno	5	1	4	22	7	15
luglio	1		1	19	9	10
agosto	2		2	19	11	8
settembre	3	2	1	13	4	9
ottobre	1		1	15	8	7
novembre	1		1	13	9	4
dicembre	2	1	1	22	13	9
TOTALI	15	4	11	363	167	196

Dati analitici tele visite effettuate

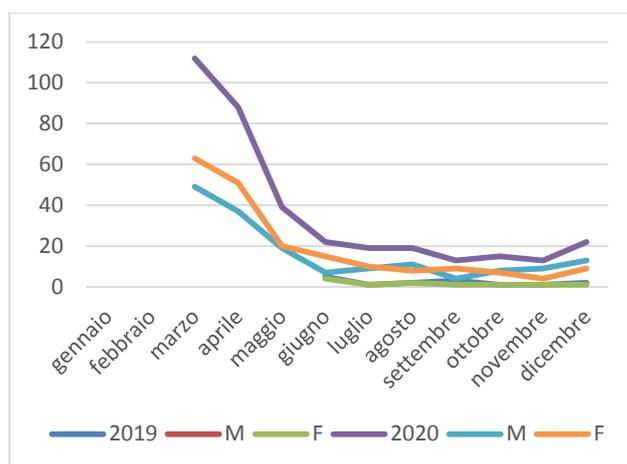


Grafico televisite 2019-2020 per sesso (M-F)

Sono state effettuate, oltre a quelle in presenza, 27 visite per lavoratori fragili, che hanno portato in 4 casi a rilasciare NON IDONEITA' TEMPORANEA PER UN MESE e in 9 casi a prescrivere l'uso di mascherina FFp2 e distanziamento superiore al metro. i

I motivi che hanno spinto alla tele visita 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 qualche caso è stato necessario l'intervento di un familiare o amico del pz per approntare un adeguato collegamento Skype. Problemi tecnici relative alla lentezza connessione si sono verificati in un numero limitato di casi e sono in pochi casi hanno portato al rinvio della visita per cercare una connessione migliore.

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 di visita ed è stato rilasciato certificato di idoneità alla mansione specifica.

Non sono state rilevate problematiche burocratiche, mediche o medico legali a seguito di tali tele visite.

CONCLUSIONI

La telemedicina, e in particolare la tele visita, 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. Particolarmente utile si è rivelata nella recente pandemia da COVID-19.

In tutti i casi riportati non vi sono state problematiche burocratiche, mediche o medico legali che abbiano inficiato il valore della tele visita.

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-SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute - TELEMEDICINA Linee di indirizzo nazionali - http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf (Data di pubblicazione: 17 marzo 2014, ultimo aggiornamento 17 marzo 2014).
2. <http://www.remotehealthcaresystem.com/inquadrimento-strategico-telemedicina/#gref>
3. WHO guideline -recommendations on digital Interventions for health system strengthening. 2019 linee guida Oms allegato 8731988.
4. 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
5. <https://www.babylonhealth.com/> - Babylon 2019 - All rights reserved 60 Sloane Avenue, London SW3 3DD
6. LOMBARDIA DGR 3528 del 05/08/2020 - INDICAZIONI PER L'ATTIVAZIONE DI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEVISITA)

Sostegno alla disabilità nelle scuole ai tempi del coronavirus

Alice Mercante

Giurista, Ancona

RIASSUNTO: La scuola è un servizio non sanitario presente in modo importante nella vita dei disabili e delle loro famiglie. Ha finalità di far socializzare i ragazzi e garantisce la possibilità di inclusione in un contesto diverso e più ampio di quello della famiglia. Nella scuola tutti gli alunni devono avere le stesse opportunità e lo stesso trattamento. La diversità andrebbe vista come una risorsa e come occasione di confronto e di crescita. Per fronteggiare la situazione epidemiologica causata dal Covid-19 sono stati assunti diversi interventi per tutelare la salute degli studenti e del personale scolastico e al contempo salvaguardare il diritto allo studio e l'integrazione. Tali interventi, però, potrebbero invece aver avuto effetti pregiudizievoli in materia di rispetto dei principi costituzionali di uguaglianza e inclusione.

PAROLE CHIAVE: scuola, disabilità, COVID-19

SUMMARY: The school is a non-health service present in an important way in the lives of the disabled and their families. It aims to make children socialize and guarantees the possibility of inclusion in a context that is different and wider than that of the family. In school all pupils must have the same opportunities and the same treatment. Diversity should be seen as a resource and as an opportunity for comparison and growth. To cope with the epidemiological situation caused by Covid-19, various interventions have been taken to protect the health of students and school staff and at the same time safeguard the right to study and integration. These interventions, however, could instead have had detrimental effects in terms of compliance with the constitutional principles of equality and inclusion.

KEYWORDS: school, disability, COVID-19

LA DISABILITÀ NELLE SCUOLE ITALIANE: LA NORMATIVA

La Costituzione della Repubblica Italiana all'art. 3 Cost. recita "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". L'articolo al primo comma disegna un'eguaglianza formale, accompagnata da una eguaglianza sostanziale enunciata nel secondo comma. L'art. 3 c.2 Cost. dispone infatti che "è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli (...) che impediscono il pieno sviluppo della persona umana" sottolineando che non basta l'enunciazione dell'uguaglianza formale, ma occorre che la Repubblica garantisca a tutti le medesime opportunità.

La Costituzione sancisce, inoltre, all'art. 34 Cost che "La scuola è aperta a tutti (...)" e all'art. 38 Cost. che "Gli inabili e i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale".

Dal combinato disposto degli articoli appena enunciati è palese individuare come la Costituzione abbia programmato una scuola che deve essere in grado di garantire il diritto allo studio, valorizzando tutti gli allievi indipendentemente dalle condizioni fisiche e sociali che possono contraddistinguere ciascuno; una scuola profondamente inclusiva, fissando dei principi fondamentali che successivamente, in modo lento e graduale, hanno presupposto la nascita della normativa sull'integrazione.

Prima dell'entrata in vigore della Costituzione Italiana (1948) la Legge Casati (1859) sancì l'obbligatorietà e la gratuità del primo biennio dell'istruzione elementare per tutti con l'obiettivo di abbattere l'analfabetismo (che arrivava a picchi altissimi) ma, in quegli anni, gli allievi con disabilità venivano segregati.

Con il Regolamento Generale del 1928 (R.D. n. 1297 del 26/04/1928) i soggetti diversamente abili non

venivano accolti nella scuola pubblica ma inseriti in strutture speciali. Erano infatti delle strutture assistenziali e religiose che si occupavano di questi ragazzi.

Solo con il R.D. n. 786 del 1933 lo Stato inizia ad assumersi responsabilità verso i soggetti disabili ma tale impegno viene adempiuto con la costituzione di "scuole speciali".

In quegli anni vigeva la distinzione tra "scuole speciali" e "classi differenziali". La Circolare Ministeriale n. 1771/12 dell'11 marzo del 1953 spiega che le scuole speciali per i minorati erano "istituti scolastici appositamente istituiti nei quali viene impartito l'insegnamento elementare ai fanciulli aventi determinate minorazioni fisiche o psichiche ed istituti nei quali vengono adottati speciali metodi didattici per l'insegnamento ai ragazzi anormali" (es. scuole Montessori). Le classi differenziali erano classi presso le scuole elementari comuni (quindi non istituti a scolastici a sé stanti) e composte da alunni instabili, nervosi, tardivi, instabili che, viste le loro difficoltà e i loro ritmi, raggiungerebbero un livello migliore di insegnamento solo se questo venisse impartito con forme e modi diversi dal resto degli altri ragazzi.

Con la l. 1859/1962 e l'istituzione della scuola media unica (obbligatoria e gratuita) gli alunni con difficoltà erano comunque segregati e differenziati in apposite classi con insegnanti dedicati.

Contestazioni a tali sistemi si sono avute solo negli anni 70. La l. 118/1971 prevede l'istruzione dei disabili nella scuola pubblica, e tale decisione rivelò subito la necessità di predisporre personale qualificato e altresì la necessità di coinvolgere nel sistema non solo la scuola, ma anche la sanità, la famiglia e gli enti locali.

La Senatrice Franca Falcucci presiedette la commissione parlamentare sui problemi scolastici degli alunni handicappati tenutasi nel 1975 nel corso della VI Legislatura del Governo Aldo Moro. Il "documento Falcucci" divenne una pietra miliare per l'integrazione dei soggetti disabili. Si affermava che non basta accogliere l'alunno, occorre integrarlo. Per superare l'emarginazione dei ragazzi disabili era necessario passare per un nuovo modo di concepire la scuola al fine di accogliere veramente ogni alunno e favorire il suo sviluppo personale.

La legge 517/1977 finalmente abolì le scuole speciali e determinò l'integrazione nelle classi comuni degli alunni disabili. Prevede altresì una maggiore attenzione alle esigenze dei singoli alunni (non solo quelli disabili) introducendo forme particolari di sostegno di vario tipo e fra le quali anche l'individuazione di soggetti specializzati: gli insegnanti di sostegno.

Nel 1987 la frequenza scolastica dei disabili nella scuola comune è stata estesa anche alla scuola secondaria di secondo grado. Tale diritto, pieno e incondizionato, a frequentare le scuole di ogni ordine e grado indipendentemente dal tipo e dalla gravità della minorazione, è stato confermato anche dalla Corte Costituzionale con una sentenza dello stesso anno (Sent. N. 215/1987).

È con la l. 104/1992 "Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" che vengono organicamente riunite tutte le disposizioni relative all'integrazione dei portatori di Handicap. In tale disposizione si prevede come l'educazione scolastica nei confronti del disabile sia effettuata attraverso un percorso individualizzato e al quale partecipano vari soggetti istituzionali (scuola, famiglia, assistenti sociali, sanità) al fine di coordinare l'aspetto riabilitativo, sanitario, di socializzazione ed educativo. Vengono

creati appositi documenti e strumenti (ad esempio il P.E.I. (Piano Educativo Individualizzato)) per realizzare progetti personalizzati al fine di potenziare l'apprendimento e l'autonomia del ragazzo.

Negli anni si sono poi susseguite ulteriori disposizioni legislative in materia di integrazione scolastica in quanto si tratta di un processo ampio ed articolato che coinvolge l'intero sistema scolastico-educativo-sociale-politico.

Merita citazione la l. 170/2010 con la quale si sono individuate "Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) in ambito scolastico" e la Direttiva Ministeriale del 2012 che precisa in merito agli "Strumenti di intervento per alunni con Bisogni Educativi Speciali (BES) e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica".

Ulteriori disposizioni normative hanno previsto nuove indicazioni in materia di integrazione scolastica (d.lgs. 63/2017, d.lgs. 66/2017, decreto inclusione 2017-2019) tutti con il medesimo scopo di garantire ai ragazzi problematici il sostegno e l'assistenza di cui hanno bisogno al fine di favorire i progressi sia scolastici che nella vita di comunità.

DISPOSIZIONI NAZIONALI IN MATERIA DI TUTELA DELLA DISABILITÀ NELLE SCUOLE AI TEMPI DEL CORONAVIRUS

Le prime misure attuate a seguito dell'emergenza sanitaria da COVID-19 sono state introdotte il 23 febbraio con il D.L. 6/2020 che aveva previsto la possibilità di sospensione, con DPCM, del funzionamento dei servizi educativi dell'infanzia, delle istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione e degli istituti di formazione superiore, compresa quella universitaria, nonché la sospensione dei viaggi di istruzione, sia sul territorio nazionale,

sia all'estero (art. 1, co. 2, lett. d) ed f). Al contempo è stata attivata la didattica a distanza.

A seguire, erano dunque intervenuti vari DPCM che avevano progressivamente dettagliato ed esteso, in termini temporali e territoriali, tali previsioni.

In particolare, il DPCM 4 marzo 2020 aveva stabilito che sull'intero territorio nazionale, a decorrere dal 5 marzo 2020 (e fino al 15 marzo 2020) erano sospesi, fra l'altro, i servizi educativi per l'infanzia e le attività didattiche in presenza nelle scuole di ogni ordine e grado prevedendo altresì che, per tutta la durata della sospensione, i dirigenti scolastici dovevano attivare modalità di didattica a distanza avuto anche riguardo alle specifiche esigenze degli studenti con disabilità.

Tali disposizioni sono poi state prolungate da tutti i successivi DPCM che circa ogni due settimane prorogavano le sospensioni previste (con eccezioni in merito agli esami di stato e di qualifica).

In tale periodo sono stati altresì stanziati vari fondi e varie risorse per implementare l'innovazione digitale e consentire alle scuole statali di dotarsi di piattaforme e di strumenti digitali utili per l'apprendimento a distanza (o di potenziare quelli già in dotazione) e per mettere a disposizione degli studenti meno abbienti, in comodato d'uso, dispositivi digitali individuali per la fruizione delle medesime piattaforme, nonché alla necessaria connettività di rete.

Nel prosieguo, sono state introdotte varie disposizioni volte a garantire la ripresa in sicurezza delle attività didattiche in presenza. Tale modalità didattica, però, è durata ben poco.

Sfortunatamente, visto il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e visto l'incremento dei casi

sul territorio nazionale, sono state progressivamente introdotte nuove disposizioni, in particolare volte a limitare le attività didattiche in presenza.

Nello specifico, è dapprima intervenuto il DPCM 7 agosto 2020, poi il DPCM 7 settembre 2020, in seguito il DPCM del 13 ottobre 2020 e quello del 18 ottobre 2020 ed infine il DPCM del 24 ottobre 2020 (applicato fino al 5 novembre 2020). Quest'ultimo è poi stato sostituito dal DPCM del 3 novembre 2020, le cui disposizioni trovano applicazione dal 6 novembre al 3 dicembre 2020.

In particolare, per quanto concerne la scuola, dal 6 novembre 2020 al 3 dicembre 2020, su tutto il territorio nazionale, il 100% delle attività nelle scuole di istruzione secondaria di secondo grado si svolge tramite il ricorso alla DID - didattica digitale integrata (che sostituisce nell'acronimo la DAD di marzo-giugno).

Resta salva la possibilità di svolgere attività in presenza per l'uso dei laboratori (specialmente negli istituti professionali) e per garantire l'inclusione scolastica degli alunni con disabilità e, in generale, con bisogni educativi speciali.

In particolare, i dirigenti scolastici, unitamente ai docenti delle classi interessate e ai docenti di sostegno, in raccordo con le famiglie, favorisco la frequenza in presenza dell'alunno con disabilità, in coerenza col PEI, nell'ambito del coinvolgimento anche, ove possibile, di un gruppo di allievi della classe di riferimento e valutano, inoltre, se attivare misure per garantire la frequenza in presenza agli alunni con altri bisogni educativi speciali.

Nella scuola in presenza l'obbligo dell'uso della mascherina per il personale scolastico e per gli studenti di almeno sei anni permane con una precisazione. Il Comitato Tecnico Scientifico (nel

verbale n. 94 del 7 luglio 2020 e nella riunione dell'8 novembre 2020) ha ricordato che la mascherina deve essere indossata sempre da chiunque sia presente sia a scuola che nelle pertinenze e indipendentemente dalle condizioni di distanza, salvo che per i soggetti con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina.

Vista tale eccezione, per il personale che interagisce con alunni e alunne con disabilità, soprattutto se non utilizzano la mascherina, si potrà prevedere, in aggiunta alla mascherina, l'utilizzo di ulteriori dispositivi di protezione individuali per occhi, viso e mucose, tenendo conto della tipologia di disabilità e di ulteriori indicazioni fornite dalla famiglia dell'alunno/studente o dal medico.

Inoltre, l'ordinanza del Ministro dell'Istruzione n.134/2020 ha posto l'attenzione sugli alunni con patologie gravi e immunodepressi per i quali rischio di contagio da Coronavirus può risultare particolarmente pericoloso. Per tali soggetti è stata introdotta la possibilità di accedere alla DID su richiesta delle famiglie, restando comunque garantita l'attività didattica in presenza agli studenti con disabilità certificata che non presentino la predetta condizione di grave patologia o immunodepressione.

Nell'osservanza dei principi di autonomia organizzativa e didattica del mondo scolastico, al fine di garantire come effettivo il diritto allo studio e l'inclusione ed evitare discriminazioni e disparità, possono essere adottate varie iniziative.

Il Ministero dell'Istruzione è consapevole che l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità deve essere un punto di forza della scuola italiana quale base di partenza per una crescita individuale e sociale e specchio di una società accogliente.

È fondamentale, quindi, che una Didattica Integrale Digitale realizzi l'inclusione scolastica dei ragazzi disabili e tale possibilità deve essere garantita dalle normative, dai dirigenti scolastici, dai docenti curricolari e di sostegno, in accordo con le famiglie, gli enti locali e nel rispetto e in coerenza con il PEI.

PROBLEMATICHE RELATIVE AL SOSTEGNO DEI DISABILI NELLE SCUOLE AI TEMPI DEL CORONAVIRUS

Gli alunni disabili rappresentano una fetta sempre più ampia degli studenti italiani.

Nell'anno scolastico 2019-2020 sono quasi 300 mila gli alunni con disabilità e rappresentano circa il 3,5% degli iscritti totali. La disabilità può essere di vario tipo: ragazzi con ritardi, disabilità di tipo fisico, motorio o visivo, deficit di tipo intellettivo, affettivo, relazionale, di linguaggio, apprendimento o attenzione.

In questo periodo di emergenza sanitaria, oltre alle problematiche classiche della scuola (a titolo esemplificativo meritano citazione: la carenza di figure specializzate e i problemi relativi all'edilizia scolastica inaccessibile ad alcuni disabili) si sono affiancate anche problematiche relative alla differenziazione e alla mancanza di inclusione.

L'istruzione e la scuola in particolare è stato un settore duramente colpito dalla pandemia.

Lo smartworking e la didattica a distanza come modalità esclusiva di insegnamento non erano concepiti prima del 2020. Questa nuova tipologia di scuola si è affidata alla buona volontà degli insegnanti e dei dirigenti scolastici per superare le molteplici difficoltà pratiche e per soddisfare i bisogni e le necessità degli studenti. L'insegnamento tramite didattica a distanza (DAD) che è stato reso obbligatorio nell'anno scolastico 2019-2020 per il

periodo marzo-giugno, non è un obbligo contrattuale degli insegnanti, non è compreso nel contratto nazionale: è un extra richiesto ai docenti. Nella maggior parte dei casi i docenti, con i loro mezzi (computer, connessione privata ecc) e senza avere la preparazione adeguata (pensiamo ai docenti più anziani) hanno svolto tale attività spinti da un forte senso del dovere.

Per l'anno scolastico 2020-2021 la situazione non è cambiata: il nuovo DPCM del 4 novembre 2020 ha infatti previsto il passaggio da DAD a DID, semplicemente sostituendo l'acronimo precedente.

Con tale DPCM viene ufficialmente prevista la DID al 100% per le scuole superiori, in tutto il Paese. La presenza è garantita per le attività di laboratorio, previste in linea di massimo negli istituti professionali, e per gli studenti disabili.

Quando si svolgono le lezioni in presenza, viene disposto l'utilizzo della mascherina anche al banco, obbligo finora non previsto: il decreto parla di dispositivi protettivi in tutti i luoghi chiusi che non siano abitazioni private. Sono esclusi dal provvedimento i bambini al di sotto dei sei anni e i ragazzi che hanno problemi respiratori o patologie incompatibili con l'uso della mascherina (come indicato precedentemente nel verbale del Comitato Tecnico Scientifico).

Nel decreto viene assicurata altresì la possibilità, per gli studenti disabili per i quali è prevista la scuola in presenza, di non stare a lezione da soli, ma di essere raggruppati in piccoli gruppi per facilitarne l'integrazione. Questa possibilità potrebbe (e in alcuni casi lo ha fatto) creare un effetto paradossale. Nella pratica, gli istituti sono a rischio di trasformarsi in "scuole speciali", frequentate da soli studenti con disabilità o con particolari problematiche (ragazzi BES, con Bisogni Educativi Speciali) insieme ai docenti

di sostegno, senza la presenza dei compagni di classe, collegati in DID.

Emerge quindi il problema di una differenziazione e di una mancata inclusione in quelle scuole dove gli studenti disabili frequentano le lezioni in presenza e vengono collocati in classi vuote con il solo docente di sostegno, senza l'integrazione in un contesto classe o addirittura casi in cui gli studenti disabili vengono messi tutti nella stessa aula, creando una specie di classe "speciale", regredendo ad una situazione pre-legge 517/1977.

In questa fase di sospensione delle attività in presenza per la totalità dei ragazzi ad eccezione dei ragazzi BES e disabili, diventa quindi di non facile soluzione per le scuole trovare una corretta organizzazione della didattica che non crei una disparità e che garantisca l'inclusione scolastica.

Va ribadito che la scuola è un servizio non sanitario presente in modo importante nella vita dei disabili e delle loro famiglie, con finalità di socializzazione e con possibilità d'inclusione in un contesto più ampio di quello della famiglia.

Sarebbe utile, quindi, il rafforzamento della rete sociale attraverso il potenziamento della collaborazione tra famiglie, medici, servizi sociali comunali, scuole, centri di riabilitazione, realtà aggregative e sportive, associazioni e organizzazioni di volontariato al fine di consentire al disabile l'aggiornamento dei piani di supporto e la socialità di cui necessita.

Un'ulteriore puntualizzazione, seppur brevissima, va fatta in merito alla figura del docente di sostegno. Molti docenti di sostegno lamentano una

differenziazione e una disparità di trattamento rispetto ai docenti curricolari. Questi ultimi, infatti, hanno la possibilità di tenere le loro lezioni (in DID) direttamente dalla propria abitazione, senza doversi recare fisicamente a scuola e senza dover stare a contatto con altre persone (nei mezzi pubblici di trasporto, a scuola col personale scolastico ausiliario, con gli alunni disabili presenti ecc). Il docente di sostegno, invece, al fine di supportare il ragazzo disabile, deve garantire la sua presenza a scuola e soggiacere ai rischi derivanti dalla situazione. Come indicato in precedenza, a volte i ragazzi disabili possono non indossare la mascherina (proprio in ragione della loro disabilità) e spesso non è facile per il docente di sostegno mantenere la distanza di sicurezza al fine di diminuire la possibilità di contagio.

I docenti di sostegno, spesso, proprio alla luce della disabilità che colpisce il ragazzo, passano molto tempo in stretto contatto con il ragazzo disabile. Pertanto, la problematica della sicurezza sanitaria dei docenti di sostegno a contatto con il disabile senza mascherina è stata fortemente sentita lamentando una situazione di disuguaglianza rispetto ai colleghi curricolari.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Costituzione della Repubblica Italiana (artt. 3, 34, 38 Cost.)
- Legge Casati del 1859, R.D. n. 1297 del 1928, R.D. n. 786 del 1933, legge 118/1971, Documento Falcucci, legge 517/1977, legge 104/1992, legge 170/2010, Vari DPCM che si sono susseguiti da marzo 2020.
- www.camera.it
- https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1218064.pdf?_1590338246360
- <https://www.miur.gov.it/alumni-con-disabilita>
- FAQ del ministero dell'istruzione
- www.istat.it
- Verbali del Comitato Tecnico Scientifico
<https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/verbale++CTS+n.94+del+07-07-2020-+stralcio.pdf/ef4db1df-dfdef10a-d3e3-04741ba50cd9?t=1596095168411>

Suggerimenti ingegneristici per il corona virus

¹Michele Calderigi, ²Giulia Mercante

¹Ingegnere Edile - Ancona, ²Medico - Ancona

RIASSUNTO

Nel presente articolo vengo brevemente trattati i principali problemi che hanno reso difficoltoso il riadattamento delle strutture secondo le norme per il COVID-19. Si riportano le principali soluzioni utilizzate; con uno sguardo a cosa cambiare nei futuri progetti edilizi per non ritrovarsi con analoghi problemi di conversione degli spazi per future esigenze lavorative e sanitarie.

Parole chiave: COVID-19, SARS-CoV-2, edilizia, ridistribuire, spazi interni, prefabbricato

ABSTRACT

In this article, the main problems that have made difficult to readjust the structures according to the rules for COVID-19 are briefly treated. The main solutions used are reported; with a look at what to change in future building projects so as not to end up with similar problems of converting spaces for future work and health needs.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, construction, redistribute, interior spaces, prefabricated

INTRODUZIONE

L'emergenza pandemica dovuta alla diffusione del COVID-19 in tutto il mondo ha cambiato radicalmente il nostro modo di vivere. Il cambiamento non si è limitato agli spostamenti e alla vita sociale individuale, ma ha influenzato drasticamente anche le modalità di esecuzione di molte professioni, così come i rapporti e gli spazi nei luoghi di lavoro. Tale cambiamento si è ripercosso quindi sull'edilizia, facendo emergere alcune vulnerabilità delle strutture moderne, spingendo l'attenzione su nuovi concetti e necessità a cui prima non si dava peso.

INGENERIA: DA STATICA A DINAMICA

Negli ultimi anni l'ingegneria edile ha dato sempre più peso alla progettazione degli spazi interni di un edificio, organizzando quest'ultimi in maniera sempre più meticolosa e ottimizzata, al fine di migliorare la produttività e l'efficienza dei luoghi di lavoro.

Questo meccanismo ha portato allo sfruttamento quasi totale delle aree destinate al lavoro e fino all'avvento della pandemia è stato possibile

misurarne solo i vantaggi. Tuttavia, in un momento in cui riorganizzare le aree di lavoro diventa fondamentale e in cui all'ottimizzazione degli spazi si deve preferire il distanziamento sociale, molte strutture sono risultate inadeguate sotto tale punto di vista. Si sono pertanto dimostrate inefficienti tutte quelle scelte progettuali che hanno previsto l'utilizzo di divisorii interni non rimovibili se non a seguito di importanti opere di edilizia, soggette quindi a permessi urbanistici e a lunghi iter burocratici. Sono invece state premiate tutte le scelte progettuali che hanno visto l'utilizzo di materiali più leggeri, come pareti poste in opera a secco, le quali si sono dimostrate molto più versatili e facilmente riadattabili, favorendo così l'utilizzo dei luoghi di lavoro anche a seguito delle leggi per la prevenzione della diffusione del virus.

In questa ottica, la progettazione di futuri edifici, ed in particolar modo l'organizzazione degli spazi interni, dovrebbe essere pensata in maniera dinamica, ossia non solo finalizzata alla massima efficienza dello spazio, ma anche in un'ottica di flessibilità e riadattamento dei locali, lasciando

aperte possibilità di cambiamento in base a future esigenze di riorganizzazione dovute ad alternativi utilizzi dello stabile, al variare delle leggi o a ulteriori norme di distanziamento in possibilità di altre pandemie o esigenze sanitarie.

NUOVO CONCETTO DELL'ALTRO

L'ingegneria e gli edifici in generale sono lo specchio della società e dunque dell'individuo. Nella nuova società che si sta andando a delineare, la paura dell'altro sembra essere un concetto fondamentale e egli spazi interni, così come gli edifici in generale, devono adeguarsi a questo nuovo concetto.

La paura dell'altro intesa come paura che un'altra persona possa contagiarci o che noi stessi possiamo essere causa di contagio, e quindi danno, ad un'altra persona, determina una nuova idea di ambiente di lavoro, di condivisione degli spazi, delle aree comuni e di relax.⁽¹⁾

RIVALUTAZIONE DEGLI SPAZI

Negli ultimi anni, per favorire il lavoro di gruppo e l'interazione tra le varie figure professionali, si sono spinte le scelte progettuali verso soluzioni "open space", con più professionisti nella stessa stanza o addirittura nella stessa scrivania, con postazioni affiancate o ad isola, o ancora grandi tavoli dove più professionisti possano contemporaneamente confrontarsi e lavorare. L'utilizzo di questi spazi condivisi ha permesso di ridurre notevolmente lo spazio utilizzato per le postazioni di lavoro. Il passaggio da uffici singoli o doppi, ad aree di lavoro comuni, ha reso tuttavia difficoltoso il riadattamento degli spazi secondo le norme COVID-19.

Contemporaneamente molte società, al fine di migliorare la qualità della vita dei propri dipendenti e di conseguenza la loro produttività, hanno cominciato a fornire servizi aggiuntivi come mense e aree relax. Tali spazi, tuttavia, non essendo obbligatori e seguendo sempre un'ottica di ottimizzazione degli spazi, si sono dimostrati non adatti al loro utilizzo

durante la pandemia, a causa delle norme di distanziamento, il che, aggiunto a quanto detto prima sulla difficoltà del riadattamento delle aree di lavoro, ha portato molto spesso a un non utilizzo di tali aree, che avrebbero invece potuto essere adoperate per garantire un adeguato rispetto delle norme di distanziamento.

PROTEZIONI TRASPARENTI E INTRVENTI PROVVISORI

Per andare a riadattare gli spazi esistenti alle norme COVID-19, laddove i locali non fossero facilmente riorganizzabili per impedimenti architettonici, si è ricorsi a barriere "parafiato" in vario materiale (principalmente in polimetilmetacrilato o plexiglass) per limitare il contatto diretto tra persone e il propagarsi dei così detti "droplets". Tale condizione, tuttavia, risulta notevolmente meno efficace rispetto a un corretto distanziamento tra le persone e si dovrebbe affiancare a un incremento dei ricambi d'aria dei vari ambienti. Anche in tale direzione le strutture edilizie dovrebbero, a fronte dell'emergenza COVID-19, compiere un ulteriore passo in avanti. Fino ad oggi, il calcolo del ricambio d'aria necessario nei vari ambienti è stato sempre calcolato a fronte della destinazione d'uso dei vari locali, senza considerare la possibilità di variare tale valore a seguito di altre necessità. Con il propagarsi della pandemia, tutte le strutture dotate di un impianto forzato di ricambio dell'aria, quali ad esempio gli ospedali, avrebbero fortemente giovato dalla possibilità di poter aumentare tale ricambio al fine di diminuire la possibilità di propagazione del virus nell'aria.

Nuovo sviluppo hanno avuto infine anche le pareti divisorie mobili, che consentono di riprogettare secondo le esigenze, gli spazi aziendali. L'utilizzo di queste pareti è stato molto limitato rispetto alle barriere parafiato, poiché necessitano di specifiche scelte progettuali adottate sin da subito nel momento della realizzazione dei locali e difficilmente applicabili in un secondo momento se non a seguiti di

lavori di ristrutturazione, al contrario delle barriere, che sono invece più adattabile e di rapida applicazione.

PREFABBRICATO

Gli edifici prefabbricati hanno avuto un enorme impiego nel periodo del coronavirus per la loro versatilità e rapidità di esecuzione. Tali strutture trovano largo impiego nelle opere provvisorie, le quali possono essere assemblate dove richiesto in pochi giorni, anche solo per il tempo necessario, per poi essere smontate e rimontate a seconda delle esigenze. Inoltre, possono essere riorganizzate e aggregate tra loro a seconda delle necessità, potendo così adattarsi senza problemi all'aumento di afflusso di persone o al variare delle norme di distanziamento e sociali, non solo rispetto al COVID-19 ma anche rispetto a future e inaspettate esigenze. L'utilizzo del prefabbricato ha visto negli ultimi anni un notevole sviluppo, limitandosi tuttavia alle opere di notevole entità e soprattutto con un'alta possibilità di budget, in quanto, dato il loro limitato utilizzo, sono ancora gravate da alti costi di produzione. L'utilizzo del prefabbricato tuttavia consente di accelerare di molto i tempi di realizzazione e se affiancato ad uno snellimento delle pratiche volte alla realizzazione di opere edilizie, porta a casi come quello recentemente riscontrato a Trento dove in un mese si è ideata, progettata, realizzata e messa in funzione un'opera sanitaria stabile, che potesse accogliere XXX persone malate da COVID-19, opera che normalmente, con i metodi classici di costruzione e i normali iter urbanistici, si sarebbe conclusa solo dopo numerosi anni di lavori. C'è ovviamente da sottolineare che la struttura realizzata a Trento non è un ospedale in piena regola, ma si limitava alle degenze e alle cure sanitarie di base. Resta fermo il fatto che a seguito dell'utilizzo di soli elementi prefabbricati è stato possibile realizzare uno spazio adeguato alla funzionalità necessaria e richiesta in quel momento, e così come è stato fatto per

realizzare dei posti letto può essere fatto anche per opere con una funzionalità più importante.

Si è infine prestata molta più attenzione e sviluppata anche la bioedilizia, in cui le principali superfici di contatto sono pensate in materiale antibatterico e antivirale⁽⁶⁾.

CONCLUSIONI

La riduzione eccessiva degli spazi nelle aree di lavoro, l'adozione di spazi comuni sottodimensionati rispetto alle effettive necessità e le scelte di progetto di soluzioni non versatili al cambiamento hanno reso difficile, se non in alcuni casi impossibile, andare a riadattare efficacemente gli spazi in uso alle nuove normative. Questa situazione ha evidenziato come negli ultimi anni per andare a risparmiare e ottimizzare al massimo le superfici a disposizione si sia andata a inficiare una futura riorganizzazione degli spazi, andando a favore in questo senso di un'ingegneria statica e sempre più obsoleta. Da questa esperienza si dovrebbe pertanto imparare a progettare in una nuova ottica, a creare soluzioni facilmente e rapidamente modificabili e a ottimizzare lo spazio non solo in funzione della sua capienza massima ma anche in vista di un futuro cambiamento, che permetta al luogo di lavoro di adattarsi agilmente con il repentino variare delle esigenze e delle normative, diventando così un'opera "dinamica".

A tal fine potrebbe essere implementato l'utilizzo di strutture e finiture prefabbricate e mobili, soprattutto in ambito ospedaliero, in maniera tale da poter riadattare gli spazi, come ad esempio le stanze di degenza dei pazienti, in base al loro stato di salute, di contagiosità o ad altre esigenze. In questo modo, le strutture risulterebbero sempre al passo con le richieste e le norme attuali, rischiando minormente di diventare obsolete.

In generale questa pandemia ha evidenziato degli importanti limiti di versatilità degli edifici progettati

finora e come ha detto il presidente dell'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Milano Bruno Finzi: *"Come ingegneri siamo donne e uomini del fare. Siamo donne e uomini proiettati al futuro. Siamo donne e uomini capaci di affrontare imprevisti e sfide."*⁽⁷⁾ e così proiettati al futuro e capaci di affrontare nuovi imprevisti e sfide dovrebbero diventare anche le nostre strutture.

SITOGRAFIA

1. <https://www.fanpage.it/milano/gli-psicologi-dellemergenza-paura-dellaltro-e-sindrome-del-giustiziere-gli-effetti-del-covid/>
2. <https://www.ingegneri.cc/wp-content/uploads/2020/03/Protocollo-sicurezza-Covid-19.pdf>
3. <https://www.puntociemme.it/progetti-contract/riqualificazione-spazi-dopo-covid-19/>
4. <https://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/coronavirus-covid19-C-131/layout-ufficio-distanziamento-linee-guida-per-la-disposizione-dei-mobili-AR-20474/>
5. <https://www.scaligeraarredamenti.com/blog/pareti-divisorie-per-ufficio-progettare-gli-spazi-di-lavoro/>
6. <https://www.infobuild.it/approfondimenti/bioedilizia-anti-coronavirus-moduli-legno-presidi-sanitari-sicuri/#Bioedilizia-anti-coronavirus-come-sono-nati-i-moduli-Zeprojects>
7. <https://www.ingenio-web.it/26074-coronavirus-finzi-scrive-agli-ingegneri-iniziamo-a-pensare-al-rilancio-di-milano>